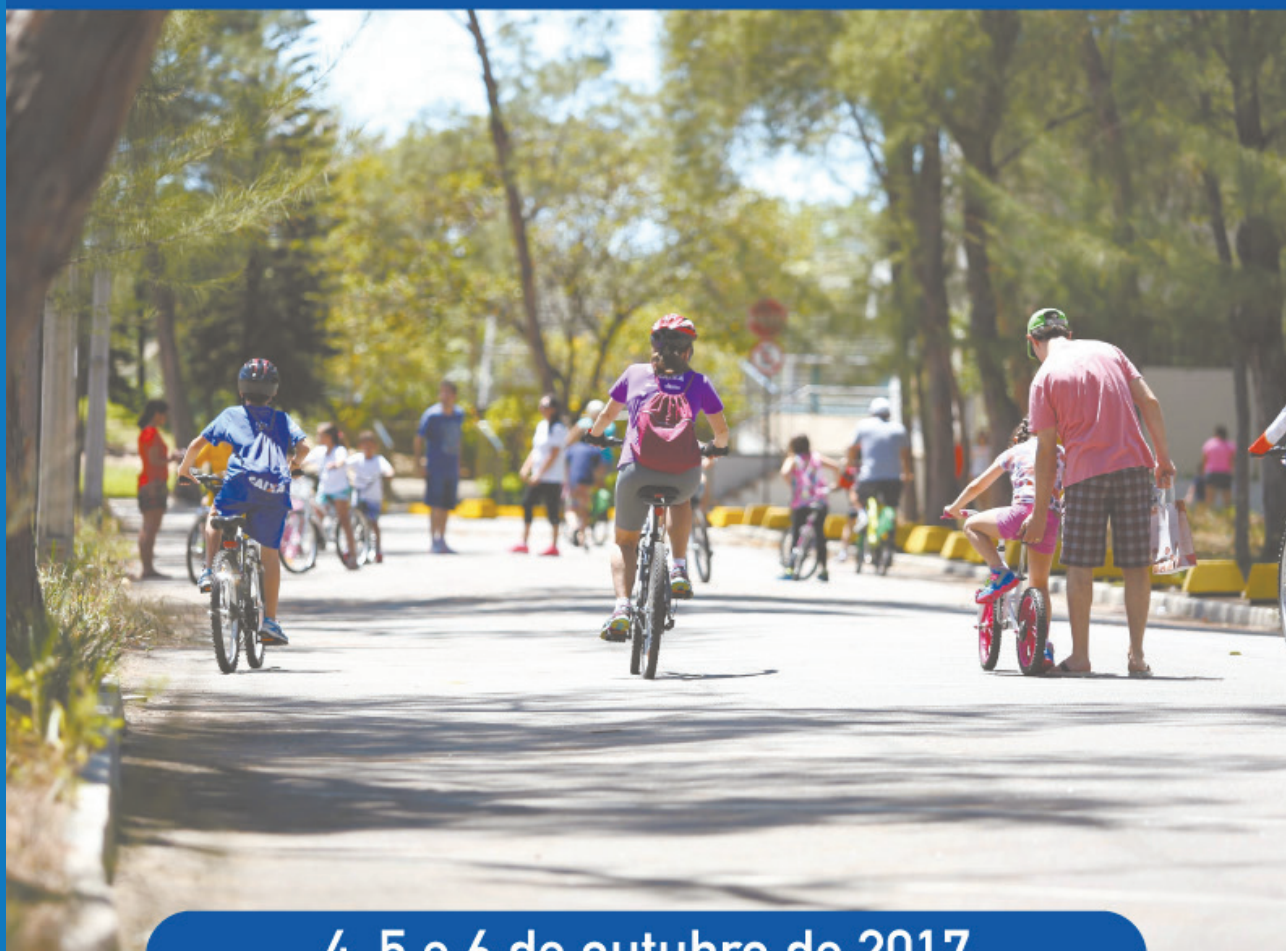


# VI Seminário Internacional em PROMOÇÃO DA SAÚDE

«—————»  
OS DESAFIOS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL



4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Ponta Mar Hotel

## Anais do Evento

Mais informações  
(85) 3477.3280  
<http://visps.unifor.br>



ESCOLA DE  
SAÚDE

**PÓS-UNIFOR**  
líderes que transformam



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
ENSINANDO E APRENDENDO  
[www.unifor.br](http://www.unifor.br)

## APRESENTAÇÃO

O VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde teve como tema “Os Desafios para o Desenvolvimento Sustentável” que abordou questões do Sistema de Saúde da França, assim como ambientes educacionais como promotores de saúde, exemplo disso foram as experiências na Universidade de Porto Rico. Os Sistemas de Saúde e avanços na Promoção do Cuidado foram primordiais no decorrer das palestras. As tecnologias na Promoção da Saúde perpassaram como momentos desafiadores do evento, pois destacaram as políticas e programas de saúde pública com ações voltadas a evitar que as pessoas se exponham à fatores condicionantes e determinantes de doenças.

O evento destacou a Pesquisa e a interface Ética na Promoção da Saúde, e chamou atenção para práticas de Humanização, destacando Programas de Educação em Saúde que se propõem a ensinar a população a cuidar de sua saúde. Assim, atendendo ao ART. 196 da Constituição Federal Brasileira, onde se lê que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Além disso, o evento incentivou condutas adequadas à melhoria da qualidade de vida, identificou a importância da atenção primária mediante ações preventivas de dano e/ou controle da exposição do hospedeiro ao agente causal em um dado meio-ambiente.

Assim, a organização do evento apresenta os Anais dos Resumos Completos dos Trabalhos Científicos que foram aprovados para abrilhantar o VI Seminário Internacional de Promoção da Saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SENTIMENTOS DAS MULHERES FRENTE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: REVISÃO INTEGRATIVA

Sue Helem Bezerra Cavalcante Facundo<sup>1\*</sup>, Eveline Nascimento de Araújo<sup>2</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>3</sup>, Francisco Walter de Oliveira Silva<sup>4</sup>.

1. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Preceptora de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Enfermeira pela Faculdade Terra Nordeste (FATENE). Fortaleza-Ceará-Brasil

3. Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista Funcap. Fortaleza- Ceará-Brasil

4. Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). Professor de Graduação em Enfermagem na Faculdade Terra Nordeste (FATENE). Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: susuhelem@hotmail.com

Palavras-chave: Câncer de mama. Percepção da mulher. Sentimentos.

### INTRODUÇÃO

Dentre as neoplasias malignas, o câncer de mama tem sido o responsável pelos maiores índices de mortalidade no mundo, tornando-se um dos principais problemas de saúde pública no que se diz respeito à saúde da mulher. De acordo com dados do Ministério da Saúde, a neoplasia mamária constitui-se uma das maiores causas de óbito em mulheres brasileiras (BRASIL, 2006).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer, sendo o de mama o mais frequente entre as mulheres (57.960 mil - 28,1%).

Há diversos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da neoplasia mamária. É importante que as mulheres fiquem atentas a qualquer alteração suspeita na mama. A orientação atual é que a mulher faça a auto palpação das mamas sem necessidade de uma técnica específica de autoexame, pois na prática, muitas mulheres descobriram a doença a partir da observação casual de alterações mamárias e não por meio de uma prática sistemática de se auto examinar, com método e periodicidade definidas. O Exame Clínico das Mamas quando realizado por um médico ou enfermeira treinados, pode detectar tumor de até 1 (um) centímetro, se superficial (BRASIL, 2006).

A mamografia continua a ser a mais importante técnica de imagem para as mamas. É o método de escolha para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas e é a primeira técnica indicada para avaliar a maioria das alterações clínicas mamárias encontradas. A ultrassonografia é o principal método adjunto da mamografia usado na detecção dessas alterações, indicada para diferenciar e caracterizar nódulos ou cistos identificados pela mamografia, orientar procedimentos intervencionistas na mama, avaliar nódulos palpáveis em mamas radiologicamente densas, dentre outros (CHALA & RARROS, 2007).

São vários os métodos terapêuticos disponíveis para o câncer atualmente, incluindo cirurgias, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Em algumas situações, o tratamento requer a combinação de mais de um método desses métodos (HOFFMANN, MÜLLER & RUBIN, 2009).

O tratamento do câncer de mama envolve, basicamente, três etapas: o recebimento do diagnóstico, a realização do tratamento e aceitação de um corpo marcado por uma nova imagem (VIEIRA, 2007).

O número elevado de mulheres acometidas pelo câncer de mama associado a esse emaranhado de emoções e sentimentos vem exigindo uma maior compreensão dos significados da doença na vida dessas mulheres. Diante do diagnóstico, a mulher passa por crises de instabilidade, marcada pelo medo, frustrações, conflitos e insegurança, associados ao caráter incurável da doença e à ideia de possível morte. A confirmação do diagnóstico causa impacto psicossocial tanto na paciente quanto na família (ARAÚJO & FERNANDES, 2008).

Para Araújo e Fernandes (2008), a mulher desempenha inúmeros papéis, como mãe, esposa, trabalhadora, chefe de família e cidadã. São muitos os obstáculos enfrentados pela mulher no desempenho dos seus papéis, principalmente quando a mesma adocece. Nesta situação, um suporte emocional especializado deverá ser sempre oferecido, pois muitas vezes, o estresse decorrente do diagnóstico dificulta o entendimento de todas as informações dadas.

Diante do exposto, esta pesquisa torna-se relevante ao promover o conhecimento de quem é o sujeito do cuidado, o que este pensa e o que sente e quais os seus medos e angústias, para que a assistência possa ser oferecida de forma satisfatória e eficaz.

Objetivou-se conhecer a percepção da mulher frente ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama junto à literatura científica nacional.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, a qual permite uma análise detalhada de uma determinada situação ou proposta específica e, através desta, obter uma síntese das publicações científicas e conclusões pertinentes ao assunto (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca dos artigos foi realizada de forma ampla, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que contém bases de dados reconhecidas. Foram cruzados os descritores: “percepção”; “diagnóstico”, “terapêutica” e “neoplasias da mama” de acordo com a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); e “câncer de mama”, e “tratamento” como descritores não controlados.

Para organizar as buscas utilizaram-se os operadores booleanos com o seguinte esquema: percepção AND diagnóstico AND neoplasias da mama / percepção AND terapêutica AND neoplasias da mama. Os resultados obtidos conduziram a pesquisa às seguintes bases de dados: Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Index Psicologia – Periódicos Técnico-Científicos.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos originais e indexados na íntegra; no idioma português, com acesso gratuito e que correlacionassem à percepção das mulheres frente ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama. O critério de exclusão adotado foram os artigos duplicados e que não corroboravam com o objeto do estudo.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de outubro e novembro de 2016. Como resultado inicial da pesquisa, foram encontrados 103 publicações para o estudo, sendo excluídos 27 repetidos e 66 por não abordar o objeto da pesquisa. Após a leitura dos 10 resumos restantes, foi excluído um, pois o mesmo tratava-se de uma revisão de literatura.

Posteriormente a leitura detalhada dos textos completos, realizou-se a análise crítica dos estudos e foram selecionados 9 artigos para compor a amostra.

O estudo se encontra em consonância com os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 01 ilustra resumidamente os artigos encontrados após o cruzamento dos descritores controlados e não controlados na Biblioteca Virtual da Saúde e utilização dos critérios de inclusão e exclusão da busca.

**QUADRO 01** – Distribuição dos estudos selecionados na revisão das literaturas, segundo bases de dados e critérios atribuídos, 2016.

BASES DE DADOS	COMBINAÇÕES				EXCLUÍDOS /REPETIDOS	SELECIONADOS	INCLUÍDOS
	1*	2*	3*	4*			
LILACS	13	1	30	24	64	4	3
BDENF	5	1	8	7	16	5	5
INDEX PSICOLOGIA	2		3	3	7	1	1
MEDLINE	-	-	-	1	1	-	-
BBO ODONTOLOGIA	-	-	2	1	3	-	-
COLECIONA SUS	1	-	-	1	2	-	-
TOTAL	21	2	43	37	93	10	09

1\* - Percepção + diagnóstico + neoplasias da mama

2\* - Percepção + terapêutica + neoplasias da mama

3\* - Câncer de mama + percepção + tratamento

4\* - Câncer de mama + percepção +diagnóstico

Todas as mulheres entrevistadas haviam recebido diagnóstico de câncer de mama e estavam internadas para tratamento químico ou cirúrgico da doença. De acordo com os relatos das entrevistadas, foi possível identificar alguns sentimentos convergentes e divergentes frente ao diagnóstico e tratamento da neoplasia mamária, o



que resultou em duas categorias para o desenvolvimento do trabalho: “Sentimentos positivos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama” e “Sentimentos negativos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama”.

### **Sentimentos positivos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama**

Em estudos realizados no Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, perceberam-se sentimentos positivos frente ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, como: o modo como o médico comunicou a notícia para a mesma; mudança quanto aos valores e atitudes de vida; ter encontrado o nódulo a tempo; importância da rede de apoio: família, cônjuge e equipe de saúde (MEZZOMO; ABAID, 2012; ANDRADE; PANZA; VARGENS, 2011; FEIJÓ *et al.*, 2009).

A pessoa enferma, especialmente a que vivencia um câncer, enfrenta diversas alterações desde psicológicas até físicas e a família e amigos são elementos significativos nessa trajetória. Para Salci & Marcon (2008), a família é vista como a principal rede de apoio, no qual proporciona auxílio e segurança, além de promover o acolhimento de seus membros. Esse suporte oferecido pela família permite enfrentar as dificuldades do processo terapêutico com amparo e força.

Corroborando com os autores acima sobre a importância da rede de apoio no tocante à equipe de saúde, Costa e seus colaboradores (2012) descreveram em seu estudo realizado no Norte de Minas Gerais, que as atitudes do enfermeiro em cuidar e possibilitar a superação dos obstáculos, a orientação sobre os anseios e a preocupação com a melhoria da qualidade de vida foram evidenciadas pelas entrevistadas como uma forma de tratamento não só do corpo, mas também da alma. As mulheres perceberam um cuidado humanizado por parte dos enfermeiros, com apoio psicológico, acolhimento de forma carinhosa, o que permitiu lidar com a doença de maneira menos “chocante” do que esperavam.

O enfermeiro é identificado pelas pacientes como um membro da sua rede de apoio, no qual elas almejam além do cuidado assistencial movido por procedimentos e orientações pertinentes, a empatia.

De acordo com Barbosa & Silva (2007), o ser humano deve ser percebido como alguém que não se resume apenas a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética, caminhando assim em direção à humanização dos cuidados de saúde. Precisa-se enxergar o paciente com uma visão holística, para que se possa entender seus anseios e assim prestar uma assistência de qualidade, não visando apenas a técnica, mas também a humanização, que é tida para o paciente como notável em seu tratamento e recuperação.

Para Moura *et al* (2010) e Amâncio & Costa (2007), suas pesquisas revelaram outro sentimento positivo percebido pelas entrevistadas, o conforto espiritual. Para elas, Deus era o único capaz de promover o alívio do sofrimento e a cura das enfermidades. A fé lhes proporcionava confiança, conforto, alívio, força e coragem para superar os obstáculos.

Diante das dificuldades enfrentadas pelas pacientes, as mesmas buscaram na religião motivação para encarar suas fragilidades e superá-las. O apego a Deus era uma lacuna a ser preenchida a fim de ser mais uma maneira de confrontar tal experiência de padecimento.

A mama significa muito para uma mulher. A mastectomia pode desencadear diversos sentimentos, mas a expectativa da reconstrução mamária traz felicidade, traz a possibilidade de recuperarem sua feminilidade, sexualidade e erotismo. As mulheres que participaram do estudo do Espírito Santo passaram a valorizar ainda mais suas vidas e potencializaram novos modos de expressar a própria sexualidade (DUARTE & ANDRADE, 2003).

Após o primeiro impacto, essas mulheres começam a demonstrar esperança de cura e de sucesso quanto aos tratamentos que irão fazer, abandonando a sensação de fragilidade, pois se o diagnóstico for dado pelos profissionais de saúde de forma adequada e com as devidas orientações sobre condutas que a família deverá adotar, os sentimentos negativos frente à doença serão minimizados (FEIJÓ *et al.*, 2009).

Concordando com os autores acima, sobre a importância das informações e orientações a serem dadas sobre a doença, Duarte e Andrade (2003) relataram que há uma diminuição da ansiedade e do medo. Na percepção da mulher, o médico desempenha papel decisivo nos processos de diagnóstico e tratamento, tanto nos aspectos objetivos, que são a escolha do procedimento cirúrgico, quimioterapia, radioterapia; quanto nos aspectos subjetivos, que são as expectativas, inseguranças, medos, angústias e depressão.

### **Sentimentos negativos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama**

Para as mulheres entrevistadas em um estudo realizado em Santa Catarina, as mesmas expressaram sentimentos negativos perante o enfrentamento da doença como: ambivalência entre a aceitação e/ou negação do diagnóstico do câncer de mama; falta de informação sobre a doença e seu prognóstico; desconhecimento das

consequências da doença avançada; alterações na imagem corporal; mudanças na vida profissional; medos da morte, da mutilação; preocupação com a família (ROSA & RADÜNZ, 2012).

Ao receber esse diagnóstico, as mulheres sofrem o impacto da notícia e ainda relatam não ter informações claras e suficientes sobre a doença e as formas de tratamento. Após a mastectomia as mulheres relataram: acanhamento, estranheza, tristeza, espanto, desânimo, frustração, vergonha e desvalorização da autoimagem do próprio corpo, além de alterações na sexualidade e baixa da autoestima. Falta de apoio e atenção dos profissionais durante a assistência, ocasionando dúvidas, insegurança, desolação, preocupação e tristeza, ante o tratamento e a reconstrução mamária (MOURA *et al.*, 2010).

Ainda, para algumas mulheres os sentimentos negativos relatados foram sensação de inutilidade, tristeza, incapacidade física, perda, falta de compreensão por parte do cônjuge, falta de apoio da família, desprezo, mágoas e afastamento. Quanto à percepção da autoimagem, sentimentos de rejeição, baixa autoestima, sensação de vazio, incompletude, desfiguramento, vergonha e constrangimento, foram exaltados (AMÂNCIO & COSTA, 2007).

Os mesmos sentimentos relatados acima também foram identificados em mulheres que foram submetidas à radioterapia no Rio Grande do Sul (FEIJÓ *et al.*, 2009). Ante o tipo de tratamento não houve diferenciação no modo de confrontamento.

Muitos são os sentimentos negativos expressados por essas mulheres que vivenciaram a doença, podendo influenciar seu tratamento. As mulheres que passam por uma mastectomia têm uma experiência diferente daquelas que não se submetem ao procedimento. A ambivalência é o sentimento mais comum após a cirurgia, pois a mulher deposita a possibilidade da cura à espera que não precise mais se preocupar. Simultaneamente, existe o medo de enfrentar um corpo diferente, a sensação de que a doença pode voltar e a necessidade de preparação para todo o processo pós-cirurgia. O câncer de mama pode desestruturar a mulher no sentido de trazer a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza do sucesso do tratamento (VIEIRA; LOPES & SHIMO, 2007).

No estudo realizado em Salvador foram relatados apenas sentimentos negativos como a perda da feminilidade, perda do desejo sexual, impotência, rejeição, dificuldades nas relações interpessoais, angústia e medo da morte, além da possibilidade da perda da mama, pois se imagina sendo privada de usufruir da maternidade, papel tão apreciado pela sociedade (AZEVEDO & LOPES, 2006).

Para as mulheres entrevistadas em Vitória e Vila Velha no Espírito Santo, os principais sentimentos negativos percebidos são o choque emocional, medo da morte, desespero. Com relação à autoimagem, relataram dificuldades em lidar com o próprio corpo pós-mastectomia, estranheza, sofrimento, diziam não conseguir olhar-se no espelho nem se tocar, conseqüentemente inibição durante o ato sexual (DUARTE & ANDRADE, 2003).

O companheiro, entendendo a dificuldade que a mulher tem em aceitar a nova imagem corporal, prefere não expor o que pensa referente à estética na frente da companheira, pois acredita que dessa forma está auxiliando-a na sua própria aceitação, mas relata que há mudanças na rotina dos mesmos (RIBAS *et al.*, 2011).

## CONCLUSÃO

Receber o diagnóstico de câncer de mama produz na mulher uma diversidade de sentimentos e emoções tais como, ansiedade, depressão, medo da morte, baixa autoestima, dentre outros. Entretanto, observou-se que mesmo em meio ao sofrimento, a mulher encontra força advinda de uma rede de apoio composta principalmente pela família, amigos e profissionais de saúde nos quais proporcionam o enfrentamento da doença. A fé, também, é citada como elemento enfrentador na neoplasia mamária, pois para elas, Deus é o único capaz de curar as enfermidades.

Identificou-se a necessidade de contemplar não apenas a doença e seu tratamento em si, mas refletir toda a vivência que envolve essa afecção na mulher, seu impacto e sentido. Isto é, perceber a mulher de forma holística, tentando compreender seus sentimentos e medos, e oferecer, além do cuidado, apoio emocional, encorajamento, confiança e orientação, para que nesse momento de fragilidade, ela encontre forças para seguir com o tratamento.

Sugere-se que os profissionais de saúde observem como está sendo sua comunicação com essas pacientes e o fornecimento de informações correlacionadas à neoplasia mamária. Além disto, para que atentem sobre a humanização a fim de viabilizar uma assistência de qualidade.

## REFERÊNCIAS

AMÂNCIO, Virgínia Macêdo; SANTANA, Naíza; COSTA, Santana. Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2007.

ARAÚJO, Iliana Maria de Almeida; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 12, n. 4, p. 664-671, 2008.

- AZEVEDO, Rosana Freitas; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Vivência do diagnóstico de câncer de mama e de mastectomia radical: percepção do corpo feminino a partir da fenomenologia. **Online braz. j. nurs.(Online)**, v. 5, n. 1, 2006.
- BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm**, v. 60, n. 5, p. 546-551, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil**. INCA, Rio de Janeiro. 2006.
- CHALA, Luciano Fernandes; BARROS, Nestor de. Avaliação das mamas com métodos de imagem. **Radiologia Brasileira**, v. 40, n. 1, p. 4-6, 2007.
- COSTA, Wagner Barreto et al. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 31-37, 2012.
- DUARTE, Tânia Pires; ANDRADE, Angela Nobre de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de psicologia**, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003.
- FEIJÓ, Aline Machado et al. O papel da família sob a ótica da mulher acometida por câncer de mama. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 8, n. supl, p. 79-84, 2009.
- HOFFMANN, Fernanda Silva; MÜLLER, Marisa Campio; RUBIN, Rachel. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 143-150, 2009
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tipos de Câncer**. Rio de Janeiro, 2016.
- MOURA, Fernanda Maria de Jesus Sousa de Pires et al. Os sentimentos das mulheres pós- mastectomizadas. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 477-84, 2010.
- MENDES, Karina Dal Sasso et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MEZZOMO, Natacha Regina; ABAID, Josiane Lieberknecht Wathier. O câncer de mama na percepção de mulheres mastectomizadas. **Psicologia em Pesquisa**, v. 6, n. 1, p. 40-49, 2012.
- PINHO, Valéria Fernandes de Souza; COUTINHO, Evandro Silva Freire. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1061-1069, 2007.
- RIBAS, Cristiane et al. CONDIÇÃO DO PARCEIRO DA MULHER MASTECTOMIZADA POR CÂNCER. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 821-824, 2013.
- ROSA, Luciana Martins da; RADÜNZ, Vera. Significado do câncer de mama na percepção da mulher: do sintoma ao tratamento. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 4, p. 445-450, 2012.
- SALCI, Maria Aparecida; MARCON, Sonia Silva. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 3, p. 544-51, 2008.
- VIEIRA, Carolina Pasquote et al. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2007.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O USO DO GENOGRAMA PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO FERRAMENTA DE ABORDAGEM FAMILIAR QUALIFICADA

**Andrea de Oliveira Albuquerque<sup>1</sup>, Andressa Rállia Aquino Soares<sup>2</sup>, Helen Maria Cruz de Freitas<sup>3\*</sup>, Marcelo Henrique Monier Alves Júnior<sup>4</sup>, Priscilla de Albuquerque Ribeiro Godinho<sup>5</sup>, Raquel Soares da Silva Albuquerque<sup>6</sup>**

1. *Doutoranda do Programa de Ciências Médico-cirúrgica. Professora Avaliadora de Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós-Graduação em Atenção Domiciliar, Universidade Federal do Maranhão/UNA SUS, Fortaleza-Ceará-Brasil dea-albuquerque@hotmail.com*

2. *Pós graduada em Atenção Domiciliar, Universidade Federal do Maranhão/UNA SUS, Fortaleza-Ceará-Brasil andressarallia@hotmail.com*

3. *Enfermeira, Unidade de Pronto Atendimento Itaperi (UPA), Fortaleza- Ceará-Brasil helenafreitas83@hotmail.com*

4. *Mestre em Ciências da Computação – PPGO/UFMA Universidade Federal do Maranhão, professor do Instituto Federal do Maranhão (IFMA), São Luis-Maranhão-Brasil marcelomonier@gmail.com*

5. *Mestranda em Farmacologia, Universidade Federal de Ceara (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil priscilla\_godinho@hotmail.com*

6. *Enfermeira, Unidade de Pronto Atendimento Itaperi (UPA), Fortaleza- Ceará-Brasil*

Email: rs.albuquerque@bol.com.br

Palavras-chave: Capacitação em serviço. Visita domiciliar. Educação em saúde.

### INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família tem como um dos seus pressupostos básicos fazer o acompanhamento das famílias, através também da atenção domiciliar, dentro de seu território de abrangência. Compete à equipe multidisciplinar traçar métodos de acompanhamento da família para assim conhecer e entender o seu funcionamento, as relações existentes dentro e fora da casa e, assim, traçar estratégias de intervenções quando necessárias, no sentido de estabelecer vínculos mais duradouros e com responsabilidade.

A assistência domiciliar, executada pelos profissionais da estratégia saúde da família, é uma modalidade do serviço de saúde que exige muito da equipe já que os profissionais atuam diretamente dentro do lar do paciente. Desse modo, a equipe se coloca no ambiente familiar estando expostos a real condição social e econômica, as rotinas familiares e relações interpessoais. O cuidado transcende os aspectos biológicos, passando a ver o paciente como um todo e não em partes.

A Portaria nº 2.527 reforça que a AD constitui-se como uma modalidade de atenção à saúde que complementa e pode até substituir os serviços de saúde já existentes, caracterizada por ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio (BRASIL, 2011). O processo do cuidar em AD está interligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar no domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com Brasil (2012), um dos eixos centrais da Atenção Domiciliar (AD) é a “desospitalização”, que consiste em um tratamento adequado, fora do ambiente hospitalar, ou seja, em sua residência, ao lado de amigos e familiares. Desse modo, proporciona agilidade ao processo de alta hospitalar, reduzindo os riscos associados a longas internações hospitalares, como, também, atua para a redução de internações desnecessárias. Além disso, assegura um cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e, também, aos familiares; institui o papel do cuidador, e propõe autonomia para o paciente no cuidado extra-hospitalar.

Dessa forma, é necessário conhecer o processo e a estrutura familiar para que se possa ofertar um serviço de saúde, resolutivo e de qualidade. O Genograma é um instrumento que permite a equipe de saúde ter uma visão mais ampla dos aspectos familiares.

O Genograma Familiar é uma representação gráfica da família através de figuras. Essa representação é capaz de mostrar a família na íntegra com seus padrões de relacionamentos, doenças, ligações interpessoais, sociais, dentre outras. Também chamado de Genetograma, trata-se de um instrumento amplamente utilizado na terapia familiar, ambientes clínicos, assistenciais e em pesquisas (WENDT; CREPALDI, 2006). Apesar de similar à árvore genealógica, o genograma vai além da representação visual da origem dos indivíduos. Esta ferramenta de levantamento de dados possibilita coletar informações qualitativas sobre as dimensões do contexto familiar, como processos de comunicação, relações estabelecidas e equilíbrio/desequilíbrio familiar (NASCIMENTO; ROCHA; HAYS, 2004).

Esse instrumento reúne várias informações pertinentes para equipe de saúde e familiares, pois reúne fatos de interesse geral sobre a doença e transtornos do paciente e familiares, rede de apoio psicossocial existentes,



antecedentes genéticos, além da causa de mortes de familiares. Junto com as informações colhidas na anamnese, estes aspectos enriquecerão ainda mais a análise a ser feita, podendo ser consultado pela equipe de saúde sempre que necessário, a fim de se integrar e lembrar dos dados relevantes disponíveis (MUNIZ; EISENSTEIN, 2007).

A compreensão do funcionamento da família, de suas características, do contexto social no qual está inserida, é de fundamental importância para a realização do planejamento das intervenções de saúde pela estratégia saúde da família (MELLO; VIERA; SIMPIONATO; BIASOLI-ALVES E NASCIMENTO, 2005). Pois, a abordagem da equipe da estratégia saúde da família é a atenção centrada na família, a qual é vista e entendida a partir do seu ambiente físico e social. Essa prática propicia uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão para além das práticas curativas.

Uma família presente e orientada para o cuidado poderá atuar de forma muito mais resolutiva para a recuperação da saúde e prevenção de doenças de seus familiares, além disso, sua participação na promoção da saúde se torna fundamental uma vez que os componentes da família passam a ser corresponsáveis pela vida e saúde uns dos outros, e a equipe estratégia saúde da família tem papel primordial nesse processo de orientação familiar para promoção, prevenção e recuperação do familiar (PEREIRA; TEIXEIRA; BRESSAN; MARTINI, 2008).

De acordo com a experiência vivida na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma Unidade Básica de Saúde no interior do Rio Grande do Norte foi possível perceber que não eram utilizados nenhum instrumentos de abordagem familiar para o cuidado domiciliar. Diante do desconhecimento dos profissionais dessa ferramenta de grande valia para abordagem familiar e do despreparo dos mesmos na atenção domiciliar, faz-se necessário uma capacitação desses profissionais da estratégia saúde da família.

Nesta perspectiva, o objetivo desse trabalho é promover a capacitação profissional do uso do genograma como instrumento para a abordagem familiar aos pacientes atendidos pela equipe Estratégia Saúde da Família que necessitam de cuidado domiciliar em uma Unidade Básica de Saúde no interior do Rio Grande do Norte.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho constitui-se de um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que visa a implementação do genograma em uma Unidade Básica de Saúde no interior do estado do Rio Grande do Norte.

O público alvo será os Agentes Comunitários de Saúde (08), enfermeiro (01), técnico de enfermagem (01) médico (01) e dentista (01) que desenvolvem atividades de cuidado domiciliar no município.

Esse projeto será aplicado em janeiro do ano de 2018 em um município situado na mesorregião do Oeste Potiguar e Microrregião de Pau dos Ferros. Será aplicado em apenas um dia, com carga horária de 08h, sendo nos turnos matutino e vespertino, no último sábado do mês, para que não interfira nos atendimentos diários da equipe. Em um outro momento oportuno retornaremos ao local da aplicação do projeto de intervenção e conversaremos com a equipe da estratégia saúde da família que prestam cuidados domiciliar para saber de suas experiências com o método do uso do genograma. Verificaremos os pontos positivos e dificuldades encontradas pela equipe, para que possamos melhorar a abordagem familiar na consulta de atenção domiciliar. O local de intervenção será em um auditório disponibilizado pela Prefeitura Municipal, visto que todo evento para os profissionais de saúde é realizado nesse local devido a comodidade para os participantes.

No primeiro momento será apresentado o instrumento de abordagem familiar – genograma, onde discutiremos a importância do seu uso na abordagem familiar realizada pela equipe estratégia saúde da família que desenvolve ações de atenção domiciliar. Para este momento serão utilizados data show e vídeos para melhor compreensão dos participantes.

No segundo momento serão abordados estudos de caso onde os participantes irão construir o genograma para abordar a família. Dividiremos os participantes em dois grupos e cada grupo criará seu genograma utilizando cartolinas e canetas coloridas. Em seguida, daremos uma pausa para o lanche. Retornemos as atividades, no terceiro momento, com a apresentação de cada grupo dos genogramas criados por eles e discutiremos as dificuldades, os aspectos positivos e negativos percebidos pela equipe na construção do seu instrumento.

No quarto e último momento, serão avaliados os impactos gerados com a implantação do referido projeto de intervenção.

Cerca de um mês após aplicação da capacitação o trabalho seguirá para a fase de aplicação.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Espera-se que a capacitação dos profissionais da estratégia saúde da família que realiza ações em atenção domiciliar em um município da mesorregião do Oeste Potiguar e Microrregião de Pau dos Ferros possa proporcionar uma abordagem familiar qualificada com uso da ferramenta genograma. Além disso, espera-se que a tríade paciente-família-equipe seja estabelecida e fortalecida a fim de promover uma significativa qualidade de vida para

o paciente, contribuindo para uma recuperação mais rápida e efetiva. A intenção desse projeto também é dar subsidio aos profissionais da saúde na sua prática diária, bem como oferecer-lhes um instrumento de apoio em seu processo de educação permanente.

## CONCLUSÃO

O conhecimento das relações e vínculos familiares, bem como da estrutura interna e externa das famílias, são aspectos fundamentais que podem intensificar a compreensão familiar. O genograma é um valioso instrumento que permite e facilita a compreensão de processos familiares, uma vez que sua representação gráfica mostra a verdadeira situação da família, no qual é possível entender o contexto familiar e planejar as ações de saúde.

É importante que os profissionais de saúde utilizem essa ferramenta, já que são imprescindíveis para retratar a estrutura familiar. Esses instrumentos são relevantes para levantamento de dados junto às famílias e oferecem aos profissionais de saúde valiosas informações que podem ser norteadoras da assistência domiciliar. Portanto, a capacitação dos profissionais da saúde para utilização dos genogramas no contexto familiar pode promover efetividade ao planejamento das estratégias e, finalmente, levando qualidade de vida ao público contemplado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. vol 1. Brasília, 2012.

Mello D.F.de, Viera C.S., Simpionato E., Biasoli-Alves Z.M.M., Nascimento L.C. **Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família**. Rev Bras CrescDesenv Hum. 2005; 15(1):78-89.

Muniz J.R., Eisenstein E. **Genograma: informações sobre família na (in) formação médica**. Revista Brasileira de Educação Médica 2009;33 (1) : 72–79.

Nascimento L.C., Rocha S.M.M., Hayes VE. **Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica**. Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun; 14(2):280-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a17v14n2>> Acesso em: 16 mar. 2016.

Pereira A.P.S., Teixeira G.M., Bressan C. de A.B., Martini JG. **O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família**. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 407-16.

Wendt N.C., Crepaldi MA. **A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa Psicologia: Reflexão e Crítica**. Florianópolis SC. 2006. 21(2), 302-310.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ACIDENTES DE TRABALHO FATAIS NO ESTADO DO CEARÁ, 2007 A 2011

**Andressa Rállia Aquino Soares<sup>1</sup>, Cleber Souza de Jesus<sup>2</sup>, Helen Maria Cruz de Freitas<sup>3\*</sup>, Priscilla de Albuquerque Ribeiro Godinho<sup>4</sup>, Raquel Soares da Silva Albuquerque<sup>5</sup>, Valesca Mônica Silva Rodrigues<sup>6</sup>**

*1 Pós graduada em Epidemiologia em Saúde do Trabalhador, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Doutorando em Saúde Pública, Professor Adjunto do Departamento de Saúde II da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Coordenador do Grupo de Epidemiologia e Saúde do Trabalhador – GEPIST,*

*3 Enfermeira, Unidade de Pronto Atendimento Itaperi (UPA), Fortaleza-Ceará-Brasil helenafreitas83@hotmail.com*

*4 Enfermeira, Unidade de Pronto Atendimento Itaperi (UPA), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*5 Mestranda em Farmacologia, Universidade Federal de Ceara (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*6 Mestranda em Ensino na Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: andressarallia@hotmail.com*

*Palavras-chave: Acidente. Saúde do Trabalhador. Mortalidade.*

### INTRODUÇÃO

Os Acidentes de Trabalho - AT podem ser classificados em duas categorias: aqueles que ocorrem no ambiente de trabalho e os que acontecem no trajeto para o local de trabalho (DIAS; CORDEIRO; GONÇALVES, 2006 apud IWAMOTO, 2011). Inclui-se nessa relação situações como os acidentes que ocorrem durante as viagens a serviço, mesmo que sejam realizadas com fins de estudo, mas desde que financiadas pela empresa (BRASIL, 2006). E de acordo com Ministério do Trabalho (1995), a legislação Previdenciária conceitua o acidente de trabalho em sua Lei n 8.213, de 24 de julho de 1991, alterada pelo Decreto n 611, de 21 de julho de 1992, art 19: “Acidente de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, ou ainda, pelo serviço de trabalho de segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária”.

O acidente de trabalho fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente no hospital ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente (BRASIL, 2006).

Os acidentes de trabalho constituem um problema de saúde pública em todo o mundo, por acometerem grande número de trabalhadores, particularmente pessoas jovens em idade produtiva. De acordo com Santana et al, 2007, os acidentes de trabalho acometem mais comumente pessoas jovens, no início da vida laboral, afetando grandemente a capacidade produtiva e econômica do país, resultando em perdas de anos potenciais de vida produtiva. São fenômenos socialmente determinados e, em sua amplitude, previsível (WALDVOGEL, 2003, apud IWAMOTO, 2011).

Acidentes de trabalho são uma das principais causas ocupacionais de morte em todo o mundo (SANTANA et al, 2007). Segundo os relatórios da Organização Internacional do Trabalho estima-se a ocorrência de aproximadamente 270 milhões de acidentes de trabalho que resultam em 2 milhões de mortes por ano em todo o mundo. Neste contexto, o Brasil ocupa o quarto lugar mundial em relação ao risco de morte no trabalho (GONÇALVES, 2007, apud IWAMOTO, 2011).

Através da notificação é possível identificar os motivos pelos quais os trabalhadores adoecem e morrem, pois se obtêm os dados relativos a número, tipo, horário, local de ocorrência de acidentes e características das vítimas, dentre outros (ROBAZZI et al., apud IWAMOTTO, 2011).

Este estudo tem como objetivo caracterizar os acidentes de trabalho fatais ocorridos no período de 2007 a 2011 tendo como área de abrangência o Estado do Ceará, situado na Região Nordeste do Brasil. É atualmente o décimo terceiro Estado mais rico do país e o terceiro do Nordeste. Possui uma área total de 148.825.602 Km<sup>2</sup>, sua população estimada é de 8.778.575 habitantes em 2013 divididos entre 184 municípios.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de vigilância com abordagem descritiva dos casos de óbitos por acidentes de trabalho ocorridos no Estado do Ceará e registrados no Sistema de Informação de Mortalidade – SIM entre janeiro de 2007 e dezembro de 2011.

A população do estudo consiste na população de trabalhadores em idade economicamente ativa e ocupada, que tenha sofrido AT de trabalho grave seguido de óbito e tenha sido registrado no SIM.

Será utilizado como fonte de dados para obtenção dos casos de óbitos por AT o SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) que auxilia significativamente a vigilância do trabalhador e objetiva a coleta dos dados dos óbitos por acidentes de trabalho, sendo analisados e utilizados para desenvolver projetos e ações em Saúde do Trabalhador (SCHERER et al, 2007). O SIM foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 1975, é produto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados ao longo dos anos para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde (portal saúde). A morte causada por Acidente de Trabalho deve ser notificada no SIM. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área (BRASIL, 2001).

As variáveis utilizadas nesse estudo para descrição da mortalidade dos acidentes de trabalho no Ceará foram: sexo, faixa etária e escolaridade, principais causas dos óbitos (CID-10); e a ocupação (CBO).

Para a descrição da ocupação, utilizou-se o grande grupo do CBO: Forças armadas, poder público, ciências e artes, nível médio, serviços administrativos, vendedores, agropecuária, indústria, reparação e manutenção e ignorados. Mecanismo causador do óbito de acordo com a CID-10 (Código Internacional de Doenças) (acidente envolvendo veículo de transporte, queda do mesmo nível, queda de altura, impacto por objeto/ objeto contundente, armas de fogo/ arma branca, afogamento/ soterramento, corrente elétrica, exposição ao fogo/ raio/explosão, picada de animal venenoso/ abelhas, envenenamento/ intoxicação por pesticidas, enforcamento, contato com outras máquinas e não especificado CID – X599/ CID – X580/ X582).

Serão apresentadas as frequências absolutas e relativas dos óbitos por AT de acordo com as variáveis descritoras.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As notificações dos acidentes de trabalho fatais no estado do Ceará tiveram um crescimento significativo ao longo do período do estudo.

Pode-se observar, como mostra na tabela 1, que os anos de 2007 e 2008 praticamente manteve-se estável o número de óbitos. No ano de 2009 houve um aumento exacerbado de morte por acidentes de trabalho fatais. No ano de 2010, mais um aumento ocorreu. E em 2011, houve um pequeno decréscimo nesses acidentes fatais. Ao longo dos cinco anos o estado do Ceará teve 265 mortes por acidentes de trabalho, sendo, 93,7% do sexo masculino e 6,4% do sexo feminino.

A partir da tabela 1 é possível identificar que a faixa etária com maior proporção de óbitos está entre 19 e 39 anos de idade, correspondendo a 56,6% do total. Em relação à escolaridade dos trabalhadores com óbitos registrados foi encontrado que 51,3% acometeram aqueles com baixo nível de escolaridade.

A ocupação que mais houve acidente de trabalho fatal foi a indústria com 30,9% dos casos, seguido dos trabalhadores da agropecuária com 21,5% dos casos. Para o ano de 2009 os trabalhadores da agropecuária registrou o maior número de óbitos perdendo para indústria, 28,3% e 21,7%, respectivamente (Tabela 2).

Com relação à causa básica do óbito, no decorrer dos cinco anos, 2007 a 2011, os acidentes envolvendo veículo de transporte representaram a principal mecanismo de causa do óbito com 43% dos acidentes de trabalho fatais, em segundo foram as mortes causadas por exposição à corrente elétrica com 23,4% e em terceiro quedas de altura com 10,6% dos óbitos. (Tabela 3).

## CONCLUSÃO

Os acidentes de trabalho fatais no Estado do Ceará tiveram um crescimento no número de notificações no período. O número de registros praticamente manteve-se estável, entre 2009 e 2011. A ocupação que mais teve acidentes de trabalho fatal no período de 2007 a 2011 foi a indústria, com maior número nos acidente envolvendo veículo de transporte. Em acordo com um estudo realizado em Minas Gerais os acidentes de trajetos são os que mais causam mortes nos trabalhadores. Os homens na faixa etária dos 19 aos 39 anos de idade, e com baixa escolaridade, constituíram o maior percentual de vítimas, fato que destaca o caráter limitador da vida produtiva, econômica e social que os acidentes de trabalho fatais impõem. O fato de ocorrer mais acidentes fatais com o sexo masculino está ligado ao maior número de trabalhadores desse sexo. Os achados no presente estudo não difere do estudo em Minas Gerais e Paraná, onde os acidentes acometeram mais pessoas jovens e do sexo masculino.

Como afirma Iwamoto et al (2011) “os acidentes de trabalho não são eventos fortuitos ou acidentais, mas fenômenos socialmente previsíveis e preveníveis.” Por esse motivo, e afim de propor melhorias na promoção de saúde do trabalhador há necessidade de que os acidentes de trabalho fatais sejam notificados com maior precisão



através da melhoria da qualidade das informações em saúde. Os dados aqui apresentados podem auxiliar nos programas de prevenção de acidentes de trabalho, e na formação de programas de treinamento que incluam informações de saúde para os trabalhadores.

## REFERÊNCIA

- IWAMOTO, H. H.; CAMARGO, F.C. de; TAVARES, L.C.; MIRANZI, S. de S. **Acidentes de Trabalho Fatais e a qualidade das informações e seus registros em Uberaba, em Minas Gerais e o Brasil, 1997 a 2006.** Ver. Bras. Saúde ocup., São Paulo, 36 (124): 208 – 215, 2011.
- SANTANA, V.S.; ARAÚJO-FILHO, J. B.; SILVA, M.; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, P. R.; BARBOSA-BRANCO, A.; NOBRE, L.C.C. **Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (11): 2643-2652, nov, 2007.
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Impactos Sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras.** Disponível em <[http.ipea.gov.br](http://ipea.gov.br)>. Acesso em: 14 fev. 2014.
- NAGAI, R.; LEFEVRE, A. M. C.; LEFEVRE, F.; STELUTI, J.; ZINN, L.C.S.; SOARES, N. S.; FISCHER, F. M. **Conhecimentos e práticas de adolescentes na prevenção de acidentes de trabalho: estudo qualitativo.** Rev. Saúde Pública, 2007; 41(3) 404-11.

## APÊNDICE

**Tabela 01** – Distribuição dos óbitos por acidentes de trabalho de acordo com sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e raça cor, registrados no SIM. Ceará, 2007 a 2011.

Variáveis	2007		2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Ceará</b>	39	100	38	100	60	100	66	100	62	100	265	100
<b>Sexo</b>												
Masculino	35	89,7	35	92,1	56	93,3	64	97,0	58	93,5	248	93,7
Feminino	04	10,3	03	7,9	04	6,7	02	3,0	04	6,5	17	6,4
<b>Faixa etária</b>												
<=18	01	2,6	-	-	01	1,7	04	6,1	03	4,8	09	3,4
19-39	24	61,5	20	52,6	36	60,0	35	53,0	35	56,5	150	56,6
40-59	08	20,5	10	26,3	17	28,3	20	30,3	20	32,3	75	28,3
>=60	06	15,4	07	18,4	06	10,0	07	10,6	04	6,5	30	11,3
Ignorado	-	-	01	2,6	-	-	-	-	-	-	01	0,4
<b>Escolaridade</b>												
Baixa	22	56,4	21	55,3	32	53,3	34	51,5	27	43,5	136	51,3
Média	04	10,3	04	10,5	07	11,7	05	7,6	14	22,6	34	12,8
Alta	01	2,6	06	15,8	04	6,7	04	6,1	02	3,2	17	6,4
Ignorado	12	30,8	07	18,4	17	28,3	23	34,8	19	30,6	78	29,5

Fonte SIM, 2007- 2011.

**Tabela 02** - Distribuição dos óbitos por acidentes de trabalho de acordo com a ocupação registrados no SIM. Ceará, 2007 a 2011.

Variáveis	2007		2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Ocupação</b>												
Forças Armadas	-	-	01	2,6	01	1,7	-	-	-	-	02	0,8
Poder Público	01	2,6	-	-	01	1,7	-	-	01	1,6	03	1,2
Ciências e Artes	-	-	-	-	02	3,3	4	6,1	01	1,6	07	2,6
Nível Médio	-	-	-	-	01	1,7	-	-	03	4,8	04	1,5
Serviços Administrativos	-	-	01	2,6	-	-	2	3,0	01	1,6	04	1,5
Vendedores	11	28,2	04	10,5	-	-	6	9,1	-	-	21	7,9
Agropecuária	-	-	14	36,8	17	28,3	11	16,7	15	24,2	57	21,5
Indústria	11	28,2	08	21,1	13	21,7	25	37,9	25	40,3	82	30,9
Reparação e Manutenção	02	5,1	02	5,3	04	6,7	4	6,1	03	4,8	15	5,7
Ignorados	14	35,9	08	21,1	21	35,0	14	21,2	13	21,0	70	26,4

Fonte SIM, 2007- 2011.

**Tabela 03** - Distribuição dos óbitos por causa básica do óbito, registrados no SIM. Ceará, 2007 a 2011.

Causa Básica do Óbito	2007		2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acidente envolvendo veículo de transporte	17	43,6	09	23,7	31	51,7	26	39,4	31	50	114	43
Queda do mesmo nível	02	5,1	02	5,3	-	-	01	1,5	-	-	05	1,9
Queda de altura	04	10,2	06	15,8	06	10	07	10,6	05	8,1	28	10,6
Impacto por objeto/ objeto contundente	02	5,1	-	-	03	5,0	05	7,6	06	9,7	16	6,0
Armas de fogo/ arma branca	-	-	03	7,9	03	5,0	-	-	-	-	06	2,3
Afogamento/ Soterramento	02	5,1	05	13,2	05	8,4	02	3,0	02	3,2	16	6,0
Corrente elétrica	08	20,5	10	26,3	09	15	19	28,8	16	25,8	62	23,4
Exposição ao fogo/ raio/ explosão	01	2,6	01	2,6	01	1,7	03	4,5	-	-	06	2,3
Picada de animal venenoso/ abelhas	01	2,6	01	2,6	01	1,7	-	-	01	1,6	04	1,5
Envenenamento/ Intoxicação por pesticidas	01	2,6	01	2,6	-	-	-	-	-	-	02	0,7
Enforcamento	01	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,4
Contato com outras máquinas	-	-	-	-	-	-	01	1,5	01	1,6	02	0,7
Não especificado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CID – X599/ CID – X580/ X582	-	-	-	-	01	1,7	02	3,1	-	-	03	1,2

Fonte SIM, 2007- 2011.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ACOMPANHADOS NO CEARÁ (2011-2013)

**Bruna Nunes Costa Lima Rosado<sup>1</sup>(PQ), Priscila Nunes Costa Travassos<sup>2</sup>(PQ), Romênia Kelly Soares de Lima<sup>3</sup>(PQ), Larissa Rodrigues de Freitas<sup>4</sup>(PQ), Jéssica Karen de Oliveira Maia<sup>5</sup>(PQ), Francisco José Maia Pinto<sup>6</sup>**

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza - CE;

2. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará e Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade de Fortaleza, Fortaleza - CE;

3. Bióloga. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - CE;

4. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza - CE;

5. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza - CE;

6. Orientador. Pós-Doutor em Saúde Coletiva, USP – SP.

Email: romeniaklima@gmail.com

Palavras-chave: Hipertensão. Perfil de Saúde. Perfil de impacto da doença. Complicações.

### INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública que acarreta redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (OLIVEIRA et al., 2011).

O Brasil possui alta prevalência e incidência dessa doença, aproximadamente 36 milhões de indivíduos adultos são acometidos, sendo os idosos a classe dominante (60%). De acordo com Heerspink et al (2009) o aumento da mortalidade decorrentes de patologias do aparelho circulatório tem relação direta ou indireta com HAS. De acordo com a pesquisa realizada entre 2000 a 2009, a pressão arterial elevada apresentou-se como agente causador em 53% das mortes, com predomínio do gênero feminino, onde a região Nordeste teve maior número de casos, seguida por região Sul e Sudeste (IBGE, 2010).

Essa enfermidade é caracterizada pelo o aumento dos níveis de pressão arterial, mantendo-se superior a 140 mmHg na sistólica e 90 mmHg na diastólica. É uma doença multifatorial, possuindo associações com fatores intrínsecos, como hereditariedade, sexo, idade e raça; e fatores extrínsecos, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse, dislipidemia e alimentação (CESARINO et al 2008; GIROTO et al,2009). Na maioria dos casos é assintomática, o que acarreta a não procura do indivíduo pelo atendimento médico para diagnóstico e tratamento (ZATTAR, 2013).

A HAS é classificada em primária onde não há etiologia conhecida, podendo ser por fatores genéticos e ambientais, sendo esta responsável por 90% dos casos. Pode ainda ser classificada como secundária, que é causada por doenças pré-existentes incluindo alterações medicamentosas (FILHO, 2011; MARCONDES et al., 2002).

O tratamento dessa patologia está relacionado a alterações do estilo de vida e tratamento medicamentoso, com objetivo fundamental de prevenir complicações e diminuir a mortalidade cardiovascular associada à HAS (NOBRE et al., 2013; PIERIN et al,2016).

A maioria dos hipertensos que iniciam o tratamento, param de usar o medicamento anti-hipertensivo, ainda no primeiro ano, aumentando assim as chances de possíveis complicações (OLIVEIRA et al, 2011). Esse fato é consequência da falta de estrutura dos serviços de saúde e da realização de poucas ações preventivas direcionadas a redução dos fatores de risco (BRITO et al, 2011).

Diante do exposto, objetivou-se analisar e descrever o perfil epidemiológico dos casos acompanhados de hipertensão de janeiro de 2011 a abril de 2013 no Ceará.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado com dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), extraídos do Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) abrangendo os casos notificados de hipertensão arterial sistêmica nas Macrorregiões de Saúde do Ceará (Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central, Litoral leste / Jaguaribe) de janeiro de 2011 a abril de 2013. As variáveis coletadas foram: região de notificação, sexo, faixa etária, uso de cigarro, atividade física, IMC, complicações, risco.



A análise de dados foi feita por meio de estatística de frequência e percentual simples. Sem conflito de interesse e por tratar-se de uma pesquisa documental em base de dados disponíveis ao acesso público, não houve necessidade da avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De janeiro de 2011 a abril de 2013 foram acompanhados nas macrorregiões do Ceará 40.585 hipertensos, desses 35,0% encontravam-se na macrorregião de Sobral.

A faixa etária mais acometida foi a de 60 a 64 anos (13,0%). Destaca-se que apesar do baixo percentual, o número de casos em jovens é preocupante onde 2,0% dos casos apresentam-se em jovens até 29 anos de idade. A HAS foi mais predominante em idosos acima de 65 anos (60,0%), isso se dá devido as alterações fisiológicas do envelhecimento que tornam o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento dessa e outras enfermidades (SEGRE et al, 2003; CESARINO et al., 2008, LESSA, 2001; SCHERR; RIBEIRO, 2009).

Os indivíduos jovens também estão predispostos a essa enfermidade, em consequência do seu estilo de vida, alimentação inadequada, obesidade, alteração da pressão e até desenvolvimento de patologias do aparelho circulatório (MATTHIESSEN et al., 2003; GONÇALVES, 2012; MALTA et al., 2006).

O sexo feminino predomina com 67,0% dos pacientes acompanhados. Esse achado tem relação com o fato de que as mulheres possuem maior disposição de ir aos serviços de saúde (SILVA et al, 2014). Autores afirmam que esse achado se dá pelo fato de as mulheres possuírem uma sobrevivência maior em relação aos homens, e afirmam ainda que mulheres na pós-menopausa apresentam um aumento dos fatores de risco devido à queda na produção de hormônios esteroides, o que leva a um aumento do tônus vascular das artérias periféricas e acaba por acarretar no surgimento de HAS (BOING; BOING, 2007; CESARINO et al., 2008; BORIM; GUARIENTO; ALMEIDA, 2013; DINIZ; TAVARES; RODRIGUES, 2009; OCA-RODRIGUES et al., 2012).

Os homens na maioria dos casos só descobrem que possuem a doença após sofrerem outros eventos clínicos graves, como por exemplo um infarto. Isso evidencia a necessidade de um maior investimento dos órgãos de saúde em relação ações públicas primárias de prevenção, diagnóstico e tratamento da população acometida, em especial indivíduos do sexo masculino, tendo como prioridade a diminuição das complicações advindas da HAS (MENDES; MORAIS; GOMES, 2014; ZATTAR, 2013).

Dos indivíduos hipertensos 16,0% é fumante. A alteração dos hábitos alimentares e redução do tabagismo reduzem expressivamente o risco complicações cardiovasculares (WEINEHALL et al, 2001).

O sedentarismo encontra-se presente em 39,0% dos hipertensos e 31,0% estavam com sobrepeso. O IMC elevado tem associação com o aumento da Pressão Arterial (PA), sendo a obesidade prevalente em populações de hipertensos em todo mundo (NGUYEN; LAU, 2012).

Dos pacientes com hipertensão, 2,0% sofreram infarto agudo do miocárdio (IAM), 4,0% sofreram acidente vascular cerebral (AVC). Esse achado é frequentemente encontrado nos indivíduos com HAS (FERREIRA; MOURA; MALTA, 2006).

O aparecimento de doenças cardiovasculares (CV) é justificado em consequência da HAS ser considerada um fator de risco para o seu desenvolvimento, podendo evoluir com complicações e acometer os sistemas renais, encefálico e vascular (MACHADO ET AL, 2016).

Todo paciente hipertenso deve ser avaliado quanto ao risco cardiovascular global, pois este irá auxiliar na decisão terapêutica e permitirá uma melhor análise prognóstica. O escore recomendado é o de Framingham, este tem como objetivo estimar o risco de desenvolvimento de uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

A American Heart Association lista como fatores de risco para doença CV a dislipidemia, a obesidade, a Hipertensão Arterial, Diabetes e o tabagismo. Além destes, a idade avançada também pode ser considerada um fator de risco, assim como, com a Síndrome Metabólica (CHICOCKI et al, 2017).

A prática de atividades físicas regulares, a renúncia do tabagismo e a redução de peso são parâmetros eficazes na prevenção dessa patologia e suas complicações. Recomenda-se realização de ações educativas de prevenção primária e secundária a fim de contribuir para diminuição da ocorrência desse agravo (MENEZES et al., 2017).

É importante também que seja estimulado a mudança de comportamento dos indivíduos, pois estes, muitas vezes não auxiliam na adesão ao tratamento. A equipe de saúde deve ter uma relação de confiança com o paciente, pois assim serão estabelecidas condições favoráveis para o envolvimento do paciente com sua saúde (PIERIN et al., 2016).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que em 2011 a 2013 houve uma alta no número de indivíduos com HAS acompanhados no Ceará, a maioria desses pacientes estavam situados em Sobral, eram do sexo feminino, tendo a população idosa com principal faixa etária acometida, muitos eram fumantes e sedentários, tiveram IAM e AVC como complicação.

O controle da HAS é multifatorial e complexo. Os profissionais devem buscar alternativas para aumentar a adesão do paciente, tornando o paciente participante ativo do processo terapêutico. Eles devem utilizar da educação em saúde como instrumento, a fim de esclarecer a população sobre os riscos e além disso estimular a aquisição de hábitos saudáveis.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Estados. 2017.
- BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Bras Hipertens.**, 2007.
- BORIM, F. S. A.; GUARIENTO, M. E.; ALMEIDA, E. A. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. **Rev Soc Bras Clín Méd.**, 2011.
- CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **ArqBrasCardiol.**, v.91, n. 1, p.31-35, 2008.
- CICHOKI, M. et al. Atividade Física e a modulação do Risco Cardiovascular. **Rev Bras Med Esporte**, v.23, n.1, p. 21-27, 2017.
- DINIZ, M. A.; TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, L. R. Características sócio demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. **Ciênc Cuid Saúde.**, v.8, n.4, p. 607-14, 2009.
- FERREIRA, S. R. G.; MOURA, E. C.; MALTA, D.C. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública.**, v.43, Supl. 2, p. 98-106, 2009.
- Filho GB. Bogliolo Patologia. 8ª ed. Belo Horizonte: Guanabara Koogan. 2011.
- GIROTO, E. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Sci, Health Sci.**, v.31, n.1, p.77-82, 2009.
- GONÇALVES, V. M. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes estudantes da rede pública de ensino de Brodowski-SP. 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- HEERSPINK, H. J. et al. Effect of lowering blood pressure on cardiovascular events and mortality in patients on dialysis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 373(9668):1009- 15, 2009.
- LESSA, I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **RevBras de Hipertens.**, v.8, p.383-392, 2001.
- MACHADO, J. C. et al. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p. 611-620, 2016.
- MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.
- MENDES, G. S; MORAIS, C. F; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**, v.9, n.32, p.273-278, 2014.
- MENEZES, M. H. et al. Hipertensão arterial sistêmica e eventos cardiovasculares no estado de Tocantins, Brasil. **Revista de Patologia do Tocantins.**, v.4, n.2, p.50-53, 2017.
- Marcondes E, et al. *Pediatria básica: geral e neonatal*. Tomo I. 9ªed. São Paulo: Sarvier. 2002
- MATTHIESSEN, J. et al. Size makes a difference. *Public Health Nutr*, v. 6, p.65-72, 2003.
- NGUYEN, T; LAU, D. C. The obesity epidemic and its impact on hypertension. **Can J Cardiol.** v.28, n. 3, p.326- 33, 2012.
- NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v.46, n.3, p.256-272, 2013.
- OCA, R. et al. Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables. **Rev Soc Peru Med Interna.**v.25, n. 2, p.70-3, 2012.
- OLIVEIRA, E. A. F. et al. Significado dos Grupos Educativos de Hipertensão Arterial na Perspectiva do Usuário de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev APS.**, v.14, n.3, p. 319 – 326, 2011.

PIERIN, A. M. G. et al. Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.5, p. 764-771,2016.

SCHERR, C; RIBEIRO, J.P. Gênero, Idade, Nível Social e Fatores de Risco Cardiovascular: Considerações Sobre a Realidade Brasileira. **ArqBrasCardiol.**, v.93, n. 3, p. e54–e56, 2009.

SEGRE, C. A. et al. Efeito hipertensão e normotensão do jaleco branco na liga de hipertensão do hospital das clínicas, FMUSP. Prevalência, características clínicas e demográficas. **ArqBrasCardiol.** v. 80, n.2, p.117-121, 2003.

SILVA, P. C. S. et al. Alimentação e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Rene.**, v.15, n.6, p.1016-1023, 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Brazilian Guidelines na Hypertension. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v.107, n.3, suppl 3, Setembro,2016.

ZATTAR, L. C. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2013;29(3):507-21.

WEINEHALL, L. et al. Different outcomes for different interventions with different focus! A cross-country comparison of community interventions in rural Swedish and US populations. **Scand J Prim Health Care.**, v.56, p.46-58, 2001.

### **Agradecimentos**

O trabalho em equipe é união e amizade em prol de um bem e de um objetivo comum, por isso é muito mais nobre do que uma batalha individual. Obrigada a todos os autores pelas inúmeras contribuições.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS NO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Regina Kelly Guimarães Gomes<sup>1</sup>, Kayla Lima Alexandrino<sup>2</sup>, Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva<sup>3</sup>, Rose-Eloíse Holanda<sup>4</sup>.

*1*Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá. Enfermeira Assistencial da Unidade de Pronto- Atendimento da Praia do Futuro. Fortaleza-Ceará-Brasil. [reginakelly@unicatolicaquixada.edu.br](mailto:reginakelly@unicatolicaquixada.edu.br) *2*Graduada pelo Centro Universitário Católica de Quixadá. Fortaleza-Ceará-Brasil.

*3*Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza- Ceará-Brasil.

*4*Pós-Graduada em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá-Ceará-Brasil.

Email: [reginakelly@unicatolicaquixada.edu.br](mailto:reginakelly@unicatolicaquixada.edu.br)

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Humanização da Assistência. Enfermagem. Conhecimento.

### INTRODUÇÃO

O cenário atual da saúde no SUS é marcado por uma Política Nacional Humanizada (PNH), com ênfase nos princípios de promoção e humanização dentro das estratégias de saúde, mudando a cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Para isso, essa política de humanização fundamenta-se em troca e construção de saberes, diálogo entre os profissionais, trabalho em equipe e consideração das necessidades e desejos dos usuários (CALDERON, 2014). Portanto, pode-se dizer, que a PNH é o Sistema Único de Saúde (SUS) de “cara nova”, onde a humanização passa a ser eixo articulador de todas as práticas em saúde e destaca o aspecto subjetivo presente em qualquer situação humana: olhar cada sujeito em sua história de vida e o indivíduo dentro do coletivo. A implementação da PNH na atenção básica implica em práticas terapêuticas, formas de acolhimento e inclusão da clientela, serviços que garantem a privacidade do paciente, promoção de uma gestão participativa, fortalecendo a relação entre equipe e usuários (BRASIL, 2010).

Segundo Beato (2011), compondo uma atuação humanizada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), encontra-se a equipe de enfermagem, que está inserida muito próxima dos usuários e famílias, encontrando campo favorável para atuação de atividades que fortaleçam atitudes positivas na adoção de práticas saudáveis. O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. O cuidado de enfermagem é, portanto, um componente fundamental no sistema de saúde local, que apresenta os seus reflexos em nível regional e nacional e, por isso, deve ser também motivo de crescentes debates e novas significações (ALVES, 2011).

As concepções que o enfermeiro tem acerca da humanização da saúde são fundamentais e norteiam a sua prática. O entendimento sobre humanização da saúde é uma co-responsabilidade dos componentes da equipe de saúde da família, pela influência, atuação, indo além de uma escuta aprimorada, de modo que fortaleça os vínculos e garanta o acesso às informações de forma primordial. A intersectorialidade também deve ser buscada, bem como as ações coletivas para a promoção da saúde, por meio do desenvolvimento de atitudes e habilidades, aumentando na coletividade o poder de decisão, negociação e acesso a atividades educativas e recreativas, assim como o auto-cuidado (AERTS, 2011).

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde e a humanização do atendimento realizam-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/ política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde/adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que neles se produzem (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, percebeu-se que é fundamental que os profissionais que atuam no SUS, especialmente na ESF, conheçam a PNH/Humaniza SUS e implementem ações que visem à humanização do atendimento.

Dessa forma, o estudo tem como objetivo geral avaliar o conhecimento do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família sobre a Política Nacional de Humanização do SUS. Especificamente, descrever o conhecimento do enfermeiro sobre a implementação da PNH na ESF; listar o conhecimento do enfermeiro sobre suas ações na ESF de acordo com a PNH; descrever as dificuldades do enfermeiro para implementação da PNH na ESF; e identificar o conceito de “cuidado humanizado” referido pelos enfermeiros da ESF.



## METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa transversal e descritiva com abordagem quantitativa. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo e são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos de um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK, 2011). As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população, sendo também organizadas com o intuito de identificar possíveis relações entre as variáveis, pretendem determinar a natureza dessas relações (GIL, 2010). Os artifícios quantitativos tem por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, utilizando-se de várias técnicas e procedimentos de amostragem (LAKATOS; MARCONI, 2010).

A pesquisa foi realizada nas ESF, localizadas no município de Quixadá-Ceará, que faz parte do semiárido nordestino e está localizado no Sertão Central Cearense. Quixadá está situado a aproximadamente 170 Km de Fortaleza e tem uma população estimada em 80.604 habitantes (IBGE, 2010), sendo que destes, 23.123 vivem na zona rural. Possui, além da sede do município, 12 distritos: Califórnia, Cipó dos Anjos, Custódio, Daniel de Queiroz, Dom Maurício, Juá, Juatama, Riacho Verde, São Bernardo, São João dos Queiroz, Tapuiará e Várzea da Onça. A atenção primária à saúde é centrada na ESF, antes Programa Saúde da Família (PSF), implantado em Quixadá em 1993. Atualmente conta com 20 equipes de saúde de saúde da família.

A população foi constituída pelos 20 enfermeiros que trabalham na ESF, sendo nove da zona urbana e 11 da zona rural. Foram excluídos os enfermeiros que estavam afastados por férias, licença médica ou licença maternidade.

Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2015. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário, contendo 18 questões, sendo 16 fechadas e duas abertas. O referido questionário foi construído pelos próprios pesquisadores, com vistas ao alcance dos objetivos. Após construção, foi enviado a pareceristas com experiência na temática investigada, onde os mesmos fizeram sugestões, sendo acatadas de acordo com o trabalho. Ao final, foi obtida uma nota como requisito de sua avaliação. O questionário foi entregue aos profissionais antes do início do atendimento do profissional, por meio de visitas realizadas às UBSs do município, sendo recolhidos ao final das atividades diárias.

Os dados foram tabulados no programa Excel 2013, no qual foram obtidas tabelas com frequências absolutas e relativas, sendo analisadas e discutidas, posteriormente, com base em literatura pertinente.

Princípios éticos indispensáveis à pesquisa com seres humanos, como: respeito pela dignidade humana, direito à autonomia, justiça, não maleficência e beneficência foram prioridade neste estudo, atendendo assim às exigências da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), que traça as diretrizes e normas regulamentadoras para a pesquisa envolvendo seres humanos. Para realização da pesquisa, foi elaborado um Termo de Anuência, sendo assinado pelo diretor de cada unidade. Os participantes envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que explicita os aspectos gerais da pesquisa, e garante o sigilo de todas as informações coletadas, respeitando o caráter confidencial das identidades. Posteriormente, o projeto foi devidamente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Católica de Quixadá, sendo aprovado sob nº 1.288.293.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 20 enfermeiros que trabalham na ESF do Município de Quixadá, 16 enfermeiros foram incluídos no estudo (80% da população-alvo).

A primeira parte dos resultados da pesquisa apresenta a caracterização do conhecimento dos enfermeiros sobre a implementação da PNH na ESF. Inicialmente, procurou-se saber se essa Política era conhecida ou não por estes profissionais que atuam diariamente na ESF, mostrando que todos (16; 100%) os enfermeiros conhecem a Política. Para Zem, Montezeli e Peres (2012), a PNH deve ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos no processo de produção de saúde, com base na participação dos usuários, estabelecendo vínculos solidários para a efetivação coletiva no processo de gestão, e indissociabilidade entre a atenção e a gestão da saúde.

Observou-se quanto ao conhecimento dos enfermeiros sobre os princípios da PNH que nove (56,25%) enfermeiros referiram que a Transversalidade, Indissociabilidade entre atenção e gestão, o Protagonismo, a Responsabilidade e a Autonomia dos sujeitos e coletivos; seis (37,5%), o Acolhimento, a Humanização, a Transversalidade e Universalidade; e apenas um (6,25%), a Universalidade, Equidade, Integralidade, Racionalização e Hierarquização, como princípios da Política. A PNH está fundamentada em três princípios estruturantes: a transversalidade, indicando a ampliação do grau de comunicação entre os sujeitos e serviços, visando a transformações nos territórios de poder, alterações das fronteiras dos saberes e nas relações de trabalho; a indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que existe uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e apropriar-se do trabalho e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, compreendidos como sujeitos na produção de serviços, de si próprios e do mundo, desenvolvendo atitudes de corresponsabilidade na produção de saúde. Orientada pelos princípios da transversalidade e da integralidade,

entre atenção e gestão, a humanização se expressa a partir de 2003, como Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2015).

Quanto ao conhecimento dos enfermeiros sobre os objetivos da PNH, mais de 50% afirmam que cuidar de forma humanizada (11; 68,75%) e qualificar profissionais de saúde (11; 68,75%) são objetivos dessa Política; e um percentual importante refere que qualificar práticas de gestão e atenção à saúde (13; 81,25%) e buscar melhorias no SUS (14; 87,5) não são objetivos da PNH. Segundo a PNH, a humanização compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde; o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e do coletivo; o aumento do grau de corresponsabilidade na produção da saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde; o compromisso com a ambiência e com a melhoria do atendimento e condições de trabalho (FRACOLLI, 2012).

Ao analisar as informações sobre o conhecimento dos enfermeiros quanto ao papel do gestor municipal na PNH/Humaniza SUS, evidenciou-se que quase todos, 13 (81,25%), afirmam que implementar as diretrizes da Política em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais é uma função importante do gestor municipal. Mendes *et al.* (2012) explica que uma ESF fortalecida significa uma ruptura dos modelos de atenção à saúde focada em procedimentos da atenção especializada, altamente centrados em uma grande densidade tecnológica, e gerador de grandes custos para a administração pública, em função da ausência de uma atenção primária que realize com qualidade seu papel de coordenar a Rede de Atenção à Saúde.

A segunda parte dos resultados da pesquisa refere-se ao conhecimento dos enfermeiros sobre suas ações que devem ser exercidas na ESF de acordo com a PNH. Dessa forma, identificou-se que todos afirmam que a realização de um atendimento humanizado (16; 100%); e a prática de diálogo no acolhimento (16; 100%) são ações que os mesmos devem desempenhar de acordo com a Política; e quase 100%, ou seja, um percentual importante sabe que a formação de grupos educativos (15; 93,75%); o incentivo a outros trabalhadores à prática coletiva na unidade (15; 93,75%); o fornecimento de informações aos usuários sobre sua saúde e seus direitos (14; 87,5%); e que o uso do espaço da unidade de acordo com as necessidades (13; 81,25%) também são ações relevantes para serem executadas. Para garantir um atendimento humanizado, cabe ao enfermeiro estender o olhar para os problemas sociais e familiares assegurando conforto, estabelecendo rotinas a serem cumpridas não somente pela equipe de enfermagem, mas também pelos demais profissionais da equipe de saúde envolvidos; proporcionar segurança; e satisfação dos usuários (SILVA; CHERMICHARO; FERREIRA, 2011).

Ao analisar se enfermeiro sente-se apto e ciente para realizar ações voltadas à PNH, pôde-se identificar que 13 (81,25%) enfermeiros têm aptidão e ciência ao realizar corretamente as ações da Política. Em uma perspectiva de construção dialógica e coletiva entre os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, a PNH faz uso de algumas diretrizes para orientar/guiar a ação transformadora, a saber: a clínica ampliada, o acolhimento, a co-gestão, a valorização do trabalho e do trabalhador, e a defesa dos direitos dos usuários (ARAUJO, 2011).

A terceira parte dos resultados da pesquisa refere-se às dificuldades do enfermeiro para implementação (PNH)/Humaniza SUS em sua unidade de saúde. Assim, dos 16 (100%) profissionais que participaram do estudo, apenas 10 (62,5%) apresentaram suas dificuldades: “Falta de recursos”; “Demanda em excesso”; “Falta de incentivo da gestão”; “Falta de transporte municipal”; “Ausência de médicos nas unidades”. Marin, Storniolo e Moravcik (2010) apresentam que as dificuldades, no que se refere à falta de profissionais preparados para atuar de forma humanizada, estão diretamente relacionadas à falta de sensibilização e à falta de perfil para atuar na área. As propostas de humanização da atenção em saúde também prevê repensar o processo de formação dos profissionais de saúde, o qual ainda carrega forte herança do modelo de ensino tradicional e tecnicista.

## CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados, percebe-se, dentre outras coisas, que há uma “insatisfação” dos sujeitos com relação à prática e divulgação da PNH. E há uma lacuna no que diz respeito às práticas de gestão no município. Nesse sentido, constatou-se que se faz necessário, cada vez mais, sensibilizar e capacitar os gestores e profissionais para incorporarem a ideia de um atendimento humanizado, voltado às práticas e políticas de saúde em sua rotina, de modo que sejam capazes de identificar os problemas da população que busca os serviços das UBS.

A partir da discussão e análise com a literatura, percebeu-se a necessidade da exploração das propostas estabelecidas pela PNH, considerando que dentro do universo da atenção primária, é possível ter uma maior aproximação dos usuários com os profissionais de saúde, no intuito de que esses possam parar e pensar não apenas na humanização dos serviços, como também contribuir na sua própria humanização, ao perceber que o usuário não é apenas um mero expectador, mas entender que ele é um sujeito ativo de suas ações.

É preciso caminhar para a construção de um modelo integrador e humanizado, ainda que demande tempo e esforços, o envolvimento com esse processo deve ser realizado através de reflexões sobre a assistência em saúde

prestada, e à realização de uma educação permanente para melhorar a qualidade do serviço que se deseja ainda alcançar, já que a humanização envolve observar todos os aspectos ligados ao adoecer, o respeito aos temores, às crenças e às fragilidades dos usuários e dos seus familiares.

Espera-se que estes resultados possam suscitar reflexões sobre a humanização na ESF e a necessidade nos profissionais de saúde, especialmente nos enfermeiros, de viver e vivenciar esta política, e a partir desse processo, conscientizar-se do importante papel que desempenham; oferecer subsídios para a reflexão acerca do presente tema; e ainda servir como referência bibliográfica para futuros estudos.

## REFERÊNCIAS

- AERTS D.; **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (1): 319-325, Canoas- RS, 2011. ALVES M. D. S.; **Esc Anna Nery** (impr.) 15(3):610-615, Fortaleza- CE, 2011 jul-set;
- ARAUJO F. P.; FERREIRA M. A.; Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. **REBEN**. v.64, n.2, p.287-93, 2011.
- BEATO, M. S. F. **Os sentidos da promoção da saúde na atenção básica: estudos de caso na Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós- graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Ambiência. 2. ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php) Acesso em 24 jul. 2017.
- CALDERON D. B. L.; VERDI M. I. M.; Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface (Botucatu)**. v.1, p.859-70, 2014.
- FRACOLLI, L.A.; CASTRO, D.F.A. Competência do enfermeiro da atenção básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **O mundo da saúde**. v.36, n.3, p. 427-432, 2012.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. - São Paulo: Atlas, 2010.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARIN, M.J.S.; STORNIOLO, L.V.; MORAVCIK, M.Y. A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo – SP, v.18, n.4, p.1–7, 2010.
- MENDES, A.C.G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**. v. 28, n.5, p.955-964, 2012
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- SILVA F. D.; CHERMICHARO I. M.; FERREIRA M. A.; Humanização e Desumanização: A Dialética expressa no discurso de enfermagem sobre o cuidado. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. v.15, n.2, p.306-13, 2011.
- ZEM, K.K.S.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. Acolhimento com classificação de risco : concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Revista da Rede Nacional de Enfermagem**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 899-908, 2012.

## AGRADECIMENTOS

Aos enfermeiros que participaram do estudo e a Secretaria de Saúde de Quixadá em ter concedido a anuência para realização da pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: AUTOEFICÁCIA DE CUIDADORES NA PREVENÇÃO DE DIARREIA INFANTIL

Regina Kelly Guimarães Gomes<sup>1</sup>, Gêssica Carlos Vieira Rodrigues<sup>2</sup>, Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva<sup>3</sup>, Igor Cordeiro Mendes<sup>4</sup>.

1. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá. Enfermeira Assistencial da Unidade de Pronto- Atendimento da Praia do Futuro. Fortaleza-Ceará-Brasil. [reginakelly@unicatolicaquixada.edu.br](mailto:reginakelly@unicatolicaquixada.edu.br)

2. Graduada pelo Centro Universitário Católica de Quixadá. Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza- Ceará-Brasil.

4. Pós-Graduando em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá. Quixadá-Ceará-Brasil.

Email: [reginakelly@unicatolicaquixada.edu.br](mailto:reginakelly@unicatolicaquixada.edu.br)

Palavras-chave: *Diarreia infantil. Autoeficácia. Cuidadores.*

### INTRODUÇÃO

A diarreia infantil é uma doença causada por vários agentes etiológicos, caracterizada por episódios de fezes amolecidas ou líquidas no período de 24 horas. Portanto, é vista como um grave problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, estando entre os principais motivos de consultas, hospitalizações, emergências e morbimortalidade, em crianças menores de cinco anos. Estima-se que no Brasil, de 1995 a 2005, ocorreu mais de 39.421 mortes por diarreia em crianças menores de um ano de idade (OLIVEIRA; LATORRE, 2010). Sua ocorrência tem relação direta com as condições de vida e saúde da população, como a falta de saneamento básico e as condições nutricionais (BRASIL, 2014). O Nordeste brasileiro se destaca pelo maior número de mortes. O risco de morte entre crianças menores de cinco anos de idade é de quatro a cinco vezes maior nessa região, do que em outras regiões do país (JOVENTINO *et al.*, 2013a).

A diarreia é considerada uma doença facilmente evitada. Porém possui incidência elevada em nosso meio por ser multicausal e multifatorial, além de estar ligada a fatores sociais, econômicos e ambientais (JOVENTINO, 2013). Assim, é possível observar a relação entre a ocorrência da diarreia infantil e a autoeficácia materna, pois durante os primeiros seis meses de vida a criança encontra-se totalmente dependente de cuidados maternos e/ou familiares para sua sobrevivência (JOVENTINO *et al.*, 2010). A autoeficácia é definida como o julgamento da habilidade pessoal para executar um comportamento com sucesso, objetivando um resultado específico (BANDURA, 2006).

No campo da saúde, conta-se com um aparato tecnológico bem mais moderno que em outros períodos na história. Diante dessa modernização, cabe ao profissional de saúde utilizar-se desses novos artifícios como forma de aperfeiçoar sua assistência, inovando e aprofundando sua prática, tornando-a ao mesmo tempo mais humanizada. Diante de todos esses benefícios acerca da tecnologia na prevenção e promoção da saúde, foi criada em 2010 a Escala de Autoeficácia Materna para a prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI). O uso de tal tecnologia na prática dos profissionais de saúde vem sendo empregado como uma ferramenta auxiliadora no processo de cuidar, visto que dinamiza a assistência tornando, por vezes, o cuidar mais eficaz (SOUSA, 2011).

A sensibilização do tema ocorreu durante as práticas de estágio nas unidades básicas de saúde (UBS), nas quais observou-se a alta demanda de crianças com diarreia, despertando a curiosidade de identificar o conhecimento dos cuidadores de crianças menores de cinco anos de idade na prevenção da diarreia infantil. Espera-se que esse estudo auxilie o enfermeiro a traçar um plano de cuidados para a redução de diarreias em crianças menores de cinco anos de idade, a partir dos cuidados maternos e/ou de familiares, realizados no ambiente em que a criança vive, no Sertão Central do Ceará.

Diante desses fatos, o estudo tem como objetivo geral avaliar a autoeficácia de cuidadores de crianças menores de cinco anos de idade com relação à prevenção da diarreia infantil, no Sertão Central - CE.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal e descritiva com abordagem quantitativa. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo e são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos de um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK, 2011). As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população, sendo também organizadas com o intuito de identificar possíveis relações entre as variáveis, pretendem determinar a natureza

dessas relações (GIL, 2010). Foram empregados artifícios quantitativos tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, utilizando-se de várias técnicas e procedimentos de amostragem (LAKATOS; MARCONI, 2010).

O estudo foi realizado no município de Quixadá, localizado no interior do estado do Ceará. O município tem quatro UBS localizadas na zona urbana, porém a coleta de dados foi feita em apenas três, devido a maior facilidade de acesso e uma quantidade maior de dados epidemiológicos da diarreia infantil. As UBS são compostas por uma equipe multiprofissional, ou seja, há médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e algumas delas possuem ainda fisioterapeuta, etc.

A população do estudo foi composta por cuidadores de crianças com idade de zero a cinco anos, que compareceram, mensalmente às consultas de puericultura, durante o período de coleta de dados, totalizando 74 pessoas. Assim, o tamanho amostral foi definido conforme a fórmula para população finita ( $N =$  universo ou população de 90 crianças atendidas, em média, mensalmente, nas três UBS).

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2016, de acordo com o cronograma estabelecido. Para coleta dos dados, foi elaborado um formulário criado com base na Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EADPI). O mesmo é composto por duas partes: Parte I corresponde às características sociodemográficas e socioeconômicas da população do estudo; a Parte II é formado pela quinta versão da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil composta por 25 itens e construída segundo os domínios de cuidados às crianças (JOVENTINO, 2013). Os dados foram coletados durante as consultas de puericultura, que são realizadas pelos enfermeiros das unidades de saúde, semanalmente. Antes da consulta, foi feita uma explanação geral sobre a pesquisa, apresentando os objetivos da mesma e esclarecendo as dúvidas dos cuidadores. Em seguida, foi feita a coleta de dados pelo próprio pesquisador por meio da técnica de entrevista.

Os dados obtidos foram tabulados pelo pesquisador em uma planilha construída no programa Excel, sendo digitados por meio de dupla entrada. Em seguida, os dados foram submetidos a uma análise estatística pelo programa EPI INFO 7.0, sendo geradas as frequências absolutas e percentuais, expostas em tabelas e/ou gráficos, interpretadas e discutidas de acordo com a literatura pertinente.

A pesquisa foi delineada obedecendo aos aspectos éticos preconizados na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Para realização da pesquisa, foi elaborado um Termo de Anuência específico para cada serviço de saúde, sendo assinado pelo secretário de saúde, coordenador da atenção básica e enfermeiro de cada unidade. Os participantes envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que explicita os aspectos gerais da pesquisa e garante o sigilo de todas as informações coletadas, respeitando o caráter confidencial das identidades. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário Católica de Quixadá com o nº 1.681.411.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características sociodemográficas e socioeconômicas, verificou-se que, entre os 73 cuidadores que participaram do estudo, (94,5%) eram as próprias mães das crianças, cuja idade variou entre 18 e 35 anos (80,8%), (46,6%) tinham ensino fundamental completo e (58,6%) eram “donas de casa”. Ressalta-se ainda que (52,1%) possuíam renda familiar menor que um salário mínimo considerando o valor do salário mínimo do ano do estudo e (56,2%) residiam de quatro a sete pessoas na mesma casa. De acordo com Joventino *et al.* (2013b), a doença diarreica infantil reflete o conhecimento e a atitude materna como fatores agravantes em relação ao manejo adequado da diarreia infantil e que influenciam de fato na redução de suas complicações. Além disso, pesquisas têm verificado que a baixa idade dos cuidadores e sua pouca escolaridade são fatores que influenciam no adoecimento infantil por doenças diarreicas agudas.

De acordo com a escala de autoeficácia para prevenção da diarreia infantil, o domínio de práticas Alimentares/ Gerais da EADPI demonstra que os itens que mais tiveram concordância entre os cuidadores foram: “(97,3%) eu sou capaz de levar meu filho para se vacinar até seus cinco anos de idade” e “(100%) eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para meu filho após deixar de mamar (ex: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão)”.

Um estudo realizado por Joventino *et al.* (2010), para verificar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, mostrou que os cuidadores, em sua maioria, eram capazes de levar seus filhos para se vacinar até seus cinco anos de idade. Com isso, é possível afirmar que os resultados da autoeficácia dos cuidadores em relação às práticas alimentares/gerais EADPI demonstrou que a vacinação é uma prioridade entre os cuidadores que costumam levar a criança para ser vacinada na data marcada e em campanhas de vacinação, sempre obedecendo à caderneta de vacinação da criança. Vale ressaltar que a autoeficácia de cuidadores para prevenir a diarreia está relacionada com a vacina rotavírus, e que a adesão da vacinação é importante para redução da morbimortalidade infantil, pois se sabe que a infecção pelo patógeno rotavírus é responsável pelos casos de diarreia grave, desidratação e óbito, principalmente em crianças menores de cinco anos (SALVADOR *et al.*, 2011).

Em relação à alimentação após o desmame, a introdução de alimentos inadequados pode levar a obesidade já no primeiro ano de vida da criança. A alimentação no início de vida afeta não somente o desenvolvimento cerebral, crescimento e composição corporal, mas também causa alterações metabólicas que levam um impacto sobre as doenças crônicas adultas relacionadas à alimentação (VICARI, 2013).

Os itens que mais apresentaram discordância foram: “(63%) eu sou capaz de lavar as frutas e verduras com hipoclorito de sódio ou água sanitária”, “(49,7%) eu sou capaz de amamentar meu filho durante seus seis primeiros meses de vida” e “(28,8%) eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para meu filho nos seus primeiros três meses de vida”. O fato dos cuidadores, em sua maioria, não serem capazes de lavar as frutas e verduras com hipoclorito de sódio e água sanitária, apesar de cientificamente ser comprovada sua eficácia, aumenta o risco das crianças contrair a diarreia. O que pode levar a esse fato são os seguintes fatores: falta da substância em casa, o desconhecimento da quantidade de diluição recomendada para eliminação dos patógenos ou o gosto forte que referem ficar nos alimentos após o uso da substância. (LOPES *et al.*, 2013; JOVENTINO *et al.*, 2010).

A prática do aleitamento materno exclusivo pode evitar a morte de crianças em todo mundo, podendo haver prejuízos à saúde da criança quando introduzido alimentos complementares antes dos seis meses de idade, devido à introdução desses alimentos está relacionada à maior ocorrência de diarreia infantil, hospitalizações por doença respiratória e desnutrição, algumas mães não se sentem capazes de promover a prática do aleitamento materno exclusivo à criança (RETRÃO *et al.*, 2014; BRASIL, 2009).

Com relação aos itens que os cuidadores mais responderam que às vezes concorda foram: “11%, eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições” e “39,7%, eu sou capaz de levar meu filho ao serviço de saúde mesmo quando ele não está doente”. Estudo realizado por Assis *et al.* (2013) ressalta que a falta da prática de higienização das mãos expõe ainda mais a população infantil a episódios diarreicos, sendo a principal causa de morte entre os menores de cinco anos de idade. Dessa forma, foi adotada há muitos anos como forma de prevenção e controle de contaminação, o adequado uso de água e sabão como uma ação primordial para reduzir a flora microbiana nas mãos (SANTOS, 2013).

No domínio higiene da família, os resultados apontam que os itens que mais tiveram concordância entre os cuidadores foram: “(100%) eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos”, “(100%) eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia”, “(100%) eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira”, “(100%) eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário” e “(100%) eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois e ir ao banheiro”. O item que os cuidadores responderam em totalidade que suas crianças tomam mais de um banho por dia pode ser explicado pelo clima da região, caracterizado pelo calor, atingindo principalmente as crianças. Os cuidadores dão mais de um banho por dia na criança a fim de proporcionar um maior conforto (JOVENTINO *et al.*, 2010).

No presente estudo foi comum todos os cuidadores responderem que se sentem capazes de praticar a higiene das mãos após ir ao banheiro e depois de mexer na lixeira. Já em um estudo realizado por Sá (2014), tanto o hábito de higiene pessoal, como o de alimentos foi inadequado, seja por falta de informação ou por considerar fator irrelevante na prevenção de verminoses.

Os itens que mais apresentaram discordância foram: “(2,7%) eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca” e “(2,7%) eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso”. De acordo com uma pesquisa realizada em 2010, foi possível afirmar que os cuidadores eram incapazes de evitar que a criança colocasse objetos sujos devido trabalharem fora do domicílio, o que tornava inviável observar a criança a todo instante. Com relação a aqueles que não exerciam atividade fora do lar, realizavam inúmeras atividades domésticas, não podendo também observar a criança, a todo o momento (JOVENTINO *et al.*, 2010).

O único item em que os cuidadores responderam que às vezes concorda foi “(8,2%) eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa”. Diante dos itens apresentados como não concordar ou que às vezes concordam, observa-se a importância do profissional de saúde na orientação de como os cuidadores devem agir na prevenção da diarreia infantil, através de medidas educativas de promoção a saúde, higiene pessoal, alimentar e doméstica (LOPES *et al.*, 2013).

## CONCLUSÃO

Diante desses resultados, vale ressaltar a importância de estratégias na promoção e prevenção da saúde das crianças, como a realização de atividades de educação em saúde, assim como avaliar de forma mais eficaz a autoeficácia dos cuidadores sobre a prevenção da diarreia infantil; orientação aos cuidadores sobre o manejo correto durante o episódio diarreico e acompanhamento dessa população nas suas rotinas diárias, pois sabe-se que só as informações repassadas não são suficientes para prevenção da diarreia infantil, como também é preciso ter hábitos saudáveis para prevenir a doença. O enfermeiro deve atuar junto com os cuidadores, a fim de aumentar

sua confiança em cuidar de seus filhos, já que fatores como a baixa renda e condições sanitárias diminuem essa confiança. Dessa forma, o profissional pode utilizar escalas como a EAPDI para medir a autoeficácia dos cuidadores e seus hábitos familiares na prevenção da diarreia infantil.

Espera-se que este trabalho desperte o interesse dos profissionais da saúde, em especial o enfermeiro sobre o assunto e que o mesmo procure sempre estar atualizado sobre a prevenção da diarreia infantil para assim repassar as orientações aos cuidadores das crianças. Vale ressaltar a importância de pesquisas como estas para evitar danos à saúde das crianças e permiti-la crescer de maneira saudável.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, E. M.; OLIVEIRA, R. C.; MOREIRA, L. E.; PENA, J. L.; RODRIGUES, L. C.; MACHADO-COELHO, G. L. Prevalência de parasitos intestinais na comunidade indígena Maxakali, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 29, n. 4, p. 681-690, 2013.
- BANDURA, A. Toward a Psychology of human Agency. **Perspectives Psychological Science**, v.1, n.2, p. 164-180, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança. **Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2014.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. - São Paulo: Atlas, 2010.
- JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil** [dissertação]. Fortaleza (CE): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2010.
- JOVENTINO, E. S.; BEZERRA, K. C.; COUTINHO, R. G.; ALMEIDA, P. C.; ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Condições sociodemográficas e sanitárias na auto-eficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Rev. Saúde Pública**. v.15, n.4, p. 542-554, 2013a.
- JOVENTINO, E. S.; FREITAS, L.V.; VIEIRA, N. F. C.; AQUINO, P. D. S.; PINHEIRO, A. K. B.; XIMENES, L.B. Habilidades maternas para prevenção e manejo da diarreia infantil. **Ciencia y Enfermeria XIX**. v.2, p. 67-76, 2013b.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- LOPES, T. C.; CHAVES, A. F. L.; JOVENTINO, E. S.; ROCHA, R. S.; CASTELO, R. P.; ORIÁ, M. O. B. Avaliação da autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Rev Rene**. v.14, n. 6, p.1103-11, 2013.
- OLIVEIRA, T. C. R.; LATORRE, M. R. D. O. Tendências de internação e de mortalidade infantil e por diarreia: Brasil, 1995-2005. **Rev. Saúde Pública**. v.44, n. 1, p.102-11, 2010.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- RETÃO, M. M. S.; OLIVEIRA, E. A. R.; LIMA, L. H. O.; DUAILIBE, F. T.; SILVA, R. N.; BRITO, B. B. Hospitalizações em menores de cinco anos de idade em um hospital público: um estudo descritivo. **R. Interd**. v. 7, n.3, p. 28-36, jul. ago. set. 2014.
- SÁ, M. A. J. **Educação em saúde: prevenção da diarreia aguda em crianças menores de 2 anos na ESF Geraldo Garcia em Ponta Porã/MS**. Trabalho de conclusão de curso (Pós-Graduação). Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande/MS, 2014.
- SANTOS, A. A. M. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços da saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em outubro de 2016.
- SALVADOR, P. T. C. O.; ALMEIDA, T. J.; ALVES, K. Y A.; DANTAS, C. N. A rotavirose e a vacina oral de rotavírus humano no cenário brasileiro: revisão integrativa da literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 16, n. 2, p. 567-74., 2011.
- SOUSA, E. C. **Tecnologias leves envolvidas no trabalho em Enfermagem: revisão bibliográfica**. 2011. 41f. Monografia (especialização)- Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.



VICARI, E. C. Aleitamento materno, a introdução da alimentação complementar e sua relação com a obesidade infantil. **Rev Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo v.7, n.40, p.72- 83, Jul/Ago. 2013.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos cuidadores das crianças que participaram do estudo e a Secretaria de Saúde do Município de Quixadá em ter concedido a anuência para realização da pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## TUBERCULOSE: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS NAS MACRORREGIÕES DO CEARÁ

Jéssica Karen de Oliveira Maia<sup>1</sup>(PQ), Priscila Nunes Costa Travassos<sup>2</sup>(PQ), Larissa Rodrigues de Freitas<sup>3</sup>(PQ), Romênia Kelly Soares de Lima<sup>4</sup>(PG), Bruna Nunes Costa Lima Rosado<sup>5</sup>(PQ), Aline Luiza Evangelista<sup>6</sup>(PQ)

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza – Ceará - Brasil;
2. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará e Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade de Fortaleza, Fortaleza – Ceará - Brasil;
3. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza – Ceará - Brasil;
4. Bióloga. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza – Ceará - Brasil;
5. Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza – Ceará - Brasil;
6. Assistente Social. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza – Ceará - Brasil.

E-mail: jessikaren@gmail.com

Palavras-chave: Tuberculose. Epidemiologia. Controle de Doenças Transmissíveis.

### INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, gerada pelo *Micobacterium tuberculosis* que afeta principalmente os pulmões. Essa enfermidade foi descoberta em 1882 e apesar de ter prevenção e cura, ainda é considerada um problema de saúde pública.

O fator de risco mais significativo para contrai-la é o convívio com indivíduo portador de tuberculose ativa, porém existem outros elementos que causam vulnerabilidade a patologia como: imunocomprometimento por infecção pelo vírus HIV, neoplasias, cirurgias estomacais, falência renal e uso duradouro de corticosteroides em altas doses (FIGUEIREDO, 2005).

No ano de 2015, houve notificações de 6,1 milhões de novas ocorrências de TB à Organização Mundial da Saúde (OMS). Portanto essa enfermidade detém incidência mundial. O Brasil está na 20ª posição na lista dos 30 países com alta carga de TB e 19ª posição na lista dos 30 países com alta carga de TB/HIV (WHO, 2016). No Ceará (CE) ela definida como uma doença endêmica, no ano de 2012 tiveram 3.508 casos notificados (BRASIL, 2012).

Essa problemática apresenta associação com a miséria e exclusão social, portanto as pessoas em situação de vulnerabilidade social e baixa renda têm maiores chances de desenvolvê-la. Esse mesmo fator dificulta o acesso desses pacientes aos serviços de saúde, contribuindo para o aumento da transmissibilidade, retardo do diagnóstico e do tratamento (JUNIOR; VIRGILIO; MEDRONHO, 2016). Essa enfermidade é vista como prioridade e faz parte dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS), com o intuito de realizar ações de prevenção, controle e vigilância (CLEMENTINO et al, 2016).

Entre as ações e os serviços do MS, existe o Plano Nacional de Controle à Tuberculose (PNCT), que se estende as três esferas do governo, porém a esfera municipal se sobressai através da Atenção Primária à Saúde (APS), com as atividades de prevenção e promoção (FEITOZA et al, 2012). A APS é responsável por realizar o diagnóstico e conduzir inteiramente o tratamento desta patologia, sendo fornecido exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e possuindo como principal objetivo atingir uma meta de cura de 85% e um abandono menor que 5% (SOARES et al, 2017).

Os motivos que conduziram a realização desse estudo foram: a alta prevalência de TB no Ceará, onde anualmente são notificados inúmeros casos novos, além de vários eventos que permanecem subdiagnosticados; A mortalidade pela doença diminuiu devido à adoção de programas de controle, no entanto ela ainda gera grande impacto no sistema público de saúde.

Diante da importância do combate à Tuberculose, este estudo almeja descrever a epidemiologia dos casos notificados nas macrorregiões do Estado do Ceará do ano de 2016.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado com dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), extraídos do Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) abrangendo os casos notificados no ano de 2016 nas Macrorregiões de Saúde do Ceará (Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central, Litoral leste / Jaguaribe).

As variáveis coletadas para análise foram: casos confirmados segundo região, faixa etária, sexo, tipo de entrada, confirmação de diagnóstico, 1ª baciloscopia, 2ª baciloscopia, cultura do escarro, tipo de TB, situação de encerramento. A análise de dados foi feita por meio de estatística de frequência e percentual simples.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O elevado número de casos de TB é peculiar na região brasileira, isso demonstra que é primordial a implementação de políticas e programas no combate à doença. Para haver melhoria no controle é necessário que aconteça identificação precoce de indivíduos portadores de TB ativa e manejo dos fatores de riscos, com propósito de diminuir os gastos públicos e os esforços individuais (COWIE et al., 2014).

No ano de 2016, houve 963 casos de TB notificados nas Macrorregiões do Ceará, onde Fortaleza predominou com o maior número de casos (n=673 - 70%) seguida de Sobral com (n=161 - 17%).

A soberania da doença na capital do estado tem possibilidade de ter relação com maior volume populacional. A realização de uma análise multivariada das taxas de notificação da TB no Brasil foi associada a uma maior proporção de famílias que vivem em condições precárias, em ambientes urbanos e com maior densidade populacional (HARLING; CASTRO, 2014).

As faixas etárias mais afetadas foram os adultos jovens de 20 a 39 anos com (n=422 - 44%), seguido de 40 a 59 anos com (n=312 - 32%). Em outra pesquisa essa faixa etária é reafirmada com mais acometida, concentrando o maior número dos óbitos pela doença, este grupo é referenciado como economicamente ativo por esse motivo gera maior impacto para o enfermo, família e comunidade (AMARAL, 2015).

O sexo masculino predominou com (n=658 - 68%) dos eventos. Esse gênero é mais suscetível à patologia, isso tem influência direta com os fatores econômicos, educacionais, culturais e sociais (PEREIRA et al, 2015). Pode-se acrescentar que o estilo de vida desse grupo é mais vulnerável ao alcoolismo, tabagismo e desnutrição. Além disso, é necessário considerar que a população feminina busca mais o serviço de saúde. A confirmação laboratorial foi a mais usada (n=630 - 65%), na 1ª baciloscopia se obteve resultado positivo em (n=575 - 60%), não foi realizada em (n=216 - 22%), teve desfecho negativo (n=103 -11%). A 2ª baciloscopia em (n=694 -100%) dos casos não se obteve informação, relacionado a cultura do escarro (n=653 - 68%) não foi feita, (n=170 - 18%) estava com resultado em andamento e (n=108 - 11%) deu positivo. Outra pesquisa teve resultado distinto, onde a realização de exame de baciloscopia verificou-se a realização de 82,0% dos casos na primeira amostra e 72,0% na segunda amostra (COELHO; BIBERG, 2015).

A baciloscopia é um exame utilizado como indicador para análise do programa de controle da tuberculose. Preconiza-se a realização de, pelo menos, dois exames sendo um no ato da notificação e o outro no desfecho do tratamento. As altas taxas da não efetuação do teste mostram a falha no sistema de saúde e a dificuldade no controle da enfermidade (FILHA et al, 2012).

Relacionado a variável tipo de entrada, (n=762 - 79%) eram casos novos, (n=107 - 11%) reingresso após abandono, (n=52 - 6%) eram recidivas. As recidivas acontecem pelo fato de o *Mycobacterium tuberculosis* ser capaz de sobreviver em estado de latência, até em tecidos que apresentam baixa oxigenação não sendo detectados no exame de baciloscopia (BRANCO; PINTO BOECHAT, 2012).

A situação de encerramento dos casos foi (n=860 - 89%) não foi informado, (n=53 - 5%) foram transferidos, (n=19 - 2%) tiveram óbito por TB, (n=14 - 2%) teve óbito por outras causas, (n=6 -1%) abandonou o tratamento.

O desfecho situacional dos casos de TB diverge do encontrado na literatura, pois há elevado índice de cura após o tempo de tratamento (BELO et al, 2013). O tratamento é feito em ambulatórios, com distribuição gratuita dos medicamentos aos enfermos, ele é eficaz, propiciando cura em praticamente 100% dos casos novos (AGUIAR; RIBEIRO 2009). A falta de informação sobre o encerramento ou ainda ao preenchimento incorreto dos prontuários e fichas de notificação mostra a deficiência no processo de acompanhamento por parte dos profissionais impedindo que o consolidado epidemiológico seja verdadeiro.

É necessário que os municípios realizem ações para o controle da TB, focadas nas taxas de incidência, na busca dos novos casos, da baixa positividade dos exames, do percentual de cura e outras ações voltadas para a comunidade (SILVA; SANTOS, 2017).

## CONCLUSÃO

Apesar de ser uma enfermidade passível de controle, a incidência de TB no estado do Ceará é crítica, ainda existem muitos impasses para que o ciclo de propagação seja realmente quebrado, afinal a doença possui inúmeros fatores de riscos como as condições socioeconômicas precárias, elevadas taxas de incidência na capital pela alta densidade populacional, a falta de adesão a terapia medicamentosa que mesmo sendo estimulada por meio do tratamento diretamente observado (TDO) ainda não é totalmente eficaz.

O estudo propiciou conhecer o perfil epidemiológico da doença nas Macrorregiões do Ceará. Diante disso, recomenda-se a busca de indivíduos com TB ativa a fim de cessar a cadeia de transmissão. Além disso, deve-se ser realizada capacitação para os profissionais da saúde que lidam com pacientes acometidos por TB para o incentivo ao tratamento contínuo e o preenchimento correto dos dados sobre cada caso, pois é a partir dessas informações que se faz o levantamento epidemiológico situacional da patologia no país, para que haja melhorias nas políticas públicas, é necessário coletar informações fidedignas.

## REFERÊNCIA

AGUIAR, Z.N. e RIBEIRO, M.C.S. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. 2.ed., São Paulo: Martinari, 2006.

AMARAL, H. E. G. **MORTES EVITÁVEIS POR TUBERCULOSE EM RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA NO PERÍODO DE 2006 A 2013**. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

BELO E. N. et al. Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil-Colômbia-Peru-Venezuela: situação epidemiológica e fatores associados ao abandono. **Rev Panam Salud Publica.**, v. 5, n. 34, p. 321–9, 2013.

BOLHUIS, M. S. et al. Individualized Treatment of Multidrug-Resistant Tuberculosis Using Therapeutic Drug Monitoring. **International Journal of Mycobacteriology**, ago. 2016.

BRANCO, F.S.C; PINTO, A.C.; BOECHAT, N. A química medicinal de novas moléculas em fase clínica para o tratamento da tuberculose. **Rev. Virtual Quím.** Rio de Janeiro, v.4, n. 3, p. 287-328, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. 2012. Available from: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337634\\_001\\_Tuberculose-Boletim%20Epidemio.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337634_001_Tuberculose-Boletim%20Epidemio.pdf)

CLEMENTINO, F. C. et al. Ações de controle da tuberculose: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n.4, 2016.

COELHO, A. B; BIBERG, C. A. Perfil epidemiológico da coinfeção Tuberculose/HIV no município de São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos ESP.**, v.9, n.1, p.19-26, 2015.

COWIE, C. E; MARREOS, N; GÓRTAZER, C; JAROSO, R; WHITE, P. C; BALSEIRO, A. Shared risk factors for multiple livestock diseases: A case study of bovine tuberculosis and brucellosis. **Res Vet Sci.**, v. 97, n.3, p.491–7, 2014.

CRISPIM, J. A. et al. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Acta Paul Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 25, p.721-727, 2012.

DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012/d06.def>, acesso em 10/07/2017. 2017

FEITOZA, D. S. et al. Vigilância epidemiológica no contexto do programa de controle da tuberculose: limites e possibilidades. **Rev. Rene.**, v.13, n.5, p.1066-74, 2012.

FIGUEIREDO, N. M. A. Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. 2ª ed. São Paulo: Yendis, p. 187, 2005.

FILHA, M. M. T. et al. Análise da tuberculose em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 20, p.169-76, 2012.

HARLING, G; CASTRO, M. C. Aspatial analysis of social and economic determinants of tuberculosis in Brazil. **Health Place.**, v.25, p.56–67, 2014. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24269879> doi: 10.1016/j.healthplace.2013.10.008.

JUNIOR, J. C. O; VIRGILIO, T. C; MEDRONHO, R. A. Comparação da proporção de cura por tuberculose segundo cobertura e tempo de implantação de Saúde da Família e fatores socioeconômicos e demográficos no município do Rio de Janeiro, Brasil, 2012. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v.21, n.5, p. 1491-1498,2016.

PEREIRA, J. C. et al. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. **Rev Saúde Pública.**, v. 6, n. 49, p.1-12, 2015.

SILVA, J. N; SANTOS, M. C. Levantamento epidemiológico de casos de tuberculose no município de Mogi das Cruzes (SP). **Revista Científica UMC.**, Mogi das Cruzes, v. 2, n. 1, 2017.

SOARES, M. L. M. et al. Aspectos sociodemográficos e clinico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil,2001-2014. **Epidemiol Serv Saúde.**, v.26, n.2, p. 369-379, 2017.

World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report. [Internet] WHO report 2016. Disponível: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr2016\\_executive\\_summary.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary.pdf?ua=1).

## **AGRADECIMENTO**

O trabalho em equipe é união e amizade em prol de um bem e de um objetivo comum, por isso é muito mais nobre do que uma batalha individual. Obrigada a todos os autores pelas inúmeras contribuições.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA IMUNIZAÇÃO E SUA COBERTURA NAS MACRORREGIÕES DO CEARÁ (2013 – 2017)

Jéssica Karen de Oliveira Maia<sup>1\*</sup>(PG), Priscila Nunes Costa Travassos<sup>2</sup>(PG), Larissa Rodrigues de Freitas<sup>3</sup>(PG), Romênia Kelly Soares de Lima<sup>4</sup>(PG), Bruna Nunes Costa Lima Rosado<sup>5</sup>(PG), Aline Luiza de Paulo Evangelista<sup>6</sup>(PG)

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza – Ceará - Brasil; ;
2. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará e Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade de Fortaleza, Fortaleza - Ceará - Brasil;
3. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza – Ceará - Brasil;
4. Bióloga. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – Ceará -Brasil;
5. Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará - Brasil;
6. Assistente Social. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ceará - Brasil.

Email: jessikaren@gmail.com

Palavras-chave: Vacinação. Cobertura Vacinal. Epidemiologia.

### INTRODUÇÃO

As vacinas são utilizadas na prevenção, no controle e na eliminação de doenças imunopreveníveis. Elas foram criadas desde da origem do século XIX, porém, somente em 1973 é que Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi ampliado, normatizado pela Lei nº 6.259 de 1975, e pelo Decreto nº 78.321 de agosto 1976, que gerou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). O PNI alinha toda a política nacional de vacinação do Brasil, dispõe aproximadamente de 35 mil salas de vacina. É tido como uma das intervenções fundamentais em saúde pública, devido reduzir significativamente patologias nas últimas décadas (BRASIL, 2014).

A vacinação concede proteção tanto individual quanto coletiva contra várias enfermidades, isso é resultado da redução de agentes patógenos circulantes. Ela é considerada uma ação preventiva para toda população do mundo, promovendo redução significativa e até erradicação de algumas doenças (OLIVEIRA et al., 2010). A Imunização pertence ao nível de atenção primária, vinculada ao cotidiano dos serviços de saúde, é tida como um dos grandes aperfeiçoamentos da tecnologia médica dos últimos tempos, se constituindo no procedimento de melhor relação custo e efetividade no setor de saúde (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009).

Apesar da melhoria na cobertura vacinal no Brasil nos últimos tempos, ainda existe um significativo número de indivíduos não vacinados corretamente, mesmo em regiões com bons serviços de saúde. É importante estar atento às variações nesses indicadores, pois oportuniza identificar os possíveis motivos para o não alcance das metas preconizadas, sendo necessário implantar novas estratégias de vigilância que busquem captar a razão (TEIXEIRA; ROCHA, 2010).

Diante do exposto, é importante estar atento aos dados vacinais como: doses aplicadas de imunizantes e a sua cobertura a fim de verificar o motivo das variações, avaliando se há necessidade de ampliação da cobertura, promovida através da implementação de campanhas.

Desse modo, objetivou-se no presente estudo verificar as doses aplicadas de vacinas e a cobertura vacinal das Macrorregiões do Ceará de 2013 a 2017.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado com dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), extraídos do Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) abrangendo as doses aplicadas de vacinas e a cobertura vacinal de janeiro de 2013 a junho de 2017 nas Macrorregiões de Saúde do Ceará (Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central, Litoral leste / Jaguaribe).

As variáveis coletadas foram: doses aplicadas, cobertura vacinal segundo Macrorregião. A análise de dados foi feita por meio de estatística de frequência e percentual simples.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ano de 2017 apesar de não finalizado, já possui 3.637.624 vacinas operadas, com cobertura de 47,36%, onde Fortaleza (62%) e Sobral (16%) seguem soberanos em relação às outras Macrorregiões.

Quanto à cobertura segundo o tipo de imunização, algumas ultrapassaram 100% de cobertura, como BCG (105,91%), Rotavírus humano (100,71%), meningococo C (104,23%), hepatite B (105,65%), Penta (101,06%), Pneumocócica (102,58%), Poliomelite (104,74%), DTP (TetraPenta) (101,42%), HPV Quadrivalente D1 9 anos – Feminino (113,64%), HPV Quadrivalente D1 11 anos – Feminino (116,59).

A imunização favoreceu a redução de casos e a eliminação de doenças como no caso da erradicação da poliomielite, redução da transmissão de sarampo e rubéola, diminuição de novos casos de difteria, coqueluche, meningite que possuíam como agente infeccioso o H. influenzae tipo B, tétano, tuberculose em menores de 15 anos e atenuação expressiva da mortalidade infantil. Diante disso, a saúde pública do Brasil obteve vários resultados positivos através da vacinação (PINTO; MATTA; DA-CRUZ, 2011; TEIXEIRA; DOMINGUES, 2013).

A cobertura vacinal correta é fundamental para impossibilitar a circulação dos agentes patogênicos entre a população, principalmente em indivíduos menores de 5 anos, com a finalidade de prevenir, conter e erradicar as doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2012). Nos dias de hoje o maior desafio para o PNI é o alcance das metas de coberturas vacinais pelos municípios (BRAZ et al, 2016).

De 2013 a 2017 houve 40.609.855 doses de vacinas aplicadas nas macrorregiões do Ceará. Em todo o período de estudo, Fortaleza apresentou a maior cobertura vacinal. É recomendado que seja atingido no mínimo 95% de cobertura vacinal para manutenção da erradicação, eliminação ou controle de doenças imunopreveníveis (DIETZ et al 2004).

O ano com o maior número de vacinas aplicadas foi 2015, com 14.138.876 doses onde todas as macrorregiões apresentaram mais de 100,0% de cobertura vacinal.

A região brasileira está trazendo quantidade maciça de vacinas gratuitas, isso expõe os avanços históricos na imunização. Para uma vacina ser inserida, vários critérios são analisados como os epidemiológicos, o de eficácia, o de segurança e socioeconômico, todos eles são averiguados pelo Comitê Técnico Assessor de imunizações. Ainda assim, para crescer-la, os suprimentos sustentáveis junto com o consolidado do complexo industrial devem assegurar a produção nacional de insumos em companhia dos laboratórios públicos. As campanhas de vacinação têm alcance nacional, com calendários específicos instituídos (TEIXEIRA; DOMINGUES, 2013).

As coberturas vacinais estão satisfatórias nas esferas estaduais e nacionais, porém nos municípios as coberturas ainda são diversificadas, onde os grupos com renda mais baixa em relação aos com renda mais alta possui menor cobertura (BARRETO et al., 2011).

Uma drástica queda da cobertura vacinal foi observada no ano de 2016 que figurou como o ano com menor cobertura, apresentando 6.997.824 doses aplicadas em todas as macrorregiões, com cobertura abaixo de 60,0%, o sertão central possuiu a menor porcentagem (53,73%).

Outra pesquisa corrobora com esse resultado, muitos municípios não alcançaram as coberturas convenientes, especialmente nas vacinas tetra viral, febre amarela e BCG. Notou-se que diversos municípios possuem elevadas taxas de abandono para algumas vacinas (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

O alcance vacinal quando não atinge sua eficiência justifica-se pelo não comprometimento dos indivíduos em ir aos postos de saúde para receber suas imunizações marcadas. Esse fato relaciona-se ao difícil acesso a unidade de saúde, a falta de insumos e indicação do próprio profissional de saúde em adiar a aplicação (ANDRADE; LORENZINI; SILVA, 2014; CARDOSO et al., 2015). Além da dificuldade de acesso as unidades de saúde existem outros fatores que dificultam as coberturas vacinais como a violência e a falta de tempo que os pais têm para levar suas crianças ao posto de saúde, é aconselhável que horários especiais sejam ofertados (TEIXEIRA; ROCHA, 2010; TEIXEIRA; DOMINGUES, 2013).

Os pais são vistos como o maior obstáculo para que o direito de imunização seja garantido por não acreditarem nos benefícios reais oferecidos pelas vacinas. Além disto, existe relação direta com os fatores socioeconômicos, pois famílias com baixa classe econômica apresentam piores coberturas vacinais (WOLKERS et al, 2016).

Nessa perspectiva, as atividades de imunizações devem sempre abranger as especificidades da área, atendendo essas peculiaridades, é viável que mais indivíduos sejam vacinados. Os profissionais precisam trabalhar continuamente de forma a eliminar ou erradicar doenças imunopreveníveis, não devem se restringir apenas as campanhas (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

A presença de coberturas baixas como é o caso da Hepatite B em < 1 mês (70,14%), mesmo que próximas às metas estabelecidas pelo PNI, ainda são consideradas deficientes para garantir o controle das doenças e manter suas incidências baixas, evitando assim a ocorrência de surtos (NORA et al., 2016).

Altos alcances das vacinas como a Poliomielite pode estar associadas a inúmeras oportunidades de vacinação, que além da vacina de rotina ofertada pelos postos de saúde, está disponível em campanhas que envolvem uma ampla divulgação na mídia e uma maior mobilização das equipes de saúde (QUEIROZ et al., 2013), ou ainda com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas residências que auxiliam no correto comprimento do calendário de vacinas e no esclarecimento das dúvidas (BITTENCOURT et al., 2011).



Entre uma das menores coberturas vacinais do Brasil no período estudado, destaca-se a da Febre Amarela (0,33%), Febre Amarela 4 anos (11,63%). A demarcação da vacina da febre amarela no Brasil sempre esteve abaixo das demais sendo correlacionado a recomendação da sua administração. Ela indicada para uma grande parte do país, particularmente para pessoas não vacinadas e que se expõem em áreas onde o vírus aparece, é uma doença transmitida por mosquitos, vetor de difícil controle (BRASIL, 2014a).

Os sistemas de vigilância em saúde para ter representatividade necessitam de extensa área territorialização, a fim de promover visibilidade das notificações dos indivíduos que estão sendo acompanhados pelo programa de imunizações daquele local, eles são necessários para fortalecer o programa, afinal os dados epidemiológicos que oferecem evidências para manejo de decisões quanto ao uso de agentes imunizantes, devem ser sensíveis a qualquer alteração no padrão de notificações da localidade (LUHM; CARDOSO;

WALDMAN, 2011). São acompanhados pelo sistema de vigilância os riscos de transmissão de enfermidades imunopreveníveis, as áreas de vulnerabilidade e a condição situacional geral para possibilitar a realização de ações cabíveis (ZELL et al., 2000).

Esse sistema deve assegurar: as coberturas adequadas, estimular adesão às vacinações agendadas e identificar e aplicar as vacinas atrasadas impedindo a mortalidade precoce por patologias imunopreveníveis (TEIXEIRA; ROCHA, 2010; LUHM; WALDMAN, 2009).

Os registros de vacinação devem ser realizados com qualidade e devem estar sempre atualizados pois essas informações coletadas facilitam o manejo das ações das imunizações em diversos países (VANDELAER; BILOUS; NSHIMIRIMANA, 2008).

A visibilidade da situação de saúde favorece verificar as variações na cobertura vacinal, identificação crescimento de casos, propiciando realização de novos estudos e possibilitando a implementação de medidas para impugnar o progresso da doença (DOS SANTOS et al., 2015).

Embora a vacinação não certifique nenhum risco de adquirir a doença, ela é considerada como melhor meio de diminuir consideravelmente a prevalência de diferentes enfermidades potencialmente graves e, portanto, eliminá-las (DE SOUSA et al., 2015).

## CONCLUSÃO

De 2013 a 2017 inúmeras vacinas foram aplicadas nas macrorregiões do Ceará, o município de Fortaleza foi soberano em todos os anos, apresentando a maior índice de imunização. Em 2015, a cobertura vacinal preconizada foi atingida, esse ano teve o maior número de vacinas aplicadas, já em 2016, houve uma queda acentuada, onde nenhuma Macrorregião atingiu a cobertura vacinal recomendada. A cobertura vacinal está associada as inúmeras ações da atenção primária. A equipe de atenção primária tem responsabilidade com a comunidade, logo a esfera municipal, tem papel principal nas ações de imunização, em conjunto com as outras esferas do governo de implementar campanhas e ações no exterior do ambiente de saúde. Os indivíduos devem ser acompanhando desde o nascimento, a faixa etária infantil principalmente as crianças menores de um ano que tem o sistema imunológico mais suscetível a adquirir doenças, sendo imprescindível o acompanhamento vacinal que comprovadamente é benéfico para a população, diminuindo drasticamente a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis.

Os profissionais de saúde obtendo mais conhecimentos acerca da imunização facilitará o trabalho junto com as famílias, onde ele orientará e desmitificará ideias contribuindo para promoção. Além da compreensão do assunto, eles necessitam de treinamentos, com foco na realização de registros corretos no sistema, enfermeiros juntamente com os técnicos de enfermagem da sala de vacinação, não devem comprometer as informações fornecidas, pois elas são facilitadoras da transparência da situação da imunização e contribuirão para o aperfeiçoamento das coberturas, aumentando a viabilidade dos recursos vacinais.

## REFERÊNCIA

ANDRADE, D. R. S; LORENZINI, E; SILVA, E. F. Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. **Cogitare Enferm.** 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Protocolo de monitoramento rápido de cobertura (MRC) em crianças menores de 5 anos de idade (6 meses e 4 a 11 meses e 29 dias) pós campanha de multivacinação, Brasil, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regiões de recomendação de vacina contra febre amarela. 2014a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de

Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **Lancet**. 2011 May;377(9780):1877-89

BITTENCOURT, F. S. et al. Agentes comunitários de saúde: atribuições na saúde da criança. **Rev Enferm UFSM**. 2011

BRAZ, R. M. et al. Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 25(4):745- 754, out-dez 2016.

CARDOSO, M. D. T. et al. Avaliação da cobertura vacinal em crianças de 2 meses a 5 anos na estratégia da saúde família. **Rev. APS.**, v.18, n.3, p. 273 – 280, 2015.

DANOVARO-HOLLIDAY, M. C. et al. Electronic immunization registries in Latin America: progress and lessons learned. **Rev Panam Salud Publica**. 2014 May-Jun;35(5-6):453-7

DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/d06.def>, acesso em 20/07/2017. 2017

DE SOUSA, N. L. O. et al. Cobertura vacinal do esquema básico em menores de um ano em um centro de saúde do município de São Luís, MA. **Rev. Investig. Biomed**, v.6, n.1, p.71-81, 2015.

DOMINGUES, C. M. A. S; TEIXEIRA, A. M. S; CARVALHO, S. M. D. National Immunization Program: vaccination, compliance and pharmacovigilance. **Rev Inst Med Trop Sao Paulo**. 2012 Oct;54 Suppl 18: S22- 7.

DOMINGUES, C. M. A. S; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.22, n.1, p.9-27, 2013.

DOS SANTOS, B.A. et al. Coqueluche em crianças menores de 3 anos de idade hospitalizadas em 2011 e 2012. **Clin. Biomed. Res.**, v.35, n.4, 2015

GUIMARÃES, T. M. R; ALVES, J. G. B; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.4, p.868-876, 2009

LUHM, K. R; CARDOSO, M. R. A; WALDMAM, E. A. Cobertura vacinal em registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.1, p.90-98, 2011.

LUHM, K. R; WALDMAN, E. A. Sistemas informatizados de registro de imunização: uma revisão com enfoque na saúde infantil. **Epidemiol Serv Saude**.2009 janmar;18(1):65-78.

NORA, T. T. D. et al. Situação da cobertura vacinal de imunobiológicos no período de 2009-2014. **Rev Enferm UFSM.**, v.6, n.4, p.482-493, 2016.

OLIVEIRA, V.G. et al. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. *Rev. Rede Enferm. Nordeste*, v.11, p. 133-141, 2010.

PINTO, E. F; MATTA, N. E; DA-CRUZ, A. M. Vacinas: progressos e novos desafios para o controle de doenças imunopreveníveis. **Acta Biol Colomb**. 2011 jul;16(3):197-212

QUEIROZ, L. L. C. et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cad Saúde Pública.**, 2013.

TEIXEIRA, A. M. S; DOMINGUES, C. M. A. S. Monitoramento rápido de coberturas vacinais pós-campanhas de vacinação no Brasil: 2008, 2011 e 2012. **Epidemiol Serv Saude** 2013 out-dez;22(4):565-78.

TEIXEIRA, A. M. S; ROCHA, C. M. V. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. **Epidemiol Serv Saude.**, v.19, n.3, p.217-26, 2010.

WOLKERS, PCB et al.O direito a imunização na infância e adolescência: *uma revisão narrativa*.Ciencia Y Enfermeria, v. XXII, n.3, pag 85-96,2016.

VANDELAER, J; BILOUS, J; NSHIMIRIMANA, D. Reaching Every District (RED) approach: a way to improve immunization performance. **Bull World Health Org.** 2008 Mar;86(3):161-240

O trabalho em equipe é união e amizade em prol de um bem e de um objetivo comum, por isso é muito mais nobre do que uma batalha individual. Obrigada a todos os autores pelas inúmeras contribuições.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ALEITAMENTO MATERNO ENTRE FILHOS DE NUTRIZES TRABALHADORAS: O DESVELAR DA LITERATURA

Ana Maria Martins Pereira<sup>1\*</sup>, Dafne Paiva Rodrigues<sup>2</sup>, Valdeniça Silvano Monteiro Bastos<sup>3</sup>, Ana Beatriz Diógenes Cavalcante<sup>4</sup>, Antonia Regynara Moreira Rodrigues<sup>5</sup>, Laise Maihara Carneiro Lima<sup>6</sup>.

*Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza- CE;*

*Doutora em Enfermagem. Docente Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE. 3. Graduação em Enfermagem. Faculdade Terra Nordeste-FATENE*

*Mestre em Políticas Públicas. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE.*

*Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza- CE.*

*Especializanda da II Turma de Especialização em Enfermagem Obstétrica- CEEO- Rede Cegonha- UFMG/UFC.*

*Email: aninhamartins\_pereira@yahoo.com.br.*

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Enfermagem. Trabalho feminino.

### INTRODUÇÃO

A amamentação proporciona às mães momentos de emoção, carinho, prazer, amor e fortalecimento do vínculo mãe e bebê estabelecidos durante toda a gestação. No entanto, é durante esse período que a mulher, agora mãe, passa a experimentar diversos sentimentos, como o medo, angústia, dor, culpa, solidão, insatisfação, e em muitos dos casos, falta de apoio (ARAÚJO et al., 2014). No Brasil, as mulheres de baixa renda foram as que menos procuraram os serviços de pré-natal e que tiveram um menor número de consultas, além de iniciá-lo mais tardiamente, resultando num menor índice de aleitamento materno entre elas. A partir do sexto mês a prevalência do aleitamento materno se inverte, sendo maior entre as mais pobres, fato talvez explicado por razões de dificuldades econômicas, que impedem a complementação com outros alimentos ou, até mesmo, com outros tipos de leite (SANTOS, 2014). Dentre as ações existentes, podemos citar a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, foi criada a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, e instituído o direito a 120 dias de licença-maternidade e a cinco dias de licença-paternidade na Constituição Brasileira. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no início da década de 1990, e estabeleceu os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, com o objetivo de melhorar as práticas hospitalares. Torna-se preocupante observar que grande parte das instituições empregatícias não executa as obrigações, mesmo existindo a lei que dispõe direitos à mulher trabalhadora para aleitar seu filho, por pelo menos seis meses de vida. As instituições de médio e grande porte executam parcialmente as leis de proteção à maternidade. Porém a CLT não inclui as mulheres trabalhadoras informais que não contribuem com a previdência social, deixando-as sem respaldo sob os direitos à amamentação, cabendo ao empregador a opção sobre essa concessão ao direito (SILVA

DAVIM, 2012). A CLT determina também que empresas com mais de 30 funcionárias com idade superior a 16 anos, ofereçam creches internas ou estabeleçam convênios com creches externas. Além disso, por meio de acordos coletivos, os sindicatos reivindicaram o pagamento do “vale creche”, como uma alternativa às mães que preferem não utilizar as creches internas ou as conveniadas com a empresa. Entretanto, muitas mulheres ainda têm dificuldades de amamentar a criança durante o expediente, principalmente em grandes centros urbanos, onde o transporte é ineficiente e/ou é muito grande a distância entre o local de trabalho e o local de permanência da criança (BRASILEIRO et al., 2012). A Instituição Hospitalar Amigo da Criança realiza mobilização de profissionais de saúde e funcionários de ambientes hospitalares e maternidades para mudanças em rotinas e condutas, buscando prevenir o desmame precoce. Foi instituído um conjunto de medidas para atingir as metas, denominado “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Para que as instituições recebam o título de “Hospital Amigo da Criança”, as mesmas são submetidas a avaliações, tendo com critério principal o cumprimento de no mínimo 80% de cada um dos dez passos. Hospitais credenciados como Amigo da Criança, uma vez qualificados, atuam como local de treinamento para equipes multiprofissionais da saúde. Sendo reconhecidos como centros de “referência em aleitamento materno” podendo ser nível local ou regional (MARGOTTI e EPIFANIO, 2014). Este estudo tem como justificativa a crescente inserção do público feminino no mercado de trabalho o que levou à criação de dispositivos legais no intuito de incentivar o aleitamento e minimizar os riscos de diminuição do aleitamento materno no período de retorno ao trabalho. Devido a sua importância para a saúde materna e infantil, torna-se relevante a constante abordagem sobre o tema em estudo para contribuir no âmbito assistencial e acadêmico como fonte de pesquisa e conhecimento sobre a temática e o planejamento dos gestores para adotarem políticas públicas para

empresas. Diante do exposto surge o seguinte questionamento: Como é o aleitamento materno entre filhos de nutrizes trabalhadoras? Para responder à pergunta norteadora objetivou-se analisar as produções científicas sobre o aleitamento materno entre filhos de nutrizes trabalhadoras.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa, onde definiram-se como fontes de busca as bases de dados eletrônicas - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de dados MEDLINE que são vistas como referências na produção científica na área da saúde. Para a seleção dos estudos desta revisão integrativa, foram incluídos somente os artigos originais e completos, com ano de publicação entre 2010 a 2017, em idioma português e inglês, que apresentassem informações sobre aleitamento materno e filhos de nutrizes trabalhadoras. Em seguida, foram excluídos, os artigos com ano de publicação anterior, os artigos incompletos, e que não se obedecem aos objetivos do estudo e as duplicidades. Assim foram selecionados 8 artigos para caracterização dos dados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O trabalho materno foi o fator que mais favoreceu o desmame precoce, pois as mulheres muitas vezes trabalham para ajudar nas despesas de casa e em outros casos assumem o papel de chefes de família. No entanto, há algumas evidências que sugerem que o emprego materno pode não ser o fator mais importante para a desnutrição. Uma vez que a frequência da amamentação, e a duração da amamentação exclusiva também depende do rendimento do leite, é importante considerar a frequência da amamentação ao analisar a associação entre as características do trabalho materno e a amamentação exclusiva (KABIR et al., 2017). No entanto, há algumas evidências que sugerem que o emprego materno pode não ser o fator mais importante para a desnutrição. Uma vez que a frequência da amamentação, e a duração da amamentação exclusiva também depende do rendimento do leite, é importante considerar a frequência da amamentação ao analisar a associação entre as características do trabalho materno e a amamentação exclusiva. Um estudo similar a este realizado por Silva (2012) mostrou que as mulheres consideram o trabalho e continuação do AM como práticas incompatíveis. Aliado a esse fator a falta de informação quanto aos direitos e deveres após retorno ao trabalho, carência de suporte oferecido pela empresa, influência familiar, falta de acompanhamento e apoio dos profissionais da saúde quanto às questões relativas à amamentação e trabalho contribuem para o desmame precoce. Mulheres trabalhadoras sofrem influências para o estímulo quanto ao AME após retorno ao trabalho. Pesquisas destacam como fatores contribuintes para a manutenção do aleitamento materno após o retorno ao trabalho: emprego em horário diurno, ter carteira assinada, apoio dos colegas de trabalho e do patrão em relação aos intervalos entre as ordenhas, padrões do sexo feminino e praticar a ordenha antes do retorno ao trabalho (SILVA e DAVIM, 2012). O trabalho materno foi o fator que mais favoreceu o desmame precoce, pois as mulheres muitas vezes trabalham para ajudar nas despesas de casa e em outros casos assumem o papel de chefes de família. Assim, por necessidade financeira, são conduzidas a trabalhar fora de casa e deixam de amamentar exclusivamente seus filhos (ALVARENGA et al., 2017). Além disso, quando a puérpera decide amamentar ela não expressa apenas a sua decisão, mas também sua cultura, seu contexto histórico, sua motivação, suas vivências, seus conhecimentos, suas reflexões sobre vivências passadas, os significados construídos durante toda a vida, os acontecimentos durante a infância, as experiências de seus familiares e amigos, as interferências da mídia, os saberes científicos de cada época histórica e cultural, entre outros (PRATES et al., 2014). Numa investigação sobre o estado nutricional de crianças pequenas com mães empregadas e desempregadas em favelas urbanas em Andhra Pradesh, Índia, descobriu-se que os pesos e as alturas eram significativamente maiores em crianças menores de cinco anos de idade de famílias com mães empregadas comparadas às mães desempregadas (KABIR; MAITROT, 2017).

## **CONCLUSÃO**

O aumento da participação feminina no mercado de trabalho tem se verificados nas últimas décadas devido emancipação feminina e a política pública de igualdade do gênero, tem dificultado a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Portanto as evidencias encontradas mostram que os fatores provenientes das mães nutrizes relacionado ao trabalho estão à duração da amamentação, trabalho e amamentação; políticas de trabalho e amamentação, como também fatores biológicos, socioeconômicos e trabalho materno. Outras razões apontadas pelos estudos são as ligadas ao ambiente, à personalidade materna, às suas emoções, à relação com o marido e a família, às influências culturais e à sua resposta aos diferentes problemas do cotidiano. Assim, como o trabalho fora de casa, falta de leite e recusa do bebê em pegar o peito, talvez se deva ao fato da mulher atual ter um cotidiano mais ansioso e tenso, e possivelmente, também em virtude da ausência de um suporte cultural que havia em tempos passados. No entanto, cabe aos profissionais de Saúde, em especial, os enfermeiros e ao Serviço de Saúde o

compromisso de realizar um atendimento de qualidade a essas mães de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não uma obrigação. Além de ponderar o comportamento das mães trabalhadoras sobre os benefícios da amamentação. Contudo, a empresa hoje tanto pública ou privada vem se adotando o horário das mamadas para mães nutrizes a realizar a ordenha e deixar armazenados em recipientes que contenham a quantidade suficiente para saciar o Recém-nascido. Assim, objetivo do estudo foi atingido de forma que a busca mostra o aleitamento materno entre filhos de nutrizes trabalhadoras. Contudo, a necessidade de mais estudos a fim de diminuir esses números de desmame precoce, a pesar de existirem políticas públicas que incentiva ao aleitamento materno ainda precisa se redobrar as campanhas sobre direito de cuidar dos seus filhos de maneira digna e adequada, podendo colocar em prática um ato tão sublime e importante para a saúde e vida de uma criança.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, S.C., et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **Chia**, vol.17, n.1, p.93-103, março 2017.
- ARAÚJO, L.E.A.S.T. et al. Influências sociais no processo do aleitar: percepções das mães. **Revista Espaço para a Saúde**, vol. 15, nº1, p. 25-36, abril 2014.
- BRASILEIRO, A.A. et al. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Rev. Saúde Pública**, vol.46, nº4, p. 642-648, 2012.
- KABIR, A.; MAITROT M.R.L. Factores influencing feeding practices of extreme poor infants and Young children in families of working mothers in Dhaka slums: a qualitative study. **Journal Plos One**, feb 2017.
- MARGOTTI, E.; EPIFANIO, M.; Aleitamento materno exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. **Rev Rene**, v. 15, n. 5, p. 771-779, 2014.
- PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. **Rev Enferm**, vol.4, nº2, p.359-367, abr/jun, 2014.
- SANTOS S, B.; dificuldades para o predomínio do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida Monografia apresentada no curso de especialização em Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.
- SILVA, C.A.; DAVIM, R.M.B. Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. **Rev Rene**, vol.13, nº5, p.1208-1217, 2012.
- YELESWARAPU, B.K.; NALLAPU, S.S.R. A comparative study on the nutritional status of the pre-school children of the employed women and the unemployed women in the urban slums of guntur. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 6, n. 10, p. 1718-1721, dec. 2012.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a UNIFOR e a Faculdade Terra Nordeste por proporcionar diferentes espaços de discussões no âmbito acadêmico.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IDOSOS COM DEPRESSÃO ASSISTIDOS NO CAPS DA CIDADE DE CRUZ – CE, PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Alinne Bastos Viana<sup>1\*</sup> Italine Maria Lima de Oliveira Belizario<sup>2</sup>

1. *Terapeuta Ocupacional Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia em Sobral - CE, Especialista em Saúde da Pessoa Idosa – Ceará. Email: alinnebviana@hotmail.com*

2. *Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva, professora do Núcleo de Tecnologias e Educação em Saúde - NUTEDS.*

Email: italine@live.com

Palavras-chave: Idoso. Depressão. Qualidade de vida.

### INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno psiquiátrico com alta prevalência, afeta todas as idades de ambos os sexos independentes da classe social. É a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, ela interfere na qualidade de vida podendo até levar a tendências suicidas<sup>1</sup>.

No idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve muitos aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Caso não seja tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade<sup>2</sup>. Muitas pessoas, principalmente o público da terceira idade, não procuram o tratamento adequado por acharem que a vida não tem mais sentido, ou que a doença é consequência da velhice. O familiar por sua vez, não tem o conhecimento da gravidade do quadro, e a mesma não é tratada corretamente.

A saúde, em uma nova concepção, passa a ser o resultado de bem estar físico, mental, social, familiar e econômico. Quando o domicílio passa a ser um local de cuidados, as portas se abrem para as diferenças e modificações no âmbito familiar, mudando o cotidiano de todos que habitam naquele mesmo teto<sup>3</sup>.

A família, na maioria das vezes, como uma totalidade, cada integrante desempenha uma função que influencia no todo. Quando um desse grupo adoece e deixa de cumprir com sua função, a organização dessa família sofre mudanças que desencadeiam conturbações, obrigando à redistribuição de papéis. Dentre esses surge o idoso, que perde seu papel na família e outro membro familiar que ganha a função de cuidador<sup>3</sup>.

A depressão, ao contrário da tristeza, é um estado afetivo que compromete as funções mentais, ou seja, as funções psíquicas, mentais e emocionais como um todo. Muitas vezes a depressão se manifesta relacionada ao medo, pânico, ansiedade entre outros<sup>4</sup>. Por falta do conhecimento correto da doença, alguns idosos apresentam características da patologia e não se titulam depressivos. O afastamento do trabalho pela aposentadoria e a falta de ocupação do tempo livre, surge o quadro de ansiedade que leva a um sentimento de ausência, que por vezes é enquadrada como normal.

Nota-se a importância desses idosos em atividades próprias para seus quadros patológicos. Grupos da terceira idade, realizados no CAPS e acompanhados por profissionais da instituição, observa a necessidade dos acolhidos participarem de atividades expressivas ou artísticas, pois tais atividades é uma tentativa de apresentação dos sentimentos quando a linguagem não é capaz de transmitir, visto que a arte é sempre a criação de uma forma. As formas nas quais a arte se apresenta constituem, por sua vez, maneiras de se exprimir os sentimentos<sup>5</sup>.

A qualidade de vida foi definida como, a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>6</sup>.

A partir do momento que qualidade de vida passa a ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento surge uma crescente preocupação e investigação no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas<sup>7</sup>. Faz-se necessário que os idosos e seus familiares busquem o conhecimento para a prevenção e tratamento da depressão e seus cuidados básicos; bem como proporcionar uma vida saudável com momentos de lazer e outras ocupações da atividade da vida diária, para que se forneça uma boa qualidade de vida.

Sob essa concepção, constata-se que a família tem seu valor, onde desempenha funções relevantes frente aos diversos momentos da vida dos seus membros, busca-se assim, cada vez mais, a conscientização da participação familiar junto às inúmeras circunstâncias pelas quais o indivíduo passa durante a melhor idade.

Através do tratamento adequado, é fundamental a participação multidisciplinar no tratamento desse idoso depressivo, pois são aplicadas atividades adaptadas ao quadro da maneira correta e eficaz. Nas terapias múltiplas para depressão, o paciente é estimulado a criar aquelas aptidões e atitudes que lhe permitirão viver a vida de forma mais útil e satisfatoriamente possível<sup>5</sup>.



A equipe multidisciplinar se configura como profissionais fundamentais no universo da saúde mental, promovendo, sobretudo, o desenvolvimento da auto – estima do indivíduo, auxiliando-lhe a explorar as infinitas possibilidades humanas, trabalhando também sua reinserção familiar e social e estimulando a nobre prática do exercício da cidadania<sup>5</sup>.

O presente estudo teve como intuito analisar a qualidade de vida dos idosos depressivos assistidos no CAPS da cidade de Cruz-CE, evidenciando a participação da família sob a ótica do idoso, ao favorecer a motivação e o entendimento da necessidade de se ter uma boa relação entre os mesmos para uma velhice saudável.

O estudo tornar-se um aliado para os familiares, fazendo com que haja compreensão acerca do tema estudado, e entendimento dos mesmos que contribuirá para a melhora desses idosos, o bem estar e a qualidade de vida de todos os membros da família, repercutindo assim numa boa convivência de todos, em saber os reais sentimentos que envolvem os idosos com depressão.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa que respondeu a questões muito particulares, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará, com o número do parecer 660.902. Este tipo de estudo se preocupa com nível de realidade que não pode ser quantificado, onde, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis<sup>9</sup>. A pesquisa qualitativa têm características multimetodológicas, ou seja, se usa uma multiplicidade de procedimentos e de técnicas de coletas de dados<sup>10</sup>.

A amostra foi constituída por cinco idosos com diagnóstico de depressão, assistidos num Centro de Atenção Psicossocial. A seleção dos sujeitos ocorreu de forma aleatória, não havendo prevalência no estado civil, escolaridade e classe econômica, bem como o sexo dos idosos, que aceitaram participar da pesquisa, através de convites informais feitos nos meses de setembro a novembro de 2014. A pesquisa foi aplicada no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, da cidade de Cruz – Ceará, onde é vinculado ao Sistema Único de Saúde, que está localizada na Travessa 07 de Setembro, S/N Bairro: Centro, CEP: 62595 - 000. A escolha da instituição deveu-se a incidência constante de depressão em idosos assistidos no local, e sobreveio a curiosidade em saber ao certo porque os idosos são acometidos por essa doença, e por qual motivo sua frequência aumenta a cada ano. Bem como poder categorizar a percepção de qualidade de vida desse público com depressão. Por se tratar de um método qualitativo não necessitou um cabedal extenso de relatos.

Os critérios de inclusão foram idosos que apresentassem o diagnóstico de depressão, com faixa etária de 65 a 75 anos de idade que estivessem em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS da cidade de Cruz - CE.

Os critérios de exclusão foram que estivessem fora da idade estabelecida, que não apresentassem o diagnóstico de depressão e/ou a não aceitação dos idosos, bem como situações que possam gerar conflitos para os mesmos.

A pesquisa teve início pelo contato inicial com a direção do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, mediante a uma autorização para prosseguir a entrevista. A coleta dos dados ocorreu na sala de atendimento do setor da terapia ocupacional, onde acontece atendimento individual. Foram entrevistados cinco sujeitos individualmente.

Na realização desta pesquisa, obedeceu-se à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>8</sup>, que regulamenta os aspectos ético-legais da pesquisa em seres humanos, mediante aprovação do Comitê de Ética. Sendo preservados os preceitos bioéticos fundamentais de respeito ao indivíduo, da autonomia, da benevolência e da justiça. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, bem como de seus direitos a serem resguardados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após consentimento verbal, o termo de consentimento foi assinado, constituindo-se condição essencial para participar do estudo.

Os participantes da pesquisa tiveram acesso às informações recebendo esclarecimento de dúvida acerca da pesquisa, liberdade para desistir a qualquer momento, assim como tiveram respeitados a confidencialidade das informações e identidades. Também se ressalta que os participantes foram informados antes do início da pesquisa, sobre o sigilo de suas identidades, não sendo apresentados dados que possam vir comprometer-los.

A técnica de coleta de dados utilizada foi por meio de entrevista com questões semi- estruturadas sobre o tema de estudo. Foi dividido em um bloco de seis perguntas abertas. Eram investigadas algumas situações específicas da percepção sobre a qualidade de vida e a depressão, sempre dando ênfase à auto-análise e opinião dos sujeitos da pesquisa. As perguntas foram:

Há quanto tempo você faz o tratamento no CAPS? Quais são os sintomas mais frequentes nas crises de depressão?

O ato de envelhecer leva a ter depressão?

Como está o sentido da vida para você?

O tratamento da depressão está atendendo as suas expectativas? Fale um pouco sobre o seu tratamento.

Como você luta para vencer a depressão? Toma algum medicamento? Faz alguma atividade que lhe traz prazer?

O que é qualidade de vida para você?

As entrevistas foram coletadas por meio de um gravador Mp3 play, de 2GB de memória, da marca LG; sendo nomeados por uma letra do alfabeto por ordem de coleta, como forma de preservar a integridade moral e física dos entrevistados. Foram transcritas e em seguida todos os dados foram analisados conforme os passos para a operacionalização da proposta de Minayo<sup>10</sup>, que se dividem em: ordenação de dados por um mapeamento de tudo que foi obtido no trabalho de campo, a classificação dos dados que é constituída a partir de um questionamento feito sobre eles, com embasamento teórico e uma análise final em que os dados e os referenciais teóricos da pesquisa são articulados, respondendo os objetivos desta.

No que envolveu os riscos e desconfortos da pesquisa destacou-se o receio de se expor e a volta de sentimentos ou fatos antigos que trouxessem tristeza. Em contrapartida, os benefícios da pesquisa associaram-se na identificação de desafios a serem superados na qualidade de vida em idosos que apresentam depressão e o relacionamento com familiares.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A depressão é um dos problemas psiquiátricos mais comuns e de grande morbidade em idosos. Caracteriza – se como um distúrbio da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional em qualquer faixa etária. É um estado de humor vivenciado por um grande número de indivíduos em algum momento de suas vidas, sendo muitas vezes relatada como tristeza, saudade, angústia ou desânimo<sup>11</sup>.

No que diz respeito à durabilidade do tratamento e os sintomas apresentados pelas idosas: *“...tenho depressão mais não paro de tomar o remédio com medo de ficar ruim de novo, faço tratamento já faz três anos no CAPS, sentia aquele negócio ruim em mim, enquanto eu não chorava, eu não melhorava, eu sentia também dor de cabeça, eu só dormia se eu tomasse remédio, eu dormia e tinha pesadelo, vendo as coisas, sei lá...”* (Part. A) ou *“...faz oito anos que venho pro CAPS, eu vim pra cá porque eu “tava” na pior, uma depressão muito forte (...), “disimpaciência” muito grande, falta de sono, chorava demais “muié”.* (Part. D)

O pânico e a ansiedade é um sintoma comum apresentado por pacientes com diagnóstico de depressão<sup>4</sup>: *“... cheguei a ter pânico, falta de ar, cansaço, insônia... Faz seis anos que venho pra cá pegar a “piula” da depressão, a “piula” pra dormir... também porque eu fico nervosa só de pensar que eu não tenho minhas “piula” em casa”* (Part. B) ou *“...faz seis anos que eu venho pra cá, é uma coisa muito ruim que a pessoa sente, eu não parava de chorar e sentia um apertado muito grande no peito.”* (Part. E)

A relação afetiva com familiares é marcador para presença de tristeza ou angústia<sup>12</sup>: *“Pânico! ...cuidei do meu marido que até na UTI ficou mais escapou, acho que ele morreu três vezes e nasceu de novo, aquele “infiliz”. Ele me dá muita dor de cabeça doutora, ele tira meu juízo, ele bebe demais e eu não posso fazer nada né? Tenho que cuidar dele porque é capaz até de Deus me castigar se eu não cuidar dele, por isso que sou doída né? Muita dor de cabeça na minha vida.”* (Part. A) ou *“Venho pro CAPS faz dois anos, sentia uma coisa ruim, um aperto no coração e falta de sono, agora só choro de ano em ano quando meu filho que mora no São Paulo vem e vai “simbora”...”* (Part. C)

Há uma prevalência maior de depressão entre pessoas idosas, quando comparadas com os mais jovens. Índícios de desvios comportamentais iniciam-se na terceira e quarta década de vida sendo que as mulheres são mais propensas do que os homens à aquisição desta patologia. Com o avanço da idade e a chegada da menopausa há uma diminuição das taxas de hormônio e as mulheres possuem uma maior expectativa de vida de quando comparadas aos homens<sup>13</sup>.

Ao questionar se o ato de envelhecer leva a ter depressão obtivemos a negação: *“Eu acho que não, depende! Se a pessoa tiver muita preocupação pode dá, mas por causa da velhice não, a depressão é pior que o câncer, eu tenho medo de parar o remédio e voltar de novo, sou muito preocupada, eu já fiz tanta cirurgia (...) e nada disso me abalou, minha depressão veio dos problemas da vida, (...) mas a velhice não.”* (Part. A) ou no discurso onde envelhecer se torna um prêmio: *“Não, já vivi tanto que a velhice é uma dádiva, mesmo a cabeça ficando fraca daquele pensamento ruim só parado no tempo, não tenho mais a diversão que antigamente.”* (Part. C)

Existe relato onde há dúvida no que se refere se há ou não relação da depressão com o envelhecimento: *“Antes eu achava mais agora não, tem a convivência com as “outra” pessoas, moro só mais minha neta dorme comigo todo dia, às vezes tenho “desimpaciência” mais aí me acalmo, é difícil eu chorar.”* (Part. D)

Estudos comprovam que adultos que sofreram traumas enquanto crianças ou adolescentes correm o risco de apresentar depressão na fase adulta<sup>14</sup>: *“...minha depressão vem de pequena, minha mãe morreu eu era bebê, meu pai batia tanto na coitada que ela “botou” sangue pela boca e morreu... Minha madrasta que me criou, ela era*

*muito boa mais morreu quando eu tinha cinco anos... Quando eu tinha cinco anos teve um homem que tentou me matar afogada no açude mais aí um parente do finado meu pai me salvou! Eu tive nove filhos e morreram quatro e fiquei viúva faz tempo, eu vim ter sossego na velhice, depois que eu comecei o tratamento aqui no CAPS aí eu fiquei boa.” (Part. E)*

No que diz respeito ao sentido da vida, onde a morte não deveria ser vista como um obstáculo a vencer, mas sim como parte integral da vida que dá um sentido a existência humana<sup>15</sup>: *“...eu já queria ter morrido há muito tempo, tanto faz eu morrer hoje ou morrer amanhã, eu não tenho medo de morrer não, eu queria dormir e amanhecer morta.” (Part. A)* A presença do relativismo em relação a vida: *“...tá normal, tanto faz! Eu viver como morrer, já vivi demais!” (Part. B)*

O convívio com a solidão, a perda de sentido de vida, a renúncia, a desistência, são desafios constantes no processo de envelhecimento<sup>16</sup>: *“É por hora, tem hora que tá ruim, tem hora que tá boa, mais quando eu tiver mais velha do que já to não vai ter sentido não, e também outra coisa, quero morrer derrepente pra não dá trabalho pra ninguém.” (Part. C)* ou *“Quando eu tiver mais velha (...) eu nem vou saber mais do mundo! E se isso acontecer, se eu chegar até lá, se eu não morrer antes... mais graças a Deus, eu agradeço há Deus todo dia por ter chegado até a idade que eu cheguei, se eu durar mais tempo sem saber do mundo, quero não.” (Part. D)* Ainda notamos a presença da indiferença: *“Já vivi tanta coisa ruim nessa vida que tanto faz eu viver até amanhã ou não, por mim tanto faz sabe? Já vivi muito.” (Part. E)*

A depressão pode ser responsável pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes. É frequentemente associado o maior risco de morbidade, ocasionando o aumento na utilização dos serviços de saúde, a negligência no autocuidado à adesão reduzida nos tratamentos terapêuticos e o maior risco de suicídio. Em idosos, a presença de comorbidade e o uso de múltiplos fármacos fazem com que o diagnóstico e o tratamento da depressão se tornem mais complexos<sup>11</sup>.

O tratamento da depressão no idoso tem por pretensão diminuir o sofrimento psíquico causado por esta enfermidade, amenizar o risco de suicídio, otimizar o estado geral do paciente e garantir uma melhor qualidade de vida<sup>17</sup>.

Quando pergunta-se sobre o tratamento da depressão, se está atendendo as expectativas do idoso: *“Tá servindo sim, só fico preocupada com as coisas mais tá servindo. As pessoas daqui me ajuda muito!” (Part. A)* ou ainda *“Aqui é bom demais, eu me sinto bem em vim pra cá, fazer as terapias em grupo... sei que o tratamento tá servindo, quando eu não vinha eu me sentia ruim, agora não.” (Part. C)*

A necessidade de fármacos no tratamento da depressão é marcador importante no contexto do avanço dos sintomas depressivos<sup>18</sup>: *“Graças a Deus sim, que eu tomo meus remédios todo dia, faço minha caminhada lá perto de casa e me sinto bem, tá servindo sim.”*

(Part. B) Há esperança de cura por conta do uso contínuo da medicação: *“...meu tratamento tá servindo, não fiquei boa cem por cento ainda, mais tá servindo porque eu sempre venho pra cá e tô tomando meu remédio direito.” (Part. D)* ou ainda a dependência de um cuidado: *“...tomo meus “remédio” e sempre vejo o médico e vocês “tudim”, eu gosto de vim pra cá porque eu sinto uma paz muito grande, um povo muito unido.” (Part. E)*

Ao questionar como o participante luta pra vencer a depressão, ou se faz alguma atividade que lhe traz prazer: *“Eu tomo meus “remédio” daqui que o doutor passou né, faço meus “exercício”, minha caminhada porque eu também tenho “diabeste” e hipertensão e o médico do posto disse que era bom eu fazer caminhada.” (Part. A)* Ou então no discurso: *“To tomando só os remédios que o doutor mandou, eu gosto muito de vim pra cá e gosto de fazer minha caminhada... quatro vezes por semana.” (Part. E)* Encontramos ainda uma inversão de valores saudáveis: *“Minha filha, to tomando os remédios daqui, não faço exercício não, gosto é de ficar sentada na calçada fumando meu cigarro.” (Part. B)* Observamos assim, que a rotina de tomar os remédios está sendo o primeiro fato que predispõe o ato de lutar contra a doença, e o exercício de caminhada como principal atividade física.

A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que este possa conquistar e manter apoio social e garantir melhor qualidade de vida<sup>6</sup>. Sabemos que o significado de qualidade de vida sob a ótica individual é algo muito peculiar, e ao ser questionados sobre o que seria QV para cada participante tivemos como referência a saúde: *“Vida boa, saudável.” (Part. A)* Saúde e religiosidade: *“Saúde, Deus na nossa vida.” (Part. B)* ou *“É viver em paz com Deus no coração, e não depender de ninguém, conseguir fazer minhas coisas, costurar.” (Part. E)* Ou está associado ao ato de conseguir trabalhar: *“Eu acho bom fazer minhas coisas sem precisar de ninguém, isso é qualidade de vida pra mim, ir pescar, gosto de fazer o que eu gosto.” (Part. C)* e *“É viver, trabalhar, pescar, a saúde tá melhor, isso que é qualidade de vida.” (Part. D)*

Notamos a prevalência de depressão no gênero feminino, também podendo ser relacionado a estas mulheres serem mais assíduas a consultas médicas. Observou-se que o ato de envelhecer não está diretamente relacionado a vir a desenvolver depressão. Porém, questões específicas como o abandono familiar, a solidão, ou sofrimento por outros problemas adquiridos com o tempo são fortes causas do desenvolvimento da doença.

O tratamento da depressão no CAPS é inerente ao idoso, estando sempre presente na melhora do mesmo, além de construir valores e organizar conceitos frente à realidade do mesmo.

As terapias multidisciplinares realizam orientações aos idosos e famílias sendo assim apresentado como de caráter preventivo, possibilitando também, um suporte emocional, instrumental e de informação às famílias a fim de que estas promovam um bom acompanhamento do tratamento e uma boa qualidade de vida para esses idosos.

A evidência, nesse estudo, dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial como profissionais qualificados para promover um bom tratamento ao idoso depressivo vem possibilitar o conhecimento das características e da importância das famílias na participação do tratamento desses idosos, favorecendo a busca da qualidade de vida das mesmas para um futuro melhor, com mais qualidade de vida.

É fundamental reconhecer que, a equipe multidisciplinar, mediante sua atuação, tem como objetivo sensibilizar e orientar o idoso e o familiar, favorecendo um bom tratamento e uma melhor qualidade de vida desses idosos em sua velhice, sendo uma ponte entre o paciente e sua família.

## CONCLUSÃO

A importância do acompanhamento multidisciplinar no tratamento para depressão favorece ao idoso a transformação para um novo significado, um novo olhar para a vida e sua qualidade. Em situações difíceis, é importante que esse idoso se sinta amparado pela família, busque seu tratamento, além de proporcionar planos alternativos de lazer.

O envelhecimento neste estudo está relacionado às experiências de vida onde podem ou não estar vinculada ao acometimento da depressão. Nota-se que traumas de infância ou problemas familiares são fatores marcantes para a depressão.

A qualidade de vida desses idosos com depressão é marcada pelo poder da crença religiosa onde se manifesta como uma força para encarar a doença e seguir a vida. Nota-se a importância ao tratamento medicamentoso para alívio dos sintomas e a atividade física como marcador alternativo para o benefício do tratamento e retorno às atividades da vida diária.

## REFERÊNCIAS

- Caldieraro MAK, Vares EA, Spanemberg L, Fleck MPA. Depressão. In: Nardi AE, Silva AG, Quevedo JL, Artmed/Panamericana. Sistema de Educação Médica Continuada a Distância, PROPSIQ Programa de Atualização em Psiquiatria: Ciclo 3. Porto Alegre: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2013: 09-62.
- Mello E, Teixeira MB. Depressão em idosos. In: Revista Saúde. 2011[citado em 20 nov.2014]; 5 (1): 42-53. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewFile/562/929>
- Mendes GD, Miranda SM, Borges MMMC. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. In: Revista Enfermagem Integrada. Ipatinga: Unileste. 2010 [citado em 3 out. 2014]; 3(1): 408-421. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/04-saude-cuidador-idosos-desafio.pdf>
- Florindo S, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. Rio Claro: Ago/Dez 2002[citado em 20 nov.2014]; 8(3): 91-98. Disponível em: <http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf>
- Barros MMA. Atuação da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial – Caps de Sobral – Ceará. Revista Ceto. 2010[citado em 20 nov 2014]; (12) : 62-75. Disponível em: <http://www.ceto.pro.br/revistas/12/12-11.pdf>
- Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2006; 20(2): 229 a 237. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a08v20n2>
- Teixeira LM. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação - piloto de um programa de intervenção. Liliansa Márcia Fernandes Teixeira. [Mestrado Integrado em Psicologia]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Secção de Psicologia Clínica e da saúde, Núcleo de Psicologia da Saúde e da doença, 2010: 01-87.
- BRASIL. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União. 1996 out. Brasília. Seção 1. n.201. p. 21 082.
- Bastos, NMG. Introdução à metodologia do trabalho acadêmico. 4. Ed Fortaleza: Nacional, 2006: 104.
- Minayo MCS, org. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 1996.

Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2007 [citado em 10 nov. 2014]; 29(1): 19–27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a08.pdf>

Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de Idosos Dependentes Altamente na Comunidade: um Estudo Sobre cuidadores Familiares principais. *Cad. Saúde Pública* [serial na internet]. 2006 ago. [citado em 08 nov. 2014]; 22 (8): 1629-1638. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800011&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800011>.

Fonseca AFA, Rabelo HT. Análise do nível de depressão de mulheres idosas praticantes de um programa de atividade física. *Movimentum Revista digital de educação física Unileste.* 2006 Ago/Dez [citado em 19 out. 2014]; 1. Disponível em: [http://www.unilestemg.br/movimentum/Artigos\\_V1N1\\_em\\_pdf/movimentum\\_fonseca\\_a\\_nafavia.pdf](http://www.unilestemg.br/movimentum/Artigos_V1N1_em_pdf/movimentum_fonseca_a_nafavia.pdf)

Zavaschi MLS, et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; [citado em 20 nov 2014] 24(4): 189-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n4/12728.pdf>

Santos ALC. O processo do luto: a aceitação da morte no sentimento de perda, um novo caminho de vida junto ao consolo da religiosidade. São Luís: Faculdade Santa Terezinha; 2010; [citado em 3 nov. 2014] Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/download/7205/pdf>

Coutinho MPL, Gontiès B, Araújo LF; Sá RCN. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF*, 2003 Jul/Dez

[citado em 5 nov. 2014]; 8(2): 183-192. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicouf/v8n2/v8n2a10.pdf>

Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Rio Claro.* Ago/Dez 2002; 8 (3):91-98.

Romeiro LAS, Fraga CAM, Barreiro EJ. Novas Estratégias Terapêuticas para o Tratamento da Depressão: uma visão da química medicinal. *Quim. Nova.* 2003; 26(3): 347-358.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O DESENVOLVIMENTO DE UMA CULTURA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

**Conceição Almeida Carvalho<sup>1\*</sup>, Isrraelly Mororó Passos Aragão<sup>1</sup>, Glícia Uchôa Gomes Mendonça<sup>1</sup>, Raimunda Magalhães da Silva<sup>2</sup>, Amanda Barbosa Rodrigues<sup>3</sup>**

1. Mestranda em Tecnologia e inovação em enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ce;

2. Docente titular da Universidade de Fortaleza-Ce;

3. Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente

Email: ceica.odilo@hotmail.com

Palavras-chave: Cultura organizacional. Segurança do Paciente. Serviços de saúde. Promoção da saúde.

### INTRODUÇÃO

O modelo de administração das organizações tem sofrido mudanças ao longo das décadas, desde a concepção do modelo mecanicista que observava aspectos econômicos e quantificáveis, que pouco incorporava fatores humanos e sociais, até o entendimento mais atual que compreende as empresas como um organismo vivo que sofre restrições, ameaças e pressões (MELO, 2001). É nesse contexto empresarial que se percebe as organizações de saúde como sistemas altamente complexos, sujeitos ao pensamento mecanicista, porém repletos de fatores humanos, tecnológicos, sociais e culturais que interagem entre si como um grande organismo devolvendo para a sociedade o fruto dessas interações ou relações.

Apesar do princípio da medicina dizer, desde Hipócrates, que primeiro não se deve causar dano, caracterizando o princípio da não maleficência e, segundo Florence Nightingale (1820) precursora da enfermagem, “pode parecer um estranho princípio, enunciar como primeiro requisito para um hospital, que ele não deve fazer mal ao doente.”, percebe-se que nas últimas décadas várias pesquisas no mundo inteiro têm anunciado os riscos a que os pacientes estão sujeitos quando procuram assistência à saúde, o que é uma grave preocupação na área da saúde. Os riscos a que os pacientes estão sujeitos devem ser gerenciados, entretanto mesmo assim podem levar a ocorrência de “near miss”, incidentes sem dano e eventos adversos que comprometam a saúde e segurança dos pacientes.

Dessa forma, o ambiente que deveria primeiramente não causar danos pode ser um perigoso lugar, a depender da cultura organizacional que são os valores compartilhados pelas pessoas nessas instituições, bem como, suas crenças e as interações que há entre elas e os processos de trabalho. O desenvolvimento de uma cultura de segurança pode contribuir com índices menores de incidentes (MELLO, BARBOSA, 2017).

Nessa perspectiva nasce a preocupação: Como detectar os diferentes tipos de incidentes nas organizações de saúde para direcionar as ações de gerenciamento de riscos e mitigação de eventos em prol da saúde e segurança? Como resposta a essa questão percebe-se a necessidade da implementação de uma cultura de notificação que de subsidie a detecção de incidentes, reportando-os ao Núcleo de Segurança do Paciente, no intuito de viabilizar a investigação das causas e fatores contribuintes para a prevenção de novas ocorrências, mitigação dos danos e promoção da saúde.

Desenvolver uma cultura de notificação pode ser entendido como um pilar positivo para a obtenção de uma cultura de segurança. Sabe-se que promover saúde é mais abrangente que a prevenção de incidentes, porém tal prevenção age direta e indiretamente sobre a promoção da saúde ao passo que, contribui com a correção das causas dos erros relacionados a assistência, impactando sobre a prestação dos serviços de saúde no presente e de forma prospectiva.

A promoção da saúde não deve ser entendida somente no sentido restrito do usuário dos serviços, mas na complexidade do funcionamento das organizações através do desenvolvimento de uma cultura organizacional saudável e justa. Dessa forma, a busca por instaurar uma cultura de notificação é o embrião de uma mudança muito complexa e necessária aos sistemas de saúde para que estes sejam locais mais seguros e promotores de saúde. O que começa com a sensibilização dos profissionais acerca dos riscos e perigos que as instituições oferecem aos seus usuários, sua correta identificação e notificação, pode levar a uma transição de eras no âmbito cultural da sociedade, da saída de uma cultura punitiva para a justa e de segurança. Portanto, objetiva-se desenvolver uma cultura de notificação de incidentes para segurança do paciente.

### METODOLOGIA

Este estudo constitui-se um relato de experiência vivenciado pelas enfermeiras do Núcleo de Segurança do Paciente de um Hospital Terciário Privado de Fortaleza-CE que possui 135 leitos, durante a realização das

ações do núcleo para a implementação da cultura de notificação de incidentes no período de setembro de 2014 a julho de 2017, totalizando 34 meses.

O núcleo de segurança é um serviço da instituição, que funciona em horário comercial de segunda a sexta-feira e desenvolve seu trabalho por meio do Plano de Segurança do Paciente de acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde/ANVISA, conforme Portaria 529/2013 e RDC nº36/ANVISA.

As primeiras ações empreendidas para a cultura de notificação foram: a elaboração do Plano de Segurança do Paciente da instituição, o desenvolvimento do sistema de notificação e a política de sigilo/anonimato das mesmas, a estruturação do escopo das notificações, a produção de adesivos para urnas e pranchetas contendo exemplos do que deveria ser notificado, a confecção de urnas e fichas de notificação para realização do registro manual e a disseminação da classificação da OMS para segurança do paciente entre os profissionais da saúde.

Foram realizados vários treinamentos durante os três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite para a sensibilização dos funcionários acerca dos princípios do núcleo, plano de segurança com ênfase na importância das notificações de incidentes e todas as informações supracitadas necessárias para o desenvolvimento de uma cultura de notificação.

Os treinamentos foram ministrados pelas enfermeiras do Núcleo e executados em quatro fases; primeiro para a alta direção e lideranças; depois para as áreas assistenciais; em sequência para as áreas administrativas e de apoio e, por último, para os serviços terceirizados. Foi instalado canal de acesso ao sistema de notificação em todos os computadores da instituição e o treinamento contemplou simulação realística de como realizar uma notificação.

Para cada área, o conteúdo do treinamento foi adaptado à realidade vivenciada pelos profissionais para que a compreensão fosse a mais clara possível. Estabelecido vínculo com as pessoas treinadas para a retirada de dúvidas, oferecendo o contato do núcleo para viabilizar a notificação dos incidentes.

Decidiu também que as notificações poderiam ser realizadas a qualquer hora do dia, por meio eletrônico ou por meio de registro manual e as mesmas seriam recebidas em tempo real quando realizadas por meio eletrônico e, no caso de registro manual, fixada rotina de ronda em dias alternados para a busca dos registros. Dessa forma, o núcleo deu mais condições e incentivo para o registro das notificações.

Após o recebimento dos registros, as notificações passaram por um processo de triagem e reclassificação de acordo com classificação da OMS, concomitante ao início da investigação dos fatos e direcionamento ao método de tratamento das mesmas, podendo ser enviadas aos gestores envolvidos de forma impessoal ou serem analisadas e tratadas pela metodologia do Protocolo de Londres que é uma ferramenta para análise de eventos adversos.

O grau de severidade do dano ou gravidade x frequência do risco é o que determinou a aplicação do Protocolo de Londres ou o encaminhamento para as lideranças responsáveis. Essa classificação foi realizada pelas enfermeiras do núcleo após a triagem e reclassificação do incidente. Após esses procedimentos, obtivemos o plano de ação para a correção de cada incidente e dado retorno sobre o processo de análise e resolução ao notificante. Nos casos em que o notificante foi anônimo, o retorno foi dado para os gestores das áreas envolvidas através de relatório mensal.

Este estudo respeita os aspectos éticos da pesquisa, pois está de acordo com a resolução 466/2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Melo (2001) uma cultura é adquirida e não herdada. Ao longo de muitas décadas, o ser humano foi educado frente uma cultura punitiva. Desde a Lei de Talião, “olho por olho, dente por dente” (HAMURÁBI, 1780 a. C.) percebe-se que as relações humanas e, conseqüentemente, as relações dentro do ambiente de trabalho são veladamente assombradas pelo temor do Código de Hamurábi. Mesmo que o medo de uma punição não esteja explicitamente declarado, é fácil perceber quando se fala em segurança do paciente, incidentes e notificação como é difícil para as pessoas se abrirem a ideia de notificarem porque, em sua grande maioria, não estão habituadas ao reconhecimento do erro ou falha, principalmente quando este é o seu erro.

Observa-se que o medo de uma retaliação ou punição é o que bloqueia as pessoas de notificarem as suas falhas ou de outrem. Nesse cenário implícito, o núcleo de segurança iniciou suas atividades na tentativa de sensibilizar os profissionais do hospital sobre o que é e qual é a importância da segurança, sendo que esta não é apenas a do paciente, mas a sua também a partir do momento em que se enxerga a segurança do paciente como um requisito que leva à do profissional da saúde.

O primeiro desafio foi o de gerar o entendimento das pessoas acerca da classificação da OMS, quanto aos tipos de incidentes; “near miss”, incidente sem dano e evento adverso. Identificá-los na prática e diferenciá-los tornou-se o primeiro desafio palpável das pessoas. Mesmo sendo um pouco confuso no início, com o tempo e a maturidade da instituição em trabalhar com essa nova nomenclatura, tornou-se mais fácil a compreensão e a



identificação dos termos nas situações vividas. O segundo desafio, superior ao primeiro, foi de gerar o entendimento que não se resolve problemas os quais não se conhece, por isso a relevância de notificar e tornar conhecido os incidentes relacionados a assistência à saúde, para que estes tenham suas causas investigadas e sejam resolvidos na perspectiva de que não ocorram mais pelas mesmas causas. Garantir esse entendimento em detrimento do pensamento de que a notificação não é nada pessoal, relacionada ao profissional da saúde, constituiu-se o maior de todos os desafios.

Desenvolver esse pensamento nas lideranças para que não interpretassem as notificações como tentativas de macular o seu serviço foi a maior das dificuldades enfrentadas, pois percebeu-se que havia a crença de que resolver incidentes entre gestores era o bastante e a notificação era uma burocracia desnecessária. Até o início das ações para gerar uma cultura de notificação, a maioria dos incidentes eram resolvidos pontualmente pelas lideranças sem o uso de ferramentas específicas que auxiliassem na identificação das causas, como é o caso do diagrama de Ishikawa ou também chamado de espinha de peixe e daí não se produziam planos de ação para evitar recorrências.

Quando as primeiras notificações começaram a serem recebidas detectou-se que muitas notificações recorriam porque de fato não eram tratadas e, por isso havia a necessidade de uma mudança de hábito dos gestores. Além dos treinamentos com as lideranças, reuniões foram realizadas, além de conversas informais até que, paulatinamente, os gestores incorporassem a importância não apenas da realização das notificações, mas da sua correta análise e resolução. À medida que os líderes desenvolveram essa habilidade notou-se que os colaboradores também se tornaram mais receptivos a ideia de notificar e receber notificações, o que tornou a prática mais leve. Mesmo com a mudança favorável às notificações no comportamento das pessoas ainda se evidenciou um grande medo dos colaboradores quando estes eram chamados para dar algum esclarecimento sobre os incidentes, o que levou as enfermeiras do núcleo a estimular ainda mais o discurso e a prática não punitiva para que os profissionais pudessem se sentir mais a vontade e participantes do processo.

Foi notável que quando as ações corretivas não envolviam medidas punitivas e era dado retorno das ações corretivas aos profissionais, estes se engajavam mais na causa das notificações, gerando estímulo e motivação para eles continuarem notificando. O núcleo de segurança incentivou os líderes e serviços parceiros a darem retorno das notificações recebidas aos seus colaboradores, como maneira de torná-los agentes de mudança a partir do conhecimento e acompanhamento das suas notificações, pois o corpo funcional de uma empresa é capaz de gerar as maiores mudanças dentro dela e, assim, alcançamos melhorias em vários indicadores, entre eles: queda, lesão por pressão e erros de administração de medicamentos.

Ao longo dos meses percebemos o advento de uma maturidade institucional relacionada as notificações em decorrência de uma maior consciência sobre os riscos, perigos e danos relacionados a assistência, o que contribuiu muito para a mudança na postura profissional das pessoas, saindo de uma visão meramente punitiva, centrada no profissional, para uma cultura justa, marcada pela responsabilização e não pela culpa.

Essa mudança gerou mais qualidade de vida associada ao trabalho nos colaboradores da instituição, porque percebemos através de seus relatos uma maior satisfação em trabalhar porque sabem que estão sendo ouvidos através das notificações. Tendo em vista que, segundo a OMS, a definição de saúde é muito mais do que ausência de enfermidades, mas sim um bem estar físico, emocional social, inferimos o quanto o desenvolvimento de uma cultura de notificação foi benéfica para a criação de um ambiente mais saudável, seguro e promotor de saúde não apenas para o paciente, mas para o profissional de saúde.

Sabemos que, como toda cultura, os hábitos e as crenças precisam ser mantidos, ou seja, alimentados, para que a cultura se expanda e se fortaleça, por isso, o núcleo de segurança empreende trabalhos contínuos para o crescimento e consolidação dessa cultura, no intuito de alcançar cada vez mais melhorias à saúde.

## **CONCLUSÃO**

Modificar uma cultura não é uma meta que se alcança em dias, mas leva meses e até mesmo anos. Para isso é necessário sensibilizar e envolver pessoas na busca constante do sentido de onde se quer chegar. Concluímos que todo trabalho e empenho dispensado para o desenvolvimento da cultura de notificação foi imprescindível, pois, obtivemos a participação das pessoas e estabelecemos vínculo para que elas continuem notificando, visto que entenderam a notificação como um meio de alcançar melhorias e estas foram alcançadas. Constatamos também que essa cultura precisa ser sempre estimulada através de tudo o que já foi citado para que se solidifique e se expanda. Para tanto, o trabalho não termina, mas sempre recomeça, como em um ciclo, onde se planeja, executa e avalia as ações adotadas para a promoção da saúde e segurança do paciente. Notavelmente, inferimos que o desenvolvimento dessa cultura impacta positivamente sobre a saúde do trabalhador e o bem estar na instituição pelo princípio do respeito a participação de todos no processo de gestão, além de contribuir com o alcance de melhorias que, a médio e longo prazo, impactarão sobre a assistência prestada aos pacientes e contribuirão para maturidade institucional de como é reconhecido e tratado o erro humano.

## REFERÊNCIAS

MELLO, J.F.BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.38760>. Acesso em: 4 agosto 2017.

MELO, M.B.F.V. **Influência da cultura organizacional no sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho em empresas construtoras**. 2001.180 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SILVA, N.D.M. BARBOSA, A.P. PADILHA, K.G. MALIK, A.M. Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. **Journal of school of nursing**. 2016. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400016>. Acesso em: 4 agosto 2017.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus e a todos que contribuíram para o desenvolvimento da cultura de notificação, tais como: alta direção, lideranças, parceiros e todos os colaboradores da instituição. Destacamos a nossa gratidão a Universidade de Fortaleza por ser unidade de fomento a pesquisa e por nos dar a oportunidade de compartilhar essa experiência.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O USO DA TECNOLOGIA EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA O EMPODERAMENTO DO PACIENTE

Herika Paiva Pontes<sup>1\*</sup> (PG), Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque<sup>2</sup> (PG), Inaê Evangelista Rodrigues<sup>3</sup> (PG), Mirna Albuquerque Frota<sup>4</sup> (PQ), Karla Maria Carneiro Rolim<sup>5</sup> (PQ), Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>6</sup> (PQ).

1. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará- Brasil.
2. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará- Brasil.
3. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará- Brasil.
4. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.
5. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.
6. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

Email: hermelindaanjo@hotmail.com

Palavras-chave: Tecnologias em Saúde. Empoderamento. Participação Social.

### INTRODUÇÃO

Tecnologia em saúde (TS) pode ser definida como a aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida do indivíduo e da população. O termo “Tecnologia em Saúde” abrange um conjunto de aparatos com o objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas (ARAÚJO et al, 2017).

No âmbito da saúde, observa-se a necessidade da utilização de estratégias de ensino- aprendizagem que oportunizem maior autonomia dos sujeitos, visto que as relações verticalizadas, nas quais o profissional é o único detentor do conhecimento e o sujeito é considerado sem conhecimentos prévios, já não estão mais em evidência (PINTO et al, 2017).

Em um cenário onde o cuidado em saúde tem um papel importante especialmente no gerenciamento das doenças crônicas, muito se tem falado em empoderamento do paciente em promoção de saúde. Foi em torno dessa questão que em 2012 aconteceu a primeira Conferência Europeia de Empoderamento do Paciente (*European Conference on Patient Empowerment*), organizada entre outras entidades pela OMS (Organização Mundial de Saúde) (SANTOS et al, 2017).

O empoderamento do paciente é simplesmente um processo para auxiliar os indivíduos a ganharem controle. Para isso, é preciso fazer com que tenham iniciativa, resolvam problemas e tomem decisões, o que pode ser aplicado não só a diferentes ambientes no cuidado de saúde e na assistência social, como também aos programas de autocuidado (SILVA; CARREIRO; MELLO, 2017).

Através do empoderamento, a Promoção à Saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades, sugerindo que estas ações devam ser realizadas em distintos settings, entre os quais a escola, o domicílio, o trabalho e os coletivos comunitários (LOPES, 2015).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo, foi investigar a produção científica acerca do uso da tecnologia em saúde como ferramenta para o empoderamento do paciente.

### METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa, método que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões, avaliação crítica e síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado (MENDES et al, 2008).

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas e categorização; avaliação; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

As buscas foram realizadas nas bases de dados LILACS e MEDLINE por meio da utilização de forma associada dos seguintes descritores: tecnologias em saúde e empoderamento. Os critérios de inclusão dos estudos foram:

artigos científicos com o texto disponibilizados na íntegra; divulgados em português, inglês e espanhol e publicados nos últimos dez anos, no período compreendido entre 2007 e 2017.

A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2017. Para a caracterização dos estudos selecionados as seguintes informações foram extraídas e organizadas em um quadro: título, periódico, ano de publicação, objetivo e método empregado.

Os estudos selecionados foram avaliados criteriosamente através da análise de conteúdo na modalidade temática (BARDIN, 2011), as informações extraídas foram categorizadas, construindo-se os grupos temáticos e analisadas de forma descritiva.

## RESULTADOS

Na busca inicial foram encontrados 40 artigos, 15 na LILACS e 25 na MEDLINE. Foram excluídos estudos em duplicidade, em idiomas distintos dos definidos como critérios para inclusão e aqueles que, conforme percebido através do título ou após leitura do resumo, não atendiam ao tema proposto. Dos 10 artigos lidos na íntegra, 6 responderam à questão norteadora e definiram a amostra final desta revisão. Os dados do Quadro 1 resumem as informações dos estudos analisados.

**Quadro 1** – Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, periódico e ano de publicação, objetivo e método empregado

Título	Periódico	Ano	Objetivo	Método
Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas	<i>Revista de Enfermagem da UERJ</i>	2014	Desenvolver o trabalho em grupo a fim de conhecer o cotidiano e o processo saúde, adoecimento, cuidado das pessoas com enfermidade crônica	Misto
Telemedicine seeks to empower patients to manage their care	<i>British Journal of Community Nursing</i>	2015	Investigar como a telemedicina capacita pacientes para gerenciar seus cuidados	Revisão Literatura
Power relations and contrasting conceptions of evidence in patient- involvement processes used to inform health funding decisions in Australia	<i>Social Science &amp; Medicine</i>	2015	Compreender as relações de poder e as concepções contrastantes nos processos de envolvimento do paciente utilizado para informar as decisões de financiamento da saúde na Austrália	Qualitativo
The connected health of cardiovascular medicine: current status and future directions	<i>QJM: An International Journal of Medicine</i>	2013	Explorar o desenvolvimento em saúde cardiovascular e como eles se relacionam com maior capacitação do paciente e supervisão, diagnóstico, comunicação e tratamento para médicos mais eficazes	Revisão Literatura
The use of technology in cancer care: applying Foucault's ideas to explore the changing dynamics of power in health care	<i>Journal of Advanced Nursing</i>	2009	Identificar a utilidade de um sistema de monitoramento de efeitos colaterais de mão para pessoas que recebem quimioterapia no ambiente de cuidados domiciliários	Intervenção
The Use of Social Media in Healthcare: Organizational, Clinical, and Patient Perspectives	<i>Studies in Health Technology and Informatics</i>	2013	Explorar os impactos das mídias sociais sobre organizações de saúde, clínicos e pacientes	Revisão Literatura

Dentre os nove artigos incluídos para análise, foi notório, o predomínio de publicações em revistas internacionais, cinco artigos. No que diz respeito ao ano, observou-se que foram publicados de 2009 a 2015, com ênfase para o ano de 2013 e 2015.

No que concerne aos objetivos, todos estudos buscaram analisar a tecnologia como ferramenta para capacitação do paciente. Em relação ao método empregado para construção da pesquisa, três estudos foram de revisão, um qualitativo, um de intervenção e um misto.

Após a leitura minuciosa, foi possível organizar o conteúdo dos artigos selecionados em duas categorias: “Empoderamento e Promoção da Saúde” e “Tecnologia em Saúde no ambiente doméstico”.

### **Empoderamento e Promoção da Saúde**

Berardinelli et al (2014) argumentam que as tecnologias em saúde podem ser entendidas como ferramentas utilizadas para ampliar e potencializar o empoderamento das pessoas. O empoderamento é compreendido como o aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais. Da mesma forma, este conceito tem assumido significações que se referem ao desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação e percepção, com o objetivo de que exista uma participação real e simbólica que possibilite a democracia.

Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados, ou seja, empoderados interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzam resultados. Nessa perspectiva é possível capacitar as pessoas para que elas aprendam, nas diversas fases do processo de viver, a enfrentar possíveis enfermidades (ANSARY et al, 2014).

Segundo Forbat et al (2009) quando o processo saúde-adoecimento-cuidado é entendido, os indivíduos passam a usufruir de maior autonomia e qualidade de vida. A associação de variadas tecnologias voltada a educação em saúde procura estabelecer novos vínculos entre profissionais e população capazes de influenciar efetivamente as práticas de saúde pela aplicação de ferramentas educacionais.

Househ (2013) relata que os pacientes podem se beneficiar do uso das mídias sociais através da obtenção de informações, educação e suporte, estimulando a autonomia do indivíduo e incentivando o autocuidado.

### **Tecnologia em Saúde no Ambiente Doméstico**

Cada vez mais os cuidados de saúde estão sendo prestados nas casas e nas comunidades ao invés de nos hospitais. Isso impulsionou o desenvolvimento de tecnologias que apoiam pacientes no ambiente doméstico (FORBAT et al, 2009).

Estudos têm mostrado que no domínio de promoção à saúde, o tratamento tem que se estender para além dos limites da clínica e permear o ambiente doméstico. Os pacientes e os familiares necessitam de apoio e auxílio (KOHLENER, 2015).

De acordo com Ansary et al (2013) a tecnologia sem fio de saúde móvel cria um modelo de auto- monitoramento de pacientes, troca de dados de saúde e diagnósticos promovendo assim um maior empoderamento do paciente e interações médico-paciente mais eficazes.

À medida que essas tecnologias estendem o diagnóstico e o tratamento tradicional a canais estabelecidos, promovendo cuidados, observação e tomada de decisão, estão mudando de um modelo biomédico para um modelo centrado no paciente (BERARDINELLI et al, 2014).

Lopes, Carter e Street (2015) relatam melhorias na qualidade de vida e controle de sintomas de pacientes como consequência do uso da tecnologia para se comunicar com profissionais de saúde, redução na taxa de hospitalizações, visitas ao departamento de emergência e economia de custos.

### **CONCLUSÃO**

Neste contexto, conclui-se a necessidade de desenvolvimento de mais estudos com a finalidade de contribuir com informações para repensar novas tecnologias como estratégia de educação para a capacitação dos indivíduos sobre sua saúde, além de novos caminhos para o cuidado. No entanto, esta revisão torna-se importante para fomentar o conhecimento da sociedade e estimular mais pesquisas nessa área.

O nível de evidência dos estudos analisados aponta fortemente que a tecnologia em saúde pode ser usada como estratégia de empoderamento dos pacientes, contribuindo para a promoção da saúde e reduzindo gastos do sistema de saúde.

### **REFERÊNCIAS**

ANSARY, A. et al. The connected health of cardiovascular medicine: current status and future directions. **QJM: An International Journal of Medicine**, v. 106, n.11, p. 979-82, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23904521>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

ARAÚJO, S.N.M. et al. Tecnologias voltadas para o cuidado ao idoso em serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Enfermeria Global**, n. 46, p. 579-95, 2017. Disponível em: < [file:///C:/Users/herik/Downloads/247241-992651-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/herik/Downloads/247241-992651-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 2011.

BERARDINELLI, L.M.M. et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 603-9, set/out, 2014. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a04.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

FORBAT, L. et al. The use of technology in cancer care: applying Foucault's ideas to explore the changing dynamics of power in health care. **Journal of advanced Nursing**, v. 65, n. 2, p. 306-15, fev. 2009.

Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19191934>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

HOUSEH, M. The Use of Social Media in Healthcare: Organizational, Clinical, and Patient Perspectives. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 183, p. 244-48, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23388291>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

KOHLER, M. Telemedicine seeks to empower patients to manage their care. **British Journal of Community Nursing**, v. 13, n. 3, p. 135-37, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/18557576/>>.

Acesso em: 17 jul. 2017.

LOPES, A. A. F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 486-500, jun. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00486.pdf> >. Acesso em: 19 jul. 2017.

LOPES, E.; CARTER, D.; STREET, J. Power relations and contrasting conceptions of evidence in patientinvolvement processes used to inform health funding decisions in Australia. **Social Science & Medicine**, v. 135, p. 84-91, 2015. Disponível em: <

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953615002506>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)>. Acesso em: 17 jul.

2017.

PINTO, A.C.S. et al. Uso de tecnologias da informação e comunicação na educação em saúde de adolescentes: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 11, n. 2, p. 634-44, fev. 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11983>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SANTOS, A. F. et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 1-13, 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000505003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000505003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SILVA, D.M.L.; CARREIRO, F.A.; MELLO, R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 11, n. 2, p. 1044-51, fev. 2017.

Disponível em: < [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8304/pdf\\_2230](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8304/pdf_2230)>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)

[4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2017.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**Nathalie Barreto Saraiva Vilar<sup>1\*</sup> (PG), Janayne de Sousa Oliveira<sup>1</sup> (PG), Sandy Kaena Soares de Freitas<sup>1</sup> (PG), Samuel Verter Marinho Uchôa Lopes<sup>1</sup> (PG), Aline Veras Moraes Brilhante<sup>2</sup> (PQ), Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup> (PQ).**

1- Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2- Docente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

Email: [nathaliebsv@yahoo.com.br](mailto:nathaliebsv@yahoo.com.br)

Palavras-chave: Idoso. Acidentes por quedas. Protocolos.

### INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a população mundial com mais de 60 anos aumentará de 605 milhões para 2 bilhões entre 2000 e 2050. Queda é a principal etiologia de morte acidental em pessoas com mais de 65 anos. Nessa conjuntura, este acontecimento passa a ser um evento alarmante. No Brasil, aproximadamente 30,0% dos idosos caem a cada ano e este percentual aumenta para 50,0% entre aqueles com idade acima de 80 anos (MORSCH; MYSKIW; MYSKIW; 2016).

A queda é caracterizada pela mudança não intencional de posição do indivíduo para um nível inferior em relação a sua posição inicial, sendo esta, considerada uma síndrome geriátrica por apresentar alta prevalência em idosos, promover alterações na sua funcionalidade global, altos índices de morbimortalidade, hospitalização e institucionalização (GASPAR *et al*, 2017).

Além disso, a maioria das quedas é resultado de uma interação complexa entre diferentes fatores de risco, os quais podem ser classificados, de acordo com sua natureza, em intrínsecos e extrínsecos.

Os fatores intrínsecos são aqueles relacionados ao próprio idoso e refletem as alterações na fisiologia do idoso, a qual afeta o equilíbrio, a força e a visão, alterando a sua marcha e levando o indivíduo a queda. Fatores como idade, sexo, doenças, uso de medicamentos, prejuízo da capacidade funcional e fraqueza muscular têm sido apontados pela literatura como predisponentes de quedas em maior grau (OLIVEIRA, 2014; SOUZA *et al*, 2016).

Os fatores extrínsecos, por sua vez, estão associados ao ambiente físico no qual o idoso se encontra (tapetes soltos, iluminação inadequada, piso escorregadio, objetos em áreas de circulação, ausência de barras de apoio e corrimãos, móveis instáveis).

Fatores de risco ambientais também são determinantes para as quedas e não menos importantes que os demais, já que estes estão presentes em aproximadamente 30-50% das quedas (OLIVEIRA, 2014).

Um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde, culminando em internações hospitalares mais frequentes, maior tempo de ocupação do leito quando comparado a outras faixas etárias e maior número de óbitos entre idosos (ANTES; SCHNEIDER; D'ORSI; 2015).

Quanto às consequências das quedas em idosos, estas não são delimitadas somente como consequências físicas, mas também psicológicas, sociais e financeiras, como hospitalização, institucionalização ou reabilitação, ocorrendo, portanto, aumento dos custos para a Saúde Pública, em termos de utilização de recursos e ocupação de leitos hospitalares (MOREIRA *et al*, 2013).

Como medidas preventivas das quedas é fundamental identificar os indivíduos idosos com risco de cair e seus respectivos fatores de risco, realizar avaliação clínica cuidadosa e apropriada e estabelecer um plano de intervenção e de educação para mudança de comportamentos individuais e coletivos.

Neste contexto, estratégias adequadas de prevenção em todas as etapas do ciclo de vida para fazer frente a esse problema de saúde pública que atinge a população de nosso País, são prioritárias e de responsabilidade dos órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS) (LOURENÇO, 2013).

Diante desta problemática, emergiu-se a questão norteadora desta revisão: Qual a produção científica disponível referente aos protocolos de prevenção de quedas em idosos?

Diante de um tema tão abrangente e de relevância significativa para a Saúde Coletiva, este estudo teve como objetivo identificar e descrever os protocolos de prevenção de quedas em idosos disponíveis na literatura científica a partir do ano de 2012.



## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que permite sintetizar as pesquisas disponíveis sobre um determinado tema e orientar a prática baseada em evidências científicas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a execução do estudo foram definidas quatro etapas.

Na primeira etapa, realizou-se o levantamento nas seguintes bases de dados: LILACS e MEDLINE. Utilizaram-se como critérios de busca, os documentos publicados no período de 2012 a 2017, que foram encontrados no modo de “pesquisa avançada”, usando cruzamentos com as seguintes palavras-chave: protocolos, prevenção & controle, acidentes por quedas e idoso, os quais são descritores controlados presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Com o intuito de garantir uma busca ampla, realizaram-se pareamentos entre tais descritores, utilizando-se o conectivo booleano *And* nas referidas bases de dados de acesso virtual.

A segunda etapa constituiu-se pela leitura, por três revisores, dos títulos e resumos dos artigos previamente selecionados.

Na terceira etapa foram lidos na íntegra os textos que atendiam a questão norteadora.

A quarta etapa, então, consistiu na construção de um quadro com as informações: tipo de publicação, título, autores, periódico, ano de publicação, objetivo, método empregado e considerações.

Como critérios de inclusão: trabalhos desenvolvidos no âmbito nacional e internacional, publicados a partir de 2012, disponibilizados na íntegra, nos idiomas português e/ou inglês, realizados com pessoas de 60 anos ou mais.

Na busca inicial foram encontrados 35 artigos: LILACS (n= 1) e MEDLINE (n= 34). Foram excluídos estudos em duplicidade, que não estavam disponíveis na íntegra, com idiomas distintos dos definidos como critérios para inclusão e aqueles que, conforme percebido através do título ou após leitura do resumo, não atendiam ao tema proposto. Destes, 16 artigos foram lidos na íntegra e somente dois responderam à questão norteadora e definiram a amostra final desta revisão.

Os resultados dos estudos selecionados foram avaliados criteriosamente, as informações extraídas e analisadas de forma descritiva. O levantamento foi realizado no mês de junho de 2017.

Após as leituras - analítica e sintética dos artigos com base nos aspectos positivos e negativos; evidência de contribuições, contradições, pontos de concordância e discordância ou divergências; foram feitas a elaboração da crítica e o desenvolvimento de reflexões.

Como este estudo analisa dados secundários de domínio público não há necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dois artigos incluídos para análise foram publicados em revistas britânicas de influência na área médica. No que diz respeito ao ano, observou-se que as pesquisas foram divulgadas em 2013 e 2016.

QUADRO 1 – Distribuição dos estudos selecionados.

Tipo de artigo	Título	Autores	Periódico	Ano	Objetivo	Intervenção	Considerações
Artigo original	Cost effectiveness of patient education for the prevention of falls in hospital: economic evaluation from arandomized controlled trial	HAINES et al	BMC Medicine	2013	Avaliar a relação custo- eficácia de uma intervenção para prevenção de quedas em hospitais usando dados de custo e efeito coletados de um estudo randomizado controlado; medir o fardo econômico de uma queda intra-hospitalar e o custo de uma pessoa acidentada.	Uso de material multimídia educativo sobre prevenção de quedas para pacientes combinado com acompanhamento por profissional de saúde treinado (Programa Completo).	A implantação do Programa Completo, além de cuidados habituais, em pacientes cognitivamente intactos, provavelmente evitará quedas e reduzirá os custos de um serviço de saúde.



Artigo original	6-PACK programme to decrease fall injuries in acute hospitals: cluster randomised controlled trial	BARKER et al.	BMJ	2016	Avaliar o efeito do programa 6-PACK sobre quedas e lesões nas áreas agudas de hospitais.	Uso do Programa 6-PACK, liderado por enfermeiras.	O programa de prevenção de quedas 6-PACK não demonstrou eficácia nas intervenções.
-----------------	--	---------------	-----	------	--	---	--

Em relação ao método dos estudos selecionados, ambos utilizaram como desenho, o ensaio clínico controlado randomizado, realizados em ambiente hospitalar. Quanto aos objetivos, os estudos focalizaram a perspectiva de avaliar o êxito de protocolos para prevenção de quedas em pessoas idosas executados por profissionais de saúde.

Haines *et al* (2013), apresentaram um programa de intervenção como possível protocolo de prevenção de quedas e danos associados. Este apresentava-se em duas formas: incompleto e completo, os quais foram comparados a um grupo sem intervenção. O programa incompleto dava-se através de educação com o uso de multimídia e cuidados habituais, enquanto o programa completo oferecia educação com uso de multimídia, cuidados habituais e acompanhamento por profissionais da saúde treinados.

Baker *et al* (2016), em seu estudo, propuseram o uso de um programa de prevenção de quedas multifatorial direcionado (6-PACK), liderado por enfermeiros, projetado especificamente para hospitais de tratamento de doenças agudas. Incluía uma ferramenta de risco de queda de nove itens e seis intervenções. Os componentes do Programa 6-PACK foram selecionados com base nas melhores evidências disponíveis no momento do desenvolvimento, de acordo com a opinião de especialistas e recomendações de diretrizes de melhores práticas.

De acordo com os autores dos artigos, as intervenções utilizadas não demonstraram efeito na prevenção de quedas ou danos associados, e também enfatizavam a falta de estudos na área que comprovassem a eficácia de protocolos propostos.

Assim, as quedas permanecem uma preocupação considerável para pessoas e sua família, visto que são prejudiciais, pois podem ameaçar tanto a saúde imediata, como a longo prazo a independência do indivíduo (HAINES *et al*, 2013).

Uma vez que as quedas ocorrem em segundos e tem sido difíceis de prevenir, abordagens inovadoras podem oferecer novas soluções e justificar investigações aprofundadas acerca do tema (BAKER *et al*, 2016).

Ressalta-se, como limitação desta revisão, a grande quantidade encontrada de estudos de protocolos em andamento, excluídos na seleção, pois são inconclusivos, mesmo sendo estes importantes em relação a problemática.

## CONCLUSÃO

Como a mudança de pirâmide etária em que a população brasileira e internacional vem se transformando ao longo dos anos, a qual indica uma população com maior expectativa de vida, a atenção à saúde do idoso e das diversas síndromes decorrentes do processo de envelhecimento torna-se de grande valia a avaliação dos riscos de quedas e protocolos que diminuam este evento, portanto exigem um maior investimento em estratégias de promoção da saúde e prevenção de danos prevalentes neste público.

Assim, é mister ampliar os conhecimentos sobre as características das quedas na terceira idade, no âmbito da atenção primária, secundária, terciária e quaternária, bem como, de prevenção das mesmas, a fim de avaliar a magnitude do fenômeno, para fins de subsidiar o planejamento de ações preventivas, com o desenvolvimento de protocolos e programas de prevenção das mesmas, que visem à redução desse importante agravo à sociedade.

Por meio deste estudo, pode ser observada que apesar de o tema ser de grande relevância para a Saúde Pública, a produção científica acerca do tema de protocolo de prevenção de quedas em idosos, nos últimos cinco anos, é bastante escassa. Somente dois artigos científicos foram encontrados nas bases de dados estudadas e seus protocolos não comprovaram eficácia, o que demonstra uma limitação desta revisão, portanto a necessidade de investigações nesta temática. Logo, acredita-se que este estudo poderá estimular o desenvolvimento e a realização de novas investigações acerca da temática.

## REFERÊNCIAS

ANTES, D. L.; SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Mortality caused by accidental falls among the elderly: a time series analysis. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 769-778, 2015.

- BARKER, A. L. et al. 6-PACK programme to decrease fall injuries in acute hospitals: cluster randomised controlled trial. **Bmj**, [s.l.], p.352-360, 2016.
- GASPAR, A. C. M. et al. Fatores associados às práticas preventivas de quedas em idosos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170044, 2017.
- HAINES, T. P. et al. Cost effectiveness of patient education for the prevention of falls in hospital: economic evaluation from a randomized controlled trial. **Bmc Medicine**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.135-146, 2013.
- LOURENÇO, T. S. Fatores ambientais de risco para quedas em idosos. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília. Ceilândia. 2013.
- MOREIRA, M. A. et al. A velocidade da marcha pode identificar idosos com medo de cair? **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 71-80, 2013.
- MORSCH, P.; MYSKIW, M.; MYSKIW, J. C. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3565-3574, 2016.
- OLIVEIRA, A. S. et al. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 637-645, 2014.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas em idade avançada. Genebra. 2007.
- SOUZA, E. S. A relação dos fatores decorrentes do envelhecimento na biomecânica em indivíduos adultos e idosos. **Journal of Management & Primary Care**, v. 7, n. 1, 2016.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus; a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo apoio financeiro e incentivo à pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O ESPAÇO DA ÉTICA E BIOÉTICA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA.

**Maria Luiza Almeida Bastos<sup>1\*</sup> (PG), Renata Adele de Lima Nunes<sup>1</sup> (PG), Samuel Verter Marinho Uchôa Lopes<sup>1</sup> (PG), Rosendo Freitas Amorim<sup>2</sup>.**

*1 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-CE.*

*2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-CE.*

*Email: mluiza@edu.unifor.br*

*Palavras-chave: Ética. Bioética. Educação médica. Currículo.*

### INTRODUÇÃO

Diante dos inúmeros desafios que o futuro nos reserva, a educação surge como ferramenta indispensável para que o progresso da humanidade na consolidação dos ideais de paz, liberdade e justiça social.

No início de 1993, foi criada a Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, financiada pela UNESCO. O trabalho desta comissão levou à confecção de um relatório, o Relatório Delors, elaborado no momento em que a humanidade, diante de tantos infortúnios causados por guerras, criminalidade e subdesenvolvimento, hesita entre a aceleração do processo, sem ter a possibilidade de controlá-lo, e a resignação. Este documento tinha o propósito de revalorizar as dimensões ética e cultural da educação e, nesse sentido, fornecer os recursos para que cada um venha a compreender o outro em sua especificidade, além de compreender o mundo em sua busca caótica de certa unidade; também incentiva o indivíduo a começar pela compreensão de si mesmo em uma espécie de viagem interior, permeada pela aquisição de conhecimentos, pela meditação e pelo exercício da autocrítica (RELATÓRIO DELORS, 1996).

Nessa perspectiva, este documento enumera os quatro aspectos fundamentais da educação ao longo da vida: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. Para este relatório, a educação na Universidade deve dispor, também, da possibilidade de se exprimir com toda a independência e responsabilidade acerca de problemas éticos e sociais como uma espécie de poder intelectual, indispensável para ajudar a sociedade a refletir, compreender e agir.

Edgar Morin, em sua obra *Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro* (2000), pondera que:

“O ser humano é a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico. Esta unidade complexa da natureza humana é totalmente desintegrada na educação por meio das disciplinas, tendo-se tornado impossível aprender o que significa ser humano. É preciso restaurá-la, de modo que cada um, onde quer que se encontre, tome conhecimento e consciência, ao mesmo tempo, de sua identidade complexa e de sua identidade comum a todos os outros humanos. Desse modo, a condição humana deveria ser o objeto essencial de todo o ensino”.

A bioética surge no contexto da saúde como um campo de reflexão entre a sobrevivência humana e os valores (CARREIRO; OLIVEIRA, 2013). Na perspectiva da formação médica, a ciência toma lugar de destaque, a cura é estabelecida através de métodos diagnósticos cada vez mais elaborados, muitas vezes nos distanciando das relações humanas com o foco da ação, o paciente. É sob essa ótica que se pondera que o ensino médico não pode ater-se unicamente ao cientificismo, visto que as ciências humanas e sociais nos direcionam ao melhor discernimento na relação médico-paciente.

A introdução da bioética na formação médica prepara o profissional para mediações de conflitos cotidianos na saúde. O falso universo da onipotência que se instalou culturalmente entre muitos estudantes de medicina começa a ruir, evidenciando que não é simples tomar decisões, quando estão em jogo valores morais distintos (SILVA; LEÃO; PEREIRA, 2013).

Dentro dessa perspectiva, propomos os seguintes questionamentos: como a ética e a bioética estão inseridas nos currículos de graduação médica? Existe transversalidade, ou seja, o tema perpassa todas as disciplinas, ou pelo menos a sua maioria, ao longo do curso? Estes questionamentos são necessários ao se refletir sobre os intensos debates relacionados à área da saúde nos últimos anos, fatos motivados por mudanças sociais, culturais e econômicas ocorridas, bem como suas implicações na sociedade (NEVES JUNIOR; ARAÚJO; REGO, 2016). Além disso, evidencia-se a pouca habilidade do profissional médico em lidar com situações onde as decisões desconsideram a autonomia, crenças e valores do paciente (SILVA; LEÃO;

PREREIRA, 2013). Dessa forma, os debates em bioética são necessários à formação profissional, não se restringindo somente aos aspectos técnicos.

Todas essas mudanças sociais sugerem que a formação médica seja reelaborada, alargando as discursões quanto a princípios éticos e valorização dos direitos das pessoas. Por esta razão, consideramos relevante analisar o ensino da bioética na graduação médica.

Neste estudo, objetivou verificar como são ofertados os conteúdos sobre ética e bioética nos currículos de formação médica das Universidades do Ceará (carga horária, disciplinas específicas), bem como se os conteúdos sobre ética e bioética estão presentes nos programas pedagógicos das diversas disciplinas do curso, para averiguar o caráter da transversalidade destes temas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa documental, realizada por meio de revisão das matrizes curriculares dos cursos de graduação em Medicina de quatro universidades do Ceará: Universidade de Fortaleza (Unifor); Universidade Federal do Ceará (UFC); Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade Christus (Unichristus). As estruturas curriculares foram obtidas através das pesquisas nos sites das universidades ou disponibilizados pelas coordenações dos respectivos cursos.

O plano pedagógico da faculdade de medicina da UFC com sua matriz curricular foram extraídos por meio do site da faculdade de medicina (disponível em [https://si3.ufc.br/sigaa/public/curso/noticias\\_desc.jsf?lc=pt\\_BR&id=657470&noticia=52804481](https://si3.ufc.br/sigaa/public/curso/noticias_desc.jsf?lc=pt_BR&id=657470&noticia=52804481)). As matrizes curriculares da faculdade de medicina da Unichristus e UECE foram obtidas através dos sites institucionais (<https://unichristus.edu.br/graduacao/medicina/>; <http://mcuece.uece.br/moduloCursosUece/grade/listaDisciplinasPorCurso?cdCurso=025&cdPolo=&dsCurso=MEDICINA&cidade=FORTALEZA&tipo=presenciais>). A grade curricular e o plano pedagógico do curso de medicina da Unifor foram disponibilizados pela coordenação do curso. A coleta dos dados foi realizada em julho de 2017.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após avaliação das matrizes curriculares das quatro universidades e dos projetos pedagógicos da Unifor e UFC, observou-se que as temáticas ética e bioética foram citadas por todas como parte integrante da formação médica em seus currículos, ainda que de maneira não uniforme entre elas.

A faculdade de medicina da UFC tem seus conteúdos essenciais curriculares obrigatórios contidos em 3 Eixos Longitudinais Curriculares - 1) Assistência Básica em Saúde, 2) Desenvolvimento Pessoal e Aprendizagem da Prática Profissional e 3) Fundamentos e Prática da Assistência Médica. Um quarto Eixo, denominado de Atividades Complementares, organiza os conteúdos complementares do currículo, bem como as atividades extracurriculares (incluídas ou não na carga horária do curso) realizadas pelo corpo discente. Os Eixos Longitudinais Curriculares são compostos por Eixos Temáticos compostos por módulos sequenciais, de modo a garantir um contato permanente do aluno com os temas de forma contínua, consistente, articulada internamente e com as outras atividades do curso, favorecendo a sua progressiva incorporação para a vida profissional, o desenvolvimento crescente de sua autonomia e o domínio do estudante em relação às áreas de competência.

No Eixo Curricular Longitudinal de Desenvolvimento Pessoal e Aprendizagem da Prática Profissional os 3 Eixos Temáticos são: a) Profissionalismo; b) Comunicação e c) Ética. Neste eixo, os alunos desenvolverão atividades nos conteúdos de história da medicina, ética médica, bioética, relações humanas, valores humanos e desenvolvimento humano, de forma a desenvolver habilidades sensoriais, reflexivas e de comunicação, favorecendo comportamentos e atitudes afirmativas e éticas necessárias para uma prática adequada ao futuro profissional. Pode-se perceber que esta universidade concedeu à temática da ética um lugar de destaque, assumindo a posição de eixo temático; é também preconizado que os temas sejam abordados de maneira continuada e integrada a outras disciplinas, sendo atendido o caráter de transversalidade das temáticas ética e bioética no programa desta universidade.

A matriz curricular da Uece traz em seu escopo a disciplina Ética médica e bioética, no oitavo semestre; além disso, outras disciplinas da grade, como Saúde Coletiva (primeiro semestre), Ciências sociais e saúde, Exame clínico e relação médico-paciente (quarto semestre), Medicina legal e deontologia (sexto semestre) e introdução à Tanatologia (internato, nono a décimo segundo semestres), por definição, também abordam temas relacionados à ética médica. Demonstra-se a preocupação em colocar as disciplinas com temas sobre ética em diversos momentos ao longo do curso, sob uma perspectiva de transversalidade. Porém, não foi possível avaliar de que forma são abordados os temas, já que não foi disponibilizado o projeto pedagógico do curso e este documento também não está disponível no site da instituição.

A Unifor considera, em seu projeto pedagógico, que, na concepção contemporânea, o modelo de ensino tem tendências que estão moldadas às necessidades de adaptação, tanto da instituição, como do corpo docente e do corpo discente, às mudanças da ciência e da sociedade, que ocorrem em velocidade exponencial. Destaca então que há necessidade de enfoque e estratégias que se adequem mais à formação dos profissionais que irão exercer suas atividades no século atual, entre elas a ética e sensibilidade humana. O projeto ainda relaciona-se com metodologias que visam um maior envolvimento dos alunos na busca do conhecimento. Tal perspectiva de inovação baseia-se em alguns documentos e recomendações relativos a Educação Médica Mundial nas últimas décadas, e dentre estes destacam-se: o movimento “Saúde para Todos no ano 2000” (OMS, 1977) e a Declaração de Alma Ata (1978), que têm importância capital na concepção social da saúde como um direito de todos. No âmbito mais específico da formação profissional, espera-se que o médico egresso da Unifor possa exercer a Medicina com postura ética e humanística em relação ao paciente, à família e à comunidade, observando os aspectos sociais, culturais, psicológicos e econômicos relevantes do contexto, baseados nos princípios da bioética.

Pelo enfoque dado à ética como matéria fundamental na formação médica, além da utilização como referência de documentos internacionais visando o bem-estar de todos e a valorização humana, observa-se que esta matriz curricular pretende abordar o tema da ética como elemento fundamental em sua composição, ainda que não especifique de que forma aparece nas disciplinas ou qual a carga horária utilizada para alcançar os objetivos propostos.

A faculdade de medicina da Unichristus disponibiliza a estrutura do curso em forma de módulos anuais, denominados de séries, um total de seis séries que correspondem aos seis anos da graduação médica. Cada ano possui em sua matriz os módulos verticais e horizontais numa estratégia de integração entre as disciplinas.

Durante a análise dos títulos das disciplinas na matriz da Unichristus, não conseguimos evidenciar nenhuma disciplina específica para o ensino de ética ou bioética; também não conseguimos identificar disciplinas com conteúdos que possam conter conceitos relativos às ciências humanas e ensino de bioética.

No entanto, é descrito nos objetivos gerais da graduação em medicina da Unichristus a capacitação do aluno em adquirir visão humanística, postura ética e valorização da bioética no campo da medicina. Traz ainda, em seus objetivos específicos, o desenvolvimento humano, ético e participação social. Acreditamos que essas descrições referem-se ao ensino de conceitos éticos e bioéticos no programa de determinadas disciplinas (ainda que não tenha ficado claro de forma e em que disciplinas os temas foram abordados) e ações relativas ao contexto da saúde, o que julgamos insuficiente, visto que o fortalecimento da ética e bioética como disciplina precisa ser aprimorado, principalmente na perspectiva clínica, jurídica e filosófica (NEVES JUNIOR; ARAÚJO; REGO, 2016).

Outra crítica relativa ao ensino da bioética durante a graduação médica está relacionada ao corpo docente. No site da universidade Unichristus, o corpo de professores da faculdade de medicina é composto exclusivamente de médicos, fato inadequado a um curso que tem características e atuações diversas, principalmente no cuidado humano com demandas sociais e habilidades de comunicações importantes para exercer com zelo a profissão. A interdisciplinaridade na saúde é necessária, em especial no contexto bioético, na medida em que se traz à tona questões relacionadas a discriminação, preconceitos, moral e tantos outros assuntos polêmicos com relevância, que extrapolam a área da saúde. A diversificação dos saberes promove debates ricos, uma melhor compreensão e, possivelmente, atitudes mais coerentes (SILVIA; LEÃO; PEREIRA, 2013).

## CONCLUSÃO

O conteúdo de ética e bioética nas matrizes curricular dos cursos de medicina da UFC e principalmente da UECE tem ofertado disciplinas específicas e durante todo o decorrer do curso. No plano pedagógico ofertado pela UFC existem disciplinas horizontais que permeiam todo o decorrer do curso, trazendo conceitos de ética com foco temático no primeiro semestre e aprofundamento prático do sexto ao oitavo semestre. Porém, não conseguimos identificar se o conteúdo de ética ofertado é referente ao código de ética profissional, que perfaz os direitos e deveres do médico, ou se existem abordagens referentes aos conceitos de ciências sociais em saúde, aspectos relacionados à saúde coletiva e toda a sua diversidade.

A grade curricular da UECE traz disciplinas específicas para o ensino da ética e bioética, como medicina legal e deontologia, ética médica e bioética respectivamente nos sexto e oitavo semestre. Além disso, abrange disciplinas de saúde coletiva, ciências sociais e saúde, exame clínico e relação médico-paciente, além de uma disciplina no internato intitulada Introdução à Tanatologia, que acreditamos oferecer abordagem nas concepções humanas em saúde, principalmente em situações conflituosas, ou ainda de difíceis decisões na prática médica.

O plano pedagógico da Unifor traz o ensino da ética e bioética inseridos no contexto das disciplinas de saúde coletiva, no internato e em uma disciplina optativa, abordando esses temas sob a perspectiva de metodologias em que o próprio aluno vai em busca do conhecimento.

Assim, faz-se necessário analisar se essas propostas curriculares são suficientes para abordar os conceitos de ética e bioética diante das demandas sociais instauradas ao longo dos anos. Portanto, sugere-se priorizar disciplinas específicas nessas abordagens, com metodologias que desenvolvam no futuro profissional uma visão integral do ser humano, não somente na saúde, mas também no contexto social e cultural do qual participa.

## REFERÊNCIAS

GRISARD, Nelson. Ética médica e bioética: a disciplina em falta na graduação médica. *Revista Bioética*, v. 10, n. 1, 2009.

INTERNATIONAL COMMISSION ON EDUCATION FOR THE TWENTY-FIRST CENTURY;

DELORS, Jacques. *Learning, the Treasure Within: Report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century: Highlights*. Unesco Pub., 1996.

MORIN, Edgar et al. *Os setes saberes necessários à educação do futuro*. Cortez Editora, 2000.

SILVA, J.; LEÃO, H. M. C.; PEREIRA, A. C. A. C. Ensino de bioética na graduação de medicina: relato de experiência. *Revista Bioética*, v. 21, n. 2, p.338-343. 2013.

CARREIRO, N. M. S.; OLIVEIRA, A. A. S. Interconexão entre direito e bioética á luz das dimensões teórica, institucional e normativa. *Revista Bioética*, v. 21, n. 1, p. 53-61. 2013.

GRECO, D.; WELSH, J. Direitos humanos, ética e prática médica. *Revista Bioética*, v. 24, n. 3, p.443-451. 2016.

NEVES JUNIOR, W. A.; ARAÚJO, L. Z. S.; REGO, S. Ensino de bioética nas faculdades de medicina do Brasil. *Revista Bioética*, v. 24, n. 1, p. 98-107. 2016.

RAMOS, F. R. S. O discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v5n1/03.pdf>>. Acesso em: jul. 2017.

Universidade Federal do Ceará (UFC). Projeto pedagógico do curso de medicina, 2018.1. Sistema integrado de gestão e atividades acadêmicas. Disponível no site:< [https://si3.ufc.br/sigaa/public/curso/ppp.jsf?lc=pt\\_BR&id=657470](https://si3.ufc.br/sigaa/public/curso/ppp.jsf?lc=pt_BR&id=657470)>. Acesso em: jul. 2017.

Universidade Unichristus. Estrutura curricular do curso de medicina. Disponível em:< <https://unichristus.edu.br/graduacao/medicina/>>. Acesso em: jul. 2017.

Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Projeto político pedagógico do curso de medicina. Fortaleza (CE): Pró-Reitoria de graduação.

Universidade Estadual do Ceará (UECE). Grade curricular do curso de medicina. Fortaleza (CE).

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus. Agradecemos ao Prof. Rosendo Amorim por excelentes explicações acerca desse vasto conteúdo das Ciências Sociais em Saúde e o pelo privilégio de tê-lo como tutor de tamanho aprendizado.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EXERCÍCIO RESISTIDO ISOMÉTRICO DE ALTA INTENSIDADE AUMENTA A PRESSÃO ARTERIAL DE SUJEITOS SAUDÁVEIS

Carlos Alberto da Silva<sup>1\*</sup>, Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho<sup>2</sup>

1. \*Instituto de Educação Física e Esportes – IEFES, Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza, Ceará, Brasil,

2. Pós Graduação do Instituto Superior de Ciências Biomédicas, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Email: carlosas@ufc.br.

Palavras-Chaves: Exercício de Resistência Isométrico. Risco Cardiovascular. Pressão Arterial. Frequência Cardíaca. Duplo Produto.

### INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morbidade e mortalidade (1). A HA é um fator de risco estabelecido para o desenvolvimento da Doença Cardiovascular (DCV), destacando sua incidência aumentada pela idade (2). O exercício resistido dinâmico (ERD) (3) ou o exercício resistido isométrico (ERI) (4), tem sido utilizado no tratamento da HA, com bons resultados como efeito crônico (á longo prazo). Embora isso, ainda não está claro o impacto de uma sessão de ERI na PA, ou seja, seu efeito agudo.

Receia-se que este tipo de exercício aumente a PA. O'Hare e Murnaghan (5) destacam os riscos do ERI em sujeitos com função cardiovascular comprometida, como em idosos, ou potencialmente comprometida, como na disfunção ventricular esquerda, DCV propriamente dita, dilatação da Aorta (Aneurisma), e outras, embora ERI diminui PA cronicamente (6).

Esse espectro torna-se mais importante segundo Chrysant (7) porque recentemente tem aumentado a busca por uma melhora no condicionamento físico pela utilização de ERI, sendo estes realizados por muitas pessoas em centros de saúde e fitness ou em casa, independentemente dos níveis de PA.

Assim, este estudo tem o objetivo de avaliar o efeito de diferentes protocolos de ERI, na PA de sujeitos normotensos saudáveis.

### MÉTODOS

#### SUJEITOS

Foram estudados 24 sujeitos saudáveis, normotensos, do sexo masculino, com idade entre 20 e 40 anos, fisicamente ativos (pelo menos 3 meses antes da intervenção), sem cafeína e álcool 12 horas antes da intervenção. Este estudo foi conduzido no Laboratório de Atividade Física e Saúde – LAFIS, do Instituto de Educação Física e Esportes – IEFES, da Universidade

Federal do Ceará – UFC, Brasil. Os seguintes Critérios de Exclusão foram utilizados: DCV, hipertensão, tabagismo, osteoporose diagnosticada, problemas osteomioarticulares que o impedia de exercitar, uso de medicamentos ou drogas que estimulem o sistema cardiovascular.

O recrutamento e a intervenção ocorreram no Stúdio Master Academia, localizada em Fortaleza, Ceará, Brasil. Todos os participantes passaram por um exame clínico, antes da inclusão no estudo, na Unicordis, Clínica de Cardiologia do Hospital São Mateus, Fortaleza, Ceará, Brasil. Os mesmos foram informados a respeito dos objetivos do estudo e sobre os possíveis riscos e desconfortos envolvidos com a sua participação no experimento, assinando termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As investigações foram realizadas em conformidade com os princípios da Declaração de Helsinque revista em 2000. O protocolo de estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFC - COMEPE, Fortaleza, Ceará, Brasil, sob nº 046/11.

#### PROTOCOLO

Todos os participantes do estudo passaram por exame clínico inicial com um médico cardiologista. Todos foram submetidos a uma sessão de ERI. Antes da intervenção com ERI, os sujeitos realizaram aferição da massa corpórea e da estatura. No dia anterior a intervenção, foi executado o teste de contração voluntária máxima (MVC) de 10 repetições máximas (RM) (8). Os participantes foram orientados a manter os hábitos alimentares e comportamentos originais no dia da intervenção. Após teste de MVC, os mesmos foram randomizados em 3 Grupos: (LI) baixa intensidade e baixa duração, caracterizado como de Leve Intensidade; (MI) alta intensidade e baixa duração, caracterizado como de Moderada Intensidade e; (HI) baixa intensidade e alta duração, caracterizado como de Alta Intensidade.

#### EXERCÍCIO DE RESISTÊNCIA ISOMÉTRICO

Em ambos os programas, os participantes exercitaram-se uma única vez. Cada grupo executou um protocolo de ERI: LI (intensidade 20%, 3 séries, duração de 30seg para cada série, composição de cada série com três ações musculares de 10seg de contração em três ângulos diferentes, 1min de intervalo entre as séries, exercício Leg Press Inclinado 45°; MI (intensidade 20%, 3 séries, duração de 1min em cada série, composição de cada série com uma ação muscular de 1min de contração em um ângulo somente, 1min de intervalo entre as séries, exercício Leg Press Inclinado 45°; HI (intensidade 60%, 3 séries, duração de 30seg para cada série, composição de cada série com três ações musculares de 10seg de contração em três ângulos diferentes, 1min de intervalo entre as séries, exercício Leg Press Inclinado 45°.



Em todos os grupos foi medido a PA pós-exercício com 10min de descanso após a última série isométrica. Todos os protocolos estavam divididos em: 5 minutos de aquecimento, com exercícios balísticos dinâmicos de membros e tronco, além de aquecimento específico no próprio aparelho executando uma série dinâmica de 15 repetições com 30% de 1RM; em seguida iniciou-se o protocolo de ERI de cada grupo; e após o protocolo foi executado 5 minutos de relaxamento, com exercícios de alongamento e relaxamento. As sessões de exercício foram supervisionadas por 4 investigadores.

#### TESTE DE CONTRAÇÃO VOLUNTÁRIA MÁXIMA (MVC)

Todos os participantes foram submetidos a um Teste de MVC, que é o número máximo de repetições por série que pode ser realizado executando corretamente a técnica, com determinada carga. Diante disso, a carga mais pesada que possa ser utilizada em uma repetição completa de um exercício é considerada 1-RM (9). A RM foi estimada a partir do número de repetições executadas com uma determinada carga submáxima até no máximo de 10 repetições, conforme equação de Brzycki (8):  $1\text{-RM} = \text{Peso Levantado} / (1,0278 - [0,0278 \times \text{No. Repetições}])$ .

#### MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Procedimento Coleta Massa Corpórea: o avaliado foi posicionado em pé de costas para a escala da balança, com afastamento lateral dos pés estando á plataforma entre os mesmos; em seguida coloca-se sobre e no centro da plataforma, ereto com olhar num ponto fixo à sua frente; o avaliado estará descalço e vestido somente de calção e camisa. Procedimento Coleta da Estatura: o avaliado descalço e usando camiseta e calção; foi orientado a se colocar na posição ortostática com os pés unidos no estadiômetro; estando em contato com o instrumento de medida as superfícies posteriores do calcanhar, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital; a medida foi realizada com o indivíduo em apnéia inspiratória e com a cabeça orientada no plano de Frankfurt, paralelo ao solo; a medida foi feita com o cursor em angulo de 90° em relação à escala. Procedimento de Coleta do IMC: foi utilizado a Fórmula de Quetelet para identificar o IMC ( $\text{IMC} = p / h^2$ ) ( $\text{kg/m}^2$ ) (10).

#### MEDIDA DA FREQUÊNCIA CARDÍACA

A frequência cardíaca (FC) foi aferida nas condições de repouso e em exercício, com auxílio dos mesmos equipamentos. Em Repouso: os sujeitos permaneceram sentados por 10 minutos, onde a FC foi medida continuamente, sendo registrado o valor mais alto apresentado no último minuto, com o uso de um cardiofrequencímetro (Polar® S810, kempele, Finlândia). Em Exercício: a FC foi medida continuamente, sendo registrado o maior valor apresentado ao final da execução de cada série e intervalos entre as séries.

#### MEDIDAS DA PRESSÃO ARTERIAL

A BP foi aferida nas condições de repouso e em exercício, onde o padrão de medida seguiu as recomendações de Polito et al. (11). Em Repouso: a PA foi medida no braço esquerdo por 3 vezes, considerando-se para registro a medida intermediária. Utilizou-se o método indireto auscultatório, com auxílio de um manômetro tipo coluna de mercúrio (Heidji®, São Paulo, Brasil) e um estetoscópio (Rappaport® Premium, São Paulo, Brasil). As medidas foram realizadas sempre pelo mesmo avaliador, em repouso e em exercício. Em Exercício: A abertura da válvula ocorreu antes do término da série, de forma a registrar-se o valor sistólico no final da execução. Uma aferição piloto foi feita para identificar o valor de pico da PA Sistólica (PAS), a fim de elevar a pressão do manguito a um valor aproximadamente de 50 mmHg maior antes da abertura da válvula. O esvaziamento do manguito ocorreu a uma taxa aproximada de 6 mm Hg/s. Os participantes foram orientados a não contrair o braço, mantendo o braço esquerdo utilizado para a medida na posição de supinação, com cotovelo levemente flexionado e apoiado em suporte próprio.

#### ANALISE ESTATÍSTICA

Todos os dados foram dados em média e desvio padrão (SD). Utilizou-se, para o pressuposto da distribuição normal dos dados o teste de SHAPIRO-WILK'S, enquanto o teste de esfericidade de MAUCHLY (*Mauchly's Test of Sphericity*) foi realizado para testar a hipótese nula de que a matriz de covariância dos erros das variáveis dependentes transformadas e ortonormalizadas é proporcional a uma matriz de identidade. No caso de violação da pressuposição de esfericidade, a significância foi estabelecida utilizando a correção *Greenhouse-Geisser* para ajustar a probabilidade de *F*. Para a verificação das possíveis diferenças das variáveis analisadas em função dos 3 grupos, das séries e intervalos entre as séries, utilizou-se a ANOVA de medidas repetidas. Quando encontradas diferenças significativas entre as medidas foi realizado o teste *Post-Hoc de BONFERRONI* para identificação das possíveis diferenças entre as médias. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS

Vinte e quatro participantes foram aleatoriamente designados á seus grupos: oito no grupo de LI; oito no grupo de MI e; oito no grupo de HI. Conforme demonstrado na Tabela 1, os três grupos apresentaram características semelhantes. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos analisados para as variáveis idade, PA Média, MVC e estatura (Tabela 1).

**Tabela 1:** Características dos Sujeitos no Estudo, nos seus Respectiveos Grupos.

Características	HI (n=8)		MI (n=8)		LI (n=8)	
Idade (anos)	30,6	± 6,2	31,6	± 6,6	27,5	± 4,6
Massa Corpórea (kg)	74,4	± 8,6	72,3	± 13,9	74,2	± 15,8
Estatura (m)	174,4	± 3,9	171,8	± 9,1	169,6	± 8,5



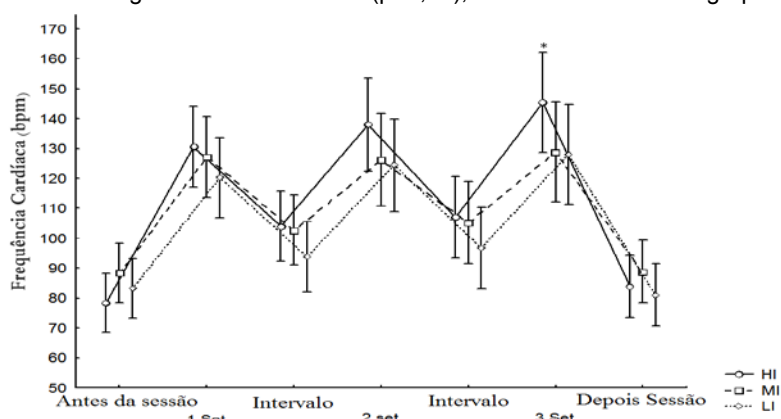
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	24,7	± 2,6	24,2	± 2,7	25,5	± 3,1
FC (beats/min)	78,4	± 11,0	88,4	± 13,8	83,3	± 15,0
PAM (mm/hg)	89,6	± 12,8	93,9	± 11,4	81,9	± 9,8
MVC (kg)	253,9	± 68,8	273,7	± 56,2	224,6	± 64,9

**Nota:** Os Valores estão em Média ± SD.

**Abreviações:** IMC: Índice de Massa Corpórea. FC: Frequência Cardíaca. PAM: Pressão Arterial Média. MVC: Contração Voluntária Máxima.

### ESTUDO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA

Em todos os grupos houve aumento significativo da FC em todas as séries em relação ao período de intervalo. A figure 1 apresenta os resultados das verificações *Post Hoc* na evolução da execução do ERI nas séries, nos três protocolos. Constatou-se que somente o protocolo de HI teve uma influência do número de séries e/ou a carga de trabalho, no sentido de gerar uma resposta cardiovascular com magnitude muito elevada ( $p < 0,01$ ), fato não ocorrido nos grupos de LI e MI.



**Figura 1:** Representação Gráfica dos Valores da FC em Função do ERI nos Grupos Durante as Séries (Set).

\* Diferença significativa do 1Set para o 3Set no Grupo de HI ( $p < 0,01$ ). ESTUDO DA PRESSÃO ARTERIAL

Os resultados da PA como efeito de uma sessão de ERI mostraram-se mais sensíveis, conforme mostrado na Tabela 2 e Figura 2. Na PAS houve diferença significativa do grupo de LI para o de HI (1Set do LI para 3Set do HI  $p < 0,001$ ), mas não para o de MI, mostrando que treinar ERI com intensidade alta aumenta PAS. Na PAD houve diferença significativa no grupo de HI (1Set HI para o 3Set HI  $p < 0,04$ ) e entre os grupos, indicando que nos grupos de MI e HI as pessoas estão expostas a um maior incremento na PAD (1Set LI para o 3Set MI  $p < 0,04$  e do 1Set LI para o 3Set do HI  $p < 0,003$ ). Na PA Média (PAM) houve diferença significativa para os grupos de MI e HI comparado com o grupo de LI ((1Set LI para o 3Set MI  $p < 0,02$  e do 1Set LI para o 3Set do HI  $p < 0,01$ ), bem como dentro do grupo de HI (1Set HI para 3Set HI  $p < 0,01$ ), mostrando também uma maior elevação da PAM quando praticar ERI de moderada a alta intensidade.

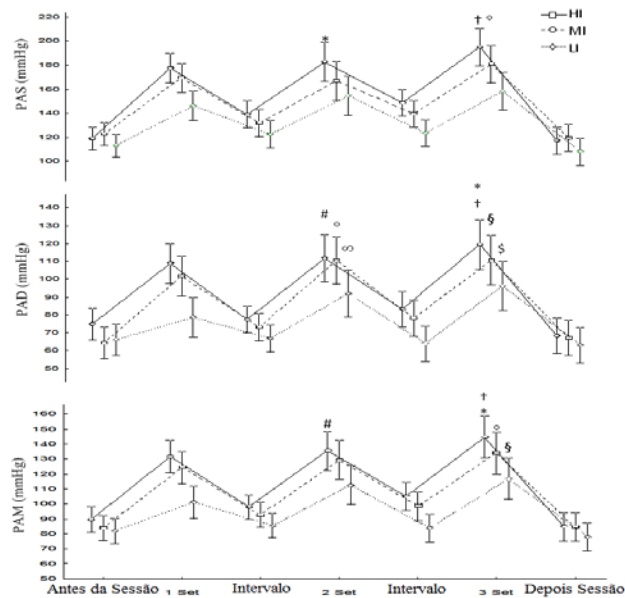
No Duplo Produto (DP) houve diferença significativa no grupo de HI (1Set do HI para o 3Set de HI  $p < 0,05$ ) e entre os grupos de BI para o de HI (1Set de LI para o 3Set HI  $p < 0,05$ ), mostrando também um efeito importante e parecido com a PA (Figura 3), deixando claro que riscos existem no DP quando executar ERI com intensidade alta.

**Tabela 2:** Média e Desvio Padrão (±) das Variáveis PAS, PAD, PAM e DP nas três Séries nos três Níveis de Intensidade.

	Alta Intensidade (HI)			Moderada Intensidade (MI)			Baixa Intensidade (LI)		
	1 Set	2 Set	3 Set	1 Set	2 Set	3 Set	1 Set	2 Set	3 Set
PAS (mmHg)	177,5	182,5	195,0	169,4	166,9	181,0	146,3	154,4	158,1
	±21,0	±17,9	±22,8	±13,5	±28,9	±20,2	±13,6	±17,6	±20,2
PAD (mmHg)	108,8	111,9	119,4	101,9	110,6	110,6	78,8	91,9	96,3
	±14,3	±20,2	±21,1	±13,9	±17,4	±14,5	±16,6	±16,0	±20,5
PAM (mmHg)	131,6	135,4	144,6	124,4	129,4	134,1	101,2	112,7	116,9
	±15,9	±18,6	±21,1	±13,2	±18,9	±16,1	±14,7	±15,7	±19,6
DP (mmHg.Bat/min)	23259	25363	28528	21483	21179	23355	17718	19443	20546
	±4812	±5284	±6019	±2974	±5506	±5045	±3496	±4785	±5703

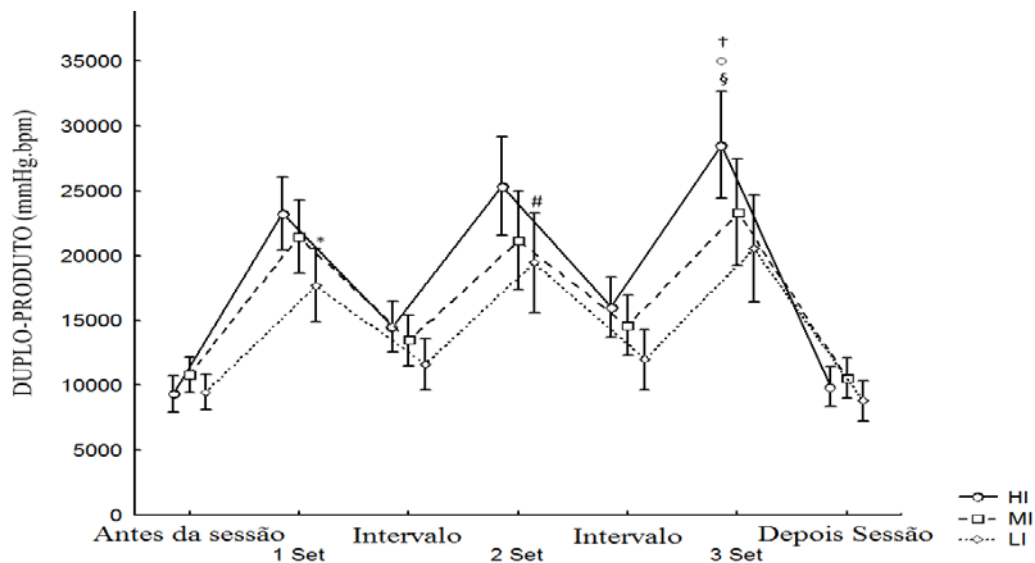
**Nota:** Os Valores estão em médias ± SD.

**Abreviações:** PAS: Pressão Arterial Sistólica. PAD: Pressão Arterial Diastólica. PAM: Pressão Arterial Média. DP: Duplo Produto.



**Figura 2:** Representação Gráfica dos Valores da PAS, PAD e PAM, em Função do ERI nos Grupos Durante as Séries (Set).

**PAS:** \*Diferença do 1Set do LI para o 2Set do Grupo HI ( $p < 0,034$ ) e; Diferença da † 1Set e ° 2Set do LI para 3Set do Grupo HI ( $p < 0,01$ ). **PAD:** \*Diferença do 1Set HI para 3Set do Grupo HI ( $p < 0,04$ ); #Diferença do 1Set LI para 2Set do Grupo HI ( $p < 0,02$ ); †Diferença do 1Set LI para 3Set do Grupo HI ( $p < 0,003$ ); Diferença do 1Set LI para 2Set do Grupo MI ( $p < 0,04$ ); §Diferença do 1Set LI para 3Set do Grupo MI ( $p < 0,04$ ); °Diferença do 1Set LI para 2Set do Grupo LI ( $p < 0,004$ ); §Diferença do 1Set LI para 3Set do Grupo LI ( $p < 0,0004$ ). **PAM:** \*Diferença do 1Set HI para 3Set do Grupo HI ( $p < 0,010$ ); #Diferença do 1Set LI para 2Set do Grupo HI ( $p < 0,01$ ); †Diferença do 2Set LI para 3Set do Grupo HI ( $p < 0,03$ ); °Diferença do 1Set LI para 3Set do Grupo MI ( $p < 0,02$ ); §Diferença do 1Set LI para 3Set do Grupo LI ( $p < 0,003$ ).



**Figura 3:** Representação Gráfico dos Valores do DP (Produto da FC pela PAS) em Função do ERI nos Grupos Durante as Séries (Set).

\* Diferença do 1Set para 3Set do Grupo LI ( $p < 0,05$ ); # Diferença do 2Set LI para 1Set do Grupo HI ( $p < 0,01$ ); Diferença do 3Set HI para † 1Set do Grupo HI, § 1Set do Grupo LI, ° 2Set do Grupo LI ( $p < 0,05$ ).

## DISCUSSÃO

O principal achado desse estudo foi mostrar que o ERI gera um aumento, progressivamente e significativamente, na BP se executado em alta intensidade (carga  $< 70\%$  MVC) em sujeitos normotensos saudáveis, assim como o efeito do cumulativo aumento do número de séries também parece aumentar a BP. Embora não avaliado diretamente, mas esse aumento da PA pelo ERI pode levar a um eminente risco cardiovascular durante sua execução.

Esse aumento de PA durante a execução do ERI agudo parece ser devido, principalmente, a um aumento no Débito Cardíaco (DC) e não pela resistência vascular periférica (RVP) (12). Resultados semelhantes foram relatados por metanálise recente (13).

O estudo de intervenção com ERI de Nery et al. (14) mostrou que uma única sessão de ERI pode produzir um pronunciado aumento na PAS, podendo representar um risco para pessoas hipertensas ou com alguma doença desconhecida, ou ainda conforme Matsuda et al.

colocando-os a estarem mais propensos a hemorragia de aneurismas cerebrais comparados com pessoas normotensos. Sendo assim, na execução de ERI as respostas cardiovasculares como a PA, deve ser controlada, principalmente em pessoas com doenças ou hipertensão especificamente. Schibye et al. mostraram que um melhor controle da resposta cardiovascular pode ser feito com eletromiografia (EMG) durante uma sessão de ERI (16).

Contrariamente, Chrysant (7) não identificou um aumento no risco cardiovascular na execução de ERI com intensidade de 40% da MVC, embora aumentando a FC, PAS e PAD, mas não significativamente. Posto isso, o mesmo autor deixa claro que há um aumento considerável da prática de ERI em Centros de Fitness ou em casa por pessoas da população em geral, independente de seus níveis de BP ou estado geral de saúde, que possivelmente, não tenham o conhecimento real de sua condição cardiovascular. Na metanálise de Cornelissen et al. (17) nenhum estudo relatou qualquer evento adverso em hipertensos na resposta da intervenção pelo ERI agudo, pois provavelmente os pacientes estavam bem controlados e era sabido seus estados de saúde.

Embora analisado o efeito agudo do ERI, seu efeito crônico assim como o ER Dinâmico, geram impacto positivo tanto para a PA como para a saúde em geral, quando executado em baixa intensidade de esforço (30% a 40% MVC). Cornelissen et al. (17) demonstrou em sua meta-análise, que incluiu 3 estudos com handgrip, com duração de 10 semanas (efeito crônico), que o ERI de baixa intensidade (30% MVC), executados com 4 séries de 2min, bilateralmente, com 1 minuto de intervalo entre as séries, resultou em uma diminuição da PAS ( $p < 0,01$ ) e PAD (N/S). O efeito crônico do ERI está bem claro nas revisões de Kelley & Kelley (13) e Whelton et al. (18).

Pequenas reduções da PA de repouso (média 3 mmHg) diminui o risco de DCV em 5%, de Acidente Vascular Encefálico (AVE) em 8% e, de morte por todas as causas em 4% (17). Embora pesquisas mostrem o efeito positivo da utilização de ERI, outras mostraram resultados diferentes, como a de Chrysant (7) em sua revisão de literatura onde sugere que programas de ERI não alteram a PAS e PAD de repouso de maneira significativamente, embora pequenas reduções foram percebidas.

Outra explicação, adicional e somativa para um aumento do risco cardiovascular com IRE pode ser o intervalo de recuperação entre as séries. O intervalo de recuperação entre as séries são considerados importantes, principalmente quando este for de tempo fixo. Estágios de recuperação de tempo fixo ou menores que 45 segundos, podem não repercutir plena recuperação entre as séries consecutivas, o que pode potencializar o aumento da PA e FC, como mostrado em nosso e em outros estudos (19, 20).

Estas descobertas geram informações interessantes e importantes, que justificam um melhor controle da execução de ERI em ambientes para a saúde, principalmente quando desconhecemos o estado de saúde do sujeito. Apesar disso, além uma queda modesta da PA cronicamente benefícios adicionais pelo efeito do ERI são encontrados apesar de um risco cardiovascular aumentado como efeito agudo, como: um aumento dos níveis de força muscular de membros superiores e inferiores; aumento da densidade óssea; redução de fraturas; aumento da qualidade de vida; diminuição da gordura corporal e; um modesto aumento da massa muscular, especialmente em idosos (21).

Outro dado interessante foi o de MacDougall et al. (22) mostrando que levantamento de peso com carga de peso intensa em normotensos resultou em um aumento da PA no pico de exercício de 320/250 mmHg e, em um sujeito chegou a 480/350 mmHg. Elefteriades (23) demonstrou em seu estudo com investigações clínicas que pessoas com doença desconhecida, como a dissecação de aorta, principalmente a ascendente, estão em risco aumentado de evento fatal e não-fatal, se entrarem em condições de esforço intenso, como percebido no ERI. Como visto, esta condição está aumentando consideravelmente nos dias atuais em atividades da vida diária, nas academias ou ambientes de fitness. Confirmando essa informação, Elefteriades (24) e Hatzaras et al. (25) demonstraram que o levantamento de peso com cargas elevadas, de maneira sustentada (isometria), é acompanhada de uma elevação extraordinária da PA, podendo facilmente ultrapassar 300 mmHg. Assim, certo grau de hipertensão não percebido anterior a um esforço intenso sustentado, pode gerar desfechos negativos para a saúde dessas pessoas, estando sujeito, a um desfecho fatal (22). Diante disso, pode-se especular se é necessário colocar as pessoas da população em risco com a execução do ERI para melhora da PA de repouso, ou se outros tipos de exercícios têm o mesmo, ou até melhor efeito na PA de repouso, sendo esses outros considerados mais seguros, como o ER Dinâmico e/ou de endurance cardiorespiratório.

Assim, vale a pena reforçar que se for indicado a execução de ERI, este deve ser de baixa intensidade (carga  $\leq$  30% MVC) e de rápida execução (10 a 15 seg) (26). Exemplo disso está sendo feito nos EUA, onde está sendo recomendado e o US Food and Drug Administration aprovou o uso de um dinamômetro de mão para se exercitar em casa, com uma carga de baixa intensidade. Os resultados tornam-se evidentes após 2 semanas de treinamento, e seus benefícios são maiores a longo prazo (6, 27).

## LIMITAÇÕES

Não foi utilizado a eletromiografia para rotular e controlar a intensidade de esforço durante o ERI, embora outro estudo também não o fizessem e os resultados fossem parecidos (28).

O acompanhamento da PA pela técnica não-invasiva na artéria braquial, método auscultatório, tem rendido informações importantes sobre o estresse cardiovascular, na saúde e na doença (29), e este comparado com uma medida invasiva, método direto com cateter, mostrou que há uma associação entre as duas medidas mantendo seu comportamento, considerado aceitável conforme mostrado por Sagiv et al. (30) com uma correlação de  $r = 0,80$ .

## CONCLUSÕES

Quando comparado aos grupos de baixa e moderada intensidade, o grupo de alta intensidade demonstrou um maior pico de PA após execução de uma sessão de ERI, este fato pode expor pessoas da população em geral a um risco cardiovascular iminente, principalmente se estes tiverem HA desconhecida. Embora isso, mais estudos de curto prazo e com desfechos clinicamente relevantes devem ser realizados, variando intensidade, tempo de duração da isometria e, tempo de intervalo de recuperação.

## REFERÊNCIAS

- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics – 2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123(4):e18– e209.
- Standridge JB. Hypertension and atherosclerosis: clinical implications from the ALLHAT trial. *Curr Atheroscler Rep* 2005; 7(2):132–139.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42:1206-1252.
- Felici F, Quarsima V, Fattorini L, Sbriccoli P, Filligoi GC, Ferrari M. Biceps brachii myoelectric and oxygenation changes during static and sinusoidal isometric exercises. *J Electromyography and Kinesiology* 2009; 92:e1-e11.
- O'Hare JA, Murnaghan DJ. Failure of anti-hypertensive drugs to control blood pressure rise with isometric exercise in hypertension. *Postgraduate Med J* 1981; 57:552-555.
- Millar PJ, Bray SF, McGowan CL, et al. Effects of isometric handgrip training among people medicated for hypertension: a multilevel analysis. *Blood Press Monit* 2007; 12:307-314.
- Chrysant SG. Current evidence on the hemodynamic and blood pressure effects of isometric exercise in normotensive and hypertension persons. *J Clin Hypertens* 2010; 12:721-726.
- Bryzcki M. Strength test: predicting a one-rep max from a reps-to-fatigue. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance* 1993; 64(1):88-90.
- Flecker SJ, Kraemer WJ. Designing resistance training programs. 3rd Edition. Champaign, IL, USA: Human Kinetics, 2004.
- Laurson KR, Eisenmann JC, Welk GJ. Body Mass Index standards based on agreement with health-related body fat. *Am J Prev Med* 2011; 41(4 Suppl 2):S100-5.
- Polito MD, Lira VA, Nóbrega ACL, Farinatti PTV. Blood pressure assessment during resistance exercise: comparison between auscultation and Finapres. *Blood Pressure Monit* 2007; 12(2):81-6.
- Chrysant SG. Hemodynamic effects of isometric exercise in normotensive and hypertensive subjects. *Angiology* 1978; 29:379-385.
- Kelley GA, Kelley S. Progressive resistance exercise and resting blood pressure. A meta- analysis of randomized control trials. *Hypertension* 2000; 35:838-843.
- Nery SS, Gomides RS, Silva VG, Forjaz CM, Tinucci TMD Jr. Intra-arterial blood pressure response in hypertensive subjects during low- and high-intensity resistance exercise. *Clinics* 2010; 65:271-277.
- Matsuda M, Watanabe K, Saito A, Matsumura K, Ichikawa M. Circumstances, activities and events precipitating aneurismal subarachnoid hemorrhage. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2007; 16:25-29.
- Schibye B, Mitchell JH, Payne FC, Saltin, B. Blood pressure and heart rate response to static exercise in relation to electromyographic activity and force development. *Acta Physiol Scandinavia* 1981; 113:61–66.
- Cornelissen VA, Fagard RH, Coeckelberghs E, Vanhees L. Impact of resistance training on blood pressure and other cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Hypertension* 2011; 58:1-9.
- Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: A Meta- Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Ann Intern Med* 2002; 136:493-503.
- Willardson JM, Burkett LN. Comparison of 3 different rest intervals of the exercise completed during a workout. *J Strength Condit Res* 2005; 19(1):23-6.
- Ratames NA, Falvo MJ, Mangine GT, Hoffmann JR, Faigenbaum AD, King J. The effect of rest interval length on metabolic response to bench press exercise. *Eur J Appl Physiol* 2007; 100(1):1-17.
- Phillips SM, Winett RA. Uncomplicated resistance training and health-related outcomes: evidence for a public health mandate. *Curr Sports Med Rep* 2010; 9(4):208-13.
- MacDougall JD, Tuxen D, Sale DG, et al. Arterial blood pressure response to heavy resistance exercise. *J Appl Physiol* 1985; 58:785-790.
- Elefteriades JA. Routine Screening of young athletes for aneurysm: PRO. *Cardiol Clin* 2010; 28(2):223-228.
- Elefteriades JA. Beating a sudden killer. *Sci Am* 2005; 293(2):64-71.
- Hatzaras I, Tranquilli M, Coady M, et al. Weight lifting and aortic dissection: more evidence for a connection. *Cardiology* 2007; 107:103-6.
- Chen W, Li J. Isometric exercise reduce resting BP. *Fore Med Sci, Phys Med Rehabil Fasci* 1993; 4:156.
- McGowan CL, Visocchi A, Faulkner M, et al. Isometric handgrip training improves local flow-mediated dilation in medicated hypertensives. *Eur J Appl Physiol* 2006; 98:355-362.
- Fisman EZ, Embom P, Pines A, Tenenbaum A, Drory Y, Shapira I, Motro M. Comparison of left ventricular function using isometric exercise Doppler echocardiography in competitive runners and weightlifters versus sedentary individuals. *Am J Cardiol* 1997; 79(3):355-9.
- Miranda H, Simão R, Lemos A, Dantas BHA, Bapstista LA, Novaes J. Análise da frequência cardíaca. Pressão arterial e duplo produto em diferentes posições corporais nos exercícios resistidos. *Rev Bras Med Esp* 2005; 11:295-8.
- Sagiv M, Hason PG, Bem-Sira D, Nagle FJ. Direct VS. Indirect blood pressure at rest and during isometric exercise in normal subjects. *Intern J of Sports Med* 1995; 16:514-8.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PREVALÊNCIA DE LESÕES EM PROFESSORES DE JUMP DE FORTALEZA

Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho<sup>1\*</sup>, Anália da Silva Oliveira<sup>1</sup>, Roberta Cristina da Rocha-e- Silva<sup>1</sup>, Welton Daniel Nogueira Godinho<sup>1</sup>, Paula Matias Soares<sup>1</sup>, Danilo Lopes Ferreira Lima<sup>2</sup>, Carlos Alberto da Silva<sup>3</sup>

<sup>1\*</sup> Pós Graduação do Instituto Superior de Ciências Biomédicas, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>2</sup> Curso de Educação Física, Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

<sup>3</sup> Instituto de Educação Física e Esportes – IEFES, Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Email: carlosas@ufc.br.

Palavras-chaves: Exercício. Lesões. Ginástica.

### INTRODUÇÃO

O mundo está passando por uma transição em seu processo demográfico, única e irreversível, que irá resultar em pessoas mais velhas em todos os lugares (ONU BRASIL, 2011). No Brasil, até meados dos anos 40, o padrão demográfico estava estável, tanto com níveis de fecundidade e mortalidade elevados. A partir da virada do século observam-se pequenos declínios na taxa de fecundidade e concomitantemente nas taxas de mortalidade, possivelmente devido aos avanços da medicina e da indústria químico-farmacêutica, que agiu no controle e redução de várias doenças, principalmente as infectocontagiosas, que tinham forte incidência nesse período, com altos níveis de mortalidade (IBGE, 2011). Esse processo se faz de maneira acelerada, à medida que as taxas de fertilidade diminuem a proporção de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) deve duplicar até 2050. (ONU BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; IBGE, 2011). Estas modificações têm imprimido mudanças epidemiológicas da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade (IBGE, 2011). Uma das consequências do aumento da população idosa é o aumento da demanda por serviços médicos e sociais. Este processo favoreceu o aumento das doenças crônico- degenerativas, tais como: diabetes, câncer, doenças respiratórias e doenças cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Não obstante, estudos apontam que a prevalência de inatividade física está diretamente relacionada a incidências de doenças crônicas-degenerativas, tais como: doença cardíaca coronariana, diabetes tipo 2 e câncer de mama (LEE et al., 2012; REZENDE et al., 2015). Todavia, está cada vez mais elucidado na literatura os efeitos promissores da prática crônica do exercício físico na prevenção e tratamento não-farmacológico das principais doenças crônicas degenerativas (Silva et al., 2016; NYTROEN et al., 2012; FREYSSIN et al., 2012).

A difusão nos veículos de comunicação desses benefícios promovidos pelo exercício crônico associados à melhora da estética, socialização e diversão, tem desencadeado um aumento do número de indivíduos buscando academias de ginástica (Passaglia et al., 2015). A consequência disso é o aumento crescente na quantidade de academias e, juntamente com isso, a demanda por novas modalidades de ginástica (NETO-NOVAES, 1996; Fernandes; Gomes; Navarro, 2009; Araújo; Navarro, 2008).

O *Jump* é uma das modalidades que surgiu como uma opção de exercício físico cardiorrespiratório capaz de gerar adaptações positivas na resistência cardiorrespiratória e razoável gasto calórico através de coreografias com grande variedade de movimentos associados ao ritmo musical, além do baixo impacto (FURTADO; Simão; Lemos et al., 2004; SCHIEHLL & LOSS, 2003).

Contudo, apesar de possuir baixo impacto, pouco se sabe sobre os efeitos crônicos dessa prática em professores de ginástica, visto que a carga de esforço e trabalho desses são maiores. Com isso, o objetivo desse trabalho foi verificar a incidência de lesões, bem como os principais locais acometidos e tipos de lesão em professores de *Jump*.

### METODOLOGIA

Foi realizado um estudo do tipo observacional e transversal. Diferentemente dos estudos experimentais, onde há, claramente, uma intervenção aplicada pelo pesquisador aos participantes da investigação, nos estudos observacionais o pesquisador não intervém, apenas observa e registra as informações que lhe interessam para posterior análise (BASTOS & DUQUIA, 2007). Já os estudos transversais é uma subcategoria dos estudos observacionais, onde a coleta de dados pode envolver um recorte único no tempo caracterizado com a exposição e o desfecho simultâneo (PEREIRA, 1995).

Este estudo foi realizado com 30 professores da modalidade *Jump* escolhidos aleatoriamente da cidade Fortaleza, Ceará. Foram investigados indivíduos de ambos os sexos, com formação em Educação Física que ministrassem mais que três aulas de *Jump* semanais.

Foi estabelecida uma comunicação prévia com as academias para explanação e esclarecimento sobre o trabalho. Posteriormente, após a devida autorização e assinatura do termo de anuência, foi aplicado o questionário estruturado com os professores. O instrumento utilizado continha perguntas sobre a ocorrência de lesões devido às aulas de *Jump*, o local da lesão (tornozelo, joelho, pé, perna, coxa, quadril e coluna vertebral) e o tipo da lesão.

Os dados foram tabulados e analisados na forma de estatística descritiva realizada com o auxílio do Programa Microsoft Excel®, no intuito de sintetizar os valores de mesma natureza permitindo uma visão global da variação dos resultados obtidos.

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, a preservação dos aspectos éticos, a garantia da confidencialidade das informações e anonimato, evitando riscos morais. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todavia este estudo está em conformidade com a resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que se refere às pesquisas com seres humanos (Brasil, 2012).

## RESULTADOS

Foram avaliados um total de 30 professores com idades variando entre 19 e 33 anos com média de idade de  $24,5 \pm 3,3$  anos. Deste total, 12(40%) eram do sexo masculino com média de  $23,6 \pm 2,4$  anos e 18(60%) eram do sexo feminino com média de  $25,1 \pm 3,8$  anos.

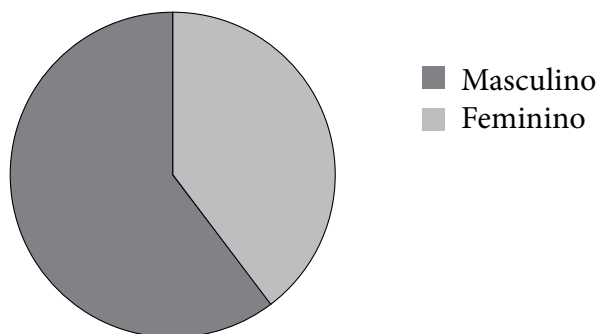


Figura 1 – Variação de gênero em professores de *Jump*.

Após a análise dos questionários obtidos, observamos que dos 30 professores analisados um total de 15 (50%) professores apresentaram algum tipo de lesão. Todas as lesões citadas pelos professores (100%) foram na articulação do joelho. Com relação ao tipo de lesão, verificamos que 8 (53,3%) dos 15 professores apresentaram condropatia, 3 (20,6%) apresentaram tendinite, 2(13,3%) lesão ligamentar, nenhum (0%) professor relatou lesão muscular, 1(6,7%) apresentou lesão meniscal e 1(6,7%) apresentou condropatia e lesão ligamentar (Figura 2).

Com isso, observou-se uma prevalência de condropatia (53,3%) nos professores analisados. Em relação aos sexos, a prevalência de mulheres lesionadas foi maior que a de homens, cerca de 60% contra 33%, respectivamente.

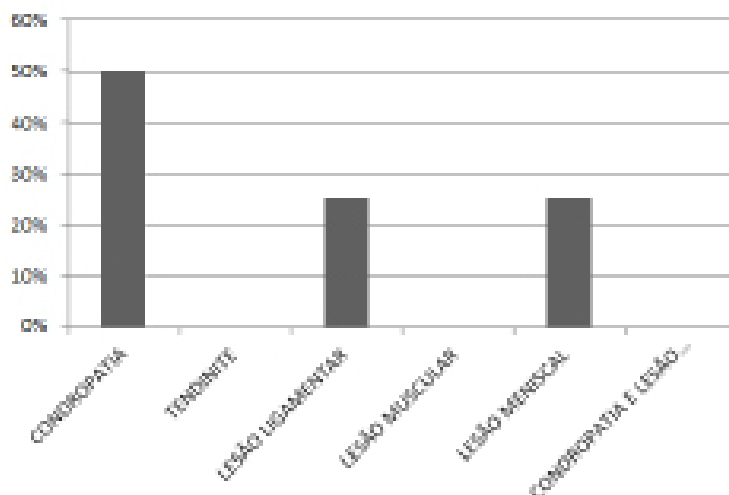
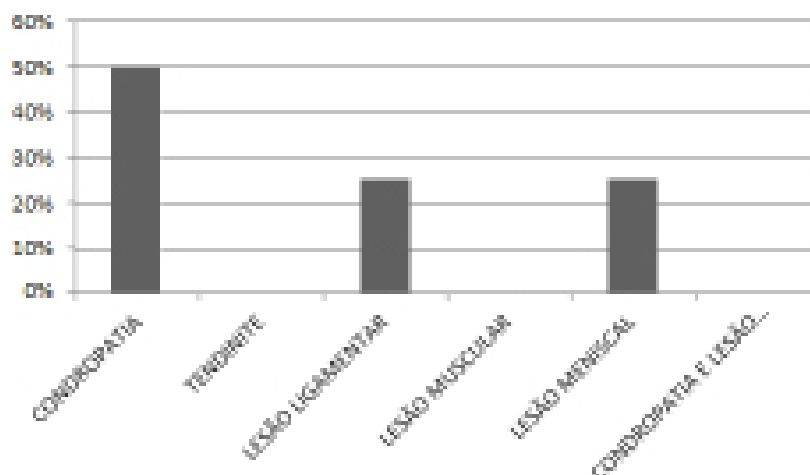


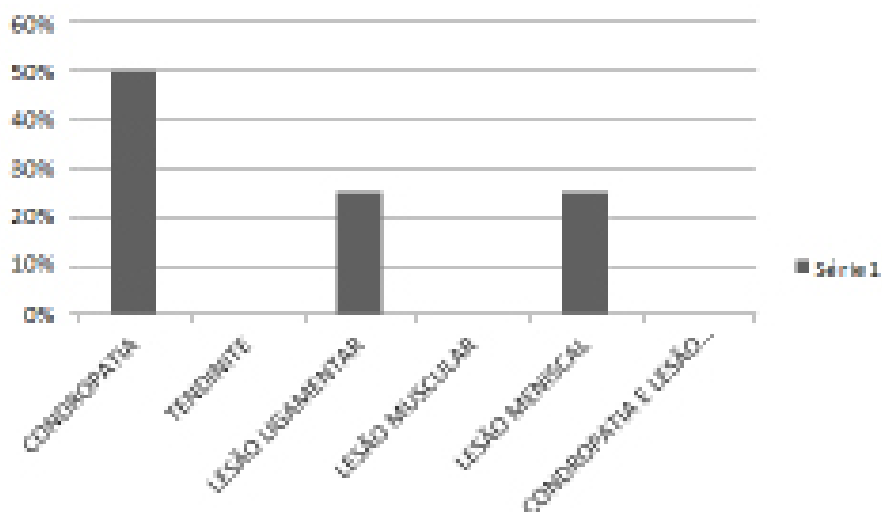
Figura 2 – Lesões encontradas no grupo total. Observa-se que dentre os locais acometidos por lesões em professores de *Jump*, a condropatia é a mais prevalente.

Entre as professoras do sexo feminino, 6(54,5%) apresentaram condropatia, 3 (27,3%) tendinite, 1(9,1%) apresentou lesão ligamentar e 1(9,1%) apresentou condropatia e lesão ligamentar. Nenhuma apresentou lesão muscular ou meniscal (Figura 3).



**Figura 3 – Total de lesões de professoras do sexo feminino.**

No grupo masculino, 2(50%) apresentaram condropatia, 1(25%) apresentou lesão ligamentar e 1(25%) lesão meniscal. Tendinite, lesão muscular ou lesões mistas não foram observadas nesse grupo (Figura 4).



**Tabela 4 – Total de lesões de professores do sexo masculino.**

## DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência de lesões em professores de jump. Com isso, observamos uma alta taxa de prevalência de lesão nesses professores, principalmente no gênero feminino, o que pode estar relacionado ao número de mulheres atuando em tal modalidade. Observamos ainda, o joelho foi o único local a apresentar lesão, além disso, os tipos de lesões mais comuns foram a condropatia, lesão ligamentar e meniscal.

A prática, para o profissional de ginástica, tem efeitos muito positivos, entre eles a boa forma e o condicionamento físico, mas se for praticada de maneira incorreta ou em demasia, a longo prazo, pode ter resultados não tão benéficos. O acúmulo de aulas diárias e ininterruptas pode aumentar o estresse e desgaste da musculatura e do sistema articular acarretando no aumento da probabilidade ao acometimento de lesões. Para verificar isso, Moraes (2005) investigou a incidência de lesões em professores e alunos. O autor verificou que os professores se lesionam muito mais do que os alunos, o que pode estar relacionado a um maior volume de treinamento semanais, visto que os professores ministram várias aulas diariamente. Verificaram que a prevalência de lesão foi de 76% de professores lesionados contra 45% de alunos. No presente estudo o número de professores foi menor, 50%, mas não deixa de ser um alto índice.



O que interfere diretamente no aparecimento de lesões é a rotina diária do professor de ginástica em academia, que muitas vezes não tem tempo para o descanso, com uma alta carga de trabalho. O cansaço e a fadiga corporais acabam por prejudicar a execução do movimento, podendo comprometer as articulações de joelho, tornozelo, coluna lombar e quadril.

A prática regular de exercício físico pode ajudar a promover saúde, bem-estar físico e psicológico, prevenindo o aparecimento de determinadas patologias. Contudo, todos os praticantes de esportes estão sujeitos ao risco de contrair algum tipo de lesão, por isso é essencial conhecer estes riscos para prevenção e controle. Ninguém que pratica exercício físico está imune ao risco de lesões. A execução dos exercícios requer determinados cuidados, pois podem originar muitas complicações (DIAS, 2001).

O conceito de lesão, em termos gerais, diz respeito a todo o tipo de traumas ocorrido durante algum exercício (MASSADA, 2001). O joelho, segundo Rasch (2001), é classificado como uma articulação complexa (tipo dobradiça), porém, na realidade a extremidade superior da tíbia é formada por duas cavidades, bastante rasas semelhantes a uma colher, e os côndilos femorais são elípticos, de forma que não há nenhum movimento direto do fêmur contra a tíbia. Também, quando a articulação está relaxada em flexão é possível fazer um pequeno grau de rotação, porém, na extensão completa que distende a parte posterior da cápsula, a articulação não faz nenhum movimento. Isto é muito importante do ponto de vista funcional, pois, quando o indivíduo está de pé com os joelhos estendidos, pode relaxar a musculatura da coxa. Assim, qualquer perda na amplitude de extensão obriga a uma certa tensão quando o indivíduo está de pé. No presente estudo todas as lesões ocorreram na articulação do joelho.

As principais lesões nos joelhos são as tendinites e as ligamentares (BRINER JUNIOR; BENJAMIN, 1999). Segundo Gerberich (1987) os homens se lesionam mais a partir dos 30 a 39 anos e as mulheres dos 15 a 24 anos. As lesões do complexo do joelho que mais ocorreram entre os professores de Jump foram as condropatias, seguidas das tendinites e das lesões ligamentares.

A condropatia é definida como uma das afecções mais comuns encaminhadas à clínica médica e esportiva, podendo a dor ser localizada nas regiões medial, lateral, retropatelar ou peripatelar. É descrita como uma dor difusa, sutil e latejante, sendo agravado por atividades que aumentam a força de compressão na articulação patelofemoral, principalmente ao subir e descer escadas, agachar-se, ficar sentado por um tempo prolongado e caminhar em lugares inclinados (FULKERSON, 1983; DOUCETTE; GOBLE, 1992; POWERS, 1998; NISSEN et al., 1998 apud MANTOVANI et al, 2007).

Não existe uma etiologia única para a síndrome da dor patelofemoral, pois, vários fatores podem implicar na sua gênese. Dentre os mais citados estão: Desvio da porção inferior da patela; desequilíbrio muscular na extremidade inferior; atividades excessivas e fatores biomecânicos-anatômicos (pé em hiper-pronação, aumento da anteversão femoral, genu valgo, quadris largos, tíbia vara, patela alta, hiper mobilidade ligamentar da patela, estreitamento do retináculo lateral patelar e frouxidão ligamentar generalizada com genu recurvado, joelho hiper-extendido, pobre flexibilidade, imobilização, trauma e estar acima do peso) (TOMME; AUGUSTSON; KARLSSON, 1999; BACKER; JUNH, 2000; KANNUS; NIITTYMAKI, 1994 apud SANTOS, 2005).

A anatomia corporal é diferente entre os sexos feminino e masculino segundo Horta (1995), e este fato que se encontra na base das diferenças de incidência de lesões esportivas. De acordo com o mesmo autor, a probabilidades do risco de lesão é igual em ambos os sexos até 12 anos de idades, sendo que depois é o sexo masculino que apresenta maior risco (HORTA, 1995). Segundo (GERBERICH, 1987) os homens se lesionam mais a partir dos 30 a 39 anos e as mulheres dos 15 a 24 anos. Contudo, no presente estudo observou-se uma maior prevalência de lesões em professoras do que em professores de Jump.

## CONCLUSÕES

Pode-se concluir que, ao ministrar aulas de *Jump*, o profissional de Educação Física está sujeito à ocorrência de lesões, principalmente nos joelhos, onde a condropatia é a mais prevalente. A maior prevalência de lesões em mulheres leva-nos a alertar que, principalmente no sexo feminino, medidas preventivas devem ser implementadas para que o exercício profissional não venha gerar futuras perdas funcionais e incapacidades laborais.

Não obstante, mais estudos devem ser realizados a fim tentar elucidar os motivos do acometimento de lesões em profesoress de jump, visto que a proposta do equipamento é diminuir o impacto para o corpo como um todo. Com isso, sugerimos um levantamento detalhado com quantificação do volume de aulas ministradas semanalmente, identificando possíveis práticas de exercícios não-laborais, biomecânica de movimentos, bem como a integridade do sistema de absorção do equipamento.

## REFERÊNCIAS

DIAS, M. Fatores Psicológicos Associados às Lesões Desportivas. Tese de Doutorado em Medicina pela Faculdade de Medicina do Porto. 2001.



- HORTA, L. Prevenção de Lesões no Desporto. 3ª Ed. Lisboa, 1995.
- NETO, E. S. & NOVAIS, J. Ginástica de Academia Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Sprint, 1996.
- SCHIEHL, P. E.; LOSS, J. F. Impacto no JUMP FIT, In: Anais do X Congresso Brasileiro de Biomecânica, Ouro Preto, Minas Gerais, p. 307-310, 2003.
- GERBERICH, S. G., LUHMANN, S., FINKE, C., PRIEST, J. D., BEARD, B. J. Analysis of severe injuries associated with volleyball activities. *Physician and Sportsmedicine*. v. 15, n. 8, 1987.
- BRINER JUNIOR, W., KACMAR, L. Common injuries in volleyball. *Sports Medicine*. v. 24, n. 1, p. 65-71, 1997. **Revista Digital Efdportes**.2010.
- RASCH, P. J. *Cinesiologia e anatomia aplicada*. 7ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2001.
- FURTADO, Elen; SIMÃO, Roberto; LEMOS, Adriana. Análise do consumo de oxigênio, frequência cardíaca e dispêndio energético, durante as aulas do Jump Fit. **Rev Bras Med Esporte**, v. 10, n. 5, p. 371-375, 2004.
- ARAÚJO, Manoella Fioretti; NAVARRO, Francisco. Consumo de suplementos nutricionais por alunos de uma academia de ginástica, Linhares, Espírito Santo. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 2, n. 8, 2008.
- FERNANDES, Cibele; GOMES, Jerusa Machado; NAVARRO, Francisco. Utilização de suplementos por praticantes de atividade física na cidade de São Paulo e região. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 3, n. 13, 2009.
- ONU BRASIL – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. A ONU e as pessoas idosas. Disponível em: <<http://onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>>. Acesso em 22 de Maio de 2011.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indicsaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf)>. Acesso em 22 de Maio de 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30493](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30493)>. Acesso em 22 de Maio de 2011.
- SILVA, Carlos Alberto da et al. effect of high-intensity exercise on endothelial function in patients with t2dm. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 22, n. 2, p. 126-130, 2016.
- NYTROEN, K.; RUSTAD, L. N.; AUKRUST, P.; UELAND, T.; HALLEN, .; HOLM, I.; ROLID, K.; LEKVA, T.; FIANE, A.; AMLIE, J. P.; AAKHU, S.; GULLESTAD, L . Effect of High Intensity Interval Training in Heart Transplant Recipients-A Randomized Controlled Trial. **Circulation**, v. 126, n. 21 Supplement, p. A9556, 2012.
- FREYSSIN, Céline et al. Cardiac rehabilitation in chronic heart failure: effect of an 8-week, high-intensity interval training versus continuous training.**Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 93, n. 8, p. 1359-1364, 2012.
- LEE, Hyung Eun et al. Neuroprotective effect of sinapic acid in a mouse model of amyloid  $\beta$  1–42 protein- induced Alzheimer’s disease.**Pharmacology Biochemistry and Behavior**, v. 103, n. 2, p. 260-266, 2012.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DIAGNÓSTICO E SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA PSIQUIATRIA

Tallys Newton Fernandes de Matos <sup>1</sup>, José Manuel Peixoto Caldas <sup>2</sup>, Ana Maria Fontenelle Catrib <sup>3</sup>.

1. Universidade de Fortaleza – Mestrando em Saúde Coletiva.

2. Universidade de Fortaleza – Professor de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

3. Universidade de Fortaleza – Professora de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Email: tallysnfm@gmail.com

Palavras-chave: Psicologia. Psiquiatria. Saúde.

### INTRODUÇÃO

A doença mental pode ser considerada como a pandemia do século XXI, representando cerca de 12% de todas as doenças que acometem toda a população mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) especula um aumento de 15% de sua frequência até o ano de 2020. Adicionalmente, os transtornos mentais e comportamentais atingem, em algum momento da vida, uma em cada quatro pessoas de toda a população mundial. No Brasil a tendência de uma pessoa apresentar tais desordens chega a ser de 31% a 50% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002; DALGALARRONDO, 2008).

Naturalmente, os segredos do doente mental são as chaves significativamente relevantes para descobrir a origem dos sintomas, já que a irracionalidade do paciente é na maioria das vezes resultado de alguma experiência vivida que o afetou drasticamente. A diferença do doente mental para as pessoas consideradas “normais” é a intensidade da reação a tal experiência, que acaba ocorrendo de forma exagerada. Esses doentes enfrentam severas dificuldades no meio social, e isso contribui na piora do estágio da doença, dificultando a busca por tratamento (FIGUEREDO, TEONÓRIO, 2002; FERREIRA, 2010).

Neste sentido, há diferentes formas e abordagens que buscam compreender os significados e sentidos das manifestações do paciente. Tradicionalmente pertence à psicologia e a psiquiatria a intervenção e compreensão terapêutica. Outras linhas e pensamento auxiliam na compreensão do sujeito como a sociologia, filosofia e antropologia, porém com limitações (LOWY, 1991). Neste aspecto, será considerado apenas a psiquiatria como ciências dedicadas à compreensão dos fenômenos psíquicos (DALGALARRONDO, 2008). Com isso, o objetivo geral do trabalho foi investigar e analisar o diagnóstico de saúde mental na perspectiva da psiquiatria.

### METODOLOGIA

O trabalho foi realizado através do relato de experiência cujo método foi o estudo de caso, que é um processo específico para o desenvolvimento de uma investigação qualitativa, através de um quadro de paradigmas bem distintos, como o positivista, o interpretativo ou o crítico. Seu objetivo é o estudo de uma entidade bem definida: um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma turma, uma pessoa ou uma entidade social. O estudo de caso visa conhecer em profundidade os “como” e os “porquê”, que caracterizam o objeto de estudo, fazendo justiça à sua unidade e identidade própria. Ele utiliza também uma grande variedade de instrumentos e estratégias de coleta de dados. Tem um forte cunho descritivo que conduz a um profundo alcance analítico. Neste estudo ela assumiu duas posturas: (1) interpretativa, procurando compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, e (2) pragmática, cuja intenção fundamental é proporcionar uma perspectiva global, completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista do investigador (COHEN; MANION; MORRISON, 2000).

Foi avaliado um paciente em situação de internamento em um hospital mental localizado no bairro Messejana, em Fortaleza, Ceará. O paciente do sexo masculino tinha idade de 29 anos e estava na instituição há dois anos, por agressividade e perda do contato com a realidade. Foi utilizado como ferramenta principal o roteiro de anamnese, que através de métodos desenvolvidos pela investigação multidisciplinar, na exposição de perguntas ao cliente, permite-se uma aproximação e identificação da causa e sintoma por meio de um tipo de entrevista retrospectiva sob sua história de vida, buscando informações valiosas para o conhecimento da dinâmica afetiva (SANTOS, 2010).

Ademais, o trabalho baseou-se em princípios éticos que objetivam o respeito, dignidade, igualdade e integridade do ser humano. Foi fundamento ético respeitar a identidade profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas e grupos. Neste aspecto, o entrevistado será abordado por meio de abreviações para manter o sigilo de sua identidade. Foram realizadas cinco visitas com duração de duas horas cada.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

### A história do paciente

Paciente J.H., 29 anos, sexo masculino, solteiro, caucasiano, proveniente de Maranguape, auxiliar de serviços gerais, se encontrava internado no Hospital Mental Messejana há dois anos. O paciente relatou que se considerava louco, tinha medo da sociedade, era angustiado e ansioso, além de citar que tinha medo da morte e do escuro. Ele associa seu estado de loucura à agressividade de seu pai com sua mãe, considerando-o como louco. Ele relata que descobriu que sua mãe fez uso de medicamentos para impedir seu nascimento (aborta-lo), pois frequentemente havia brigas e discussões entre seus pais tendo como principal motivo a gravidez indesejada.

J.H. relata que todos esses detalhes foram descritos por sua mãe, tendo esta várias infecções no período da sua infância, e submetendo-se a tratamentos médicos frequentes. Descreve, também, que não gostava de brincar com os amigos e preferia estar em casa descansando ao passo que rotina se limitava de casa á escola. Ele diz sentir-se traumatizado e cita que sua doença não tem cura. Para agravar suas situação ele menciona que no período de sua adolescência tentaram executar sua vida em duas situações: (1) quando estava em um bar bebendo com uns amigos, (2) e em uma festa quando o namorado de sua amiga tentou executa-lo por ciúmes. Ele complementa que gosta de mulheres casadas.

Ao falar de sua vida sexual, ele declara que teve o primeiro contato com a atividade sexual aos 14 anos se deu através da masturbação, enquanto se lembrava de sua primeira namorada. Após o fim do relacionamento cita que dificilmente se masturbava. Apesar de ter curiosidade e iniciativa em uma relação homoafetiva, menciona que teve medo e desistiu antes de começar o ato sexual. Relata sentir saudades de seu primeiro namoro, depois converte que não gosta mais de namorar. Ele acha que o primeiro namoro lhe deixou traumatizado em relação aos demais, por isso seus relacionamentos duravam poucas noites, no máximo 10 dias. Ele relata que sofreu um acidente de moto e se submeteu a uma cirurgia, achando que sua “cabeça” estava diferente. Após o acidente ele diz ter engordado 20 quilos e seus pensamentos foram descritos como tristeza e desmotivação para realizar outras atividades. Quando o acidente ocorreu ele tinha apenas 16 anos e estava jogando futebol ate que a bola foi para o outro lado da rua e ao atravessar esta uma moto bateu nele.

Aos 18 anos começou a trabalhar, porém está desempregado. Durante 10 meses ele afirma ter recebido um valor simbólico oferecido pelo governo e depois pelo INSS, por 12 meses. Ele afirma ter deixado esse emprego porque queimava muito as mãos com o uso das máquinas, bem como não tinha uma boa relação com os colegas. J.H diz que sempre trabalhou para ajudar a família e menciona que o pai trabalhava muito para ajudar os filhos. Eles residem na zona rural e atualmente a irmã busca sua aposentadoria por ele ser “portador” de doença mental.

Ele finaliza as sessões tratando que a relação com os irmãos era conflituosa, com brigas e discussões, tendo o dinheiro como principal causa. Cita, também, que o irmão mais velho matou uma pessoa numa bebedeira e após isso ficou em pendência com a justiça. Após isso, durante o período que se tenso ele ingeriu substâncias para atingir o suicídio, como o “chumbinho”. Por fim, ele relewa que não usava nicotina, porém ao ver seu pai usando aderiu ao vício.

### A análise do paciente na perspectiva da psiquiatria

Para compreender as características citadas, o laudo psiquiátrico da instituição enquadrou seu discurso na patologia determinada pela Organização Mundial de Saúde, estabelecida pela CID-10, como forma de identificação do transtorno e estabelecimento de uma compreensão acerca dos acontecimentos relatados. O paciente tinha características do F20, transtorno de esquizofrenia na categoria simples, a qual pode ser descrita como a perda gradual e insidiosa do impulso e da ambição. O paciente, nesta situação, não sofre alucinações ou delírios, e se estes sintomas ocorrem, não persistem. Nesta modalidade o paciente se afasta do contato com outras pessoas e frequentemente abandona o emprego e hábitos sociais. Recomenda-se cautela na realização do diagnóstico, pois esta condição patológica não é particularmente responsiva a medicação, e este rótulo pode piorar a condição do paciente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

É importante compreender que, apesar das hipóteses levantadas neste estudo, existe uma complexidade de fatores na construção simbólica deste sujeito que possibilita suas formas de atuação e manifestação de sinais e sintomas, oriundas de um sofrimento psíquico. Podemos exemplificar tal citado através das concepções do inconsciente, propostas pela psicanálise (GARCIA-ROSA, 1985). Outros pontos que merecem destaque é a influencia da cultura e das classes sociais através de ritos e tabus, dentre outros, que movimentam a subjetividade através de interesses dinâmicos. Podemos ainda salientar o movimento histórico na compreensão destes manifestantes, que ganham sentidos diferentes em épocas distintas. A suposição subjacente é que o sentido atual da manifestação do sujeito ganha significado através do momento ideológico e científico a cerca de determinado saber, podendo modificar os valores no decorrer do percurso histórico (LOWY, 1991).

No retorno as concepções psiquiátricas, outra situação assimilada é o modelo de estresse-diátese entendendo que os indivíduos com famílias psicologicamente perturbadas influenciam o desenvolvimento de transtornos mentais, mesmo com fatores pré-dispostos ou com uma vida sadia, o que pode ser exemplificado pela agressividade dos pais de J.H. Essa relação de agressão desenvolve uma personalidade vulnerável ao estresse e perturbação, na organização do ego, que em J.H., se manifestou por ele se achar louco. Essas características são descritas na esquizofrenia com uma tonalidade de sentimento incluindo a perplexidade, terror, senso de isolamento e ambivalência esmagadora (KAPLAN, SADOCK, 1993; GARCIA- ROSA, 1985).

A psicoimunologia adiciona na esquizofrenia conceitos relacionados a causas biológicas, como infecção na gravidez, ingestão de medicamentos abortivos, ente outros que podem ser motivos relevantes no desenvolvimento da doença, o que pôde ser observado em J.H., cuja mãe tentou abortá-lo através de medicamentos. Nesse período o feto pode ter inúmeras anomalias que se refletem após seu nascimento. A maior incidência de complicações pré-natais, perinatais e neonatais em pacientes esquizofrênicos apoiam o trauma como fator casual. Corroborando essa informação, em seu discurso, J.H. relata que teve várias infecções quando criança (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; FOUCAULT, 1978; GARCIA- ROSA, 1985).

Na esquizofrenia os distúrbios no processo de pensamento se referem à linguagem e ideias que são estabelecidos em experiências anteriores. Assim, a explicação para o paciente que tinha medo de sair de casa se relacionava a eventos de morte e brigas armazenados em sua memória, por meio da linguagem estabelecida em seu discurso parental. Da mesma forma, isso pode ser refletido na dificuldade de namorar por achar que as garotas tinham medo dele. Esse medo pode ser compreendido como uma manifestação e transferência de suas experiências e relações familiares. Sullivan, fundadora da escola de psicanálise interpessoal, cita que a esquizofrenia também tem como características a transferência de discursos que são estabelecidos no ambiente familiar, o que se reflete no desenvolvimento do hábito de fumar do entrevistado, que aderiu ao vício depois do contato com o pai como fumante (KAPLAN; SADOCK, 1993).

## CONCLUSÃO

Com isso, sugere-se como tratamento acompanhamento individual durante o período de hospitalização, a fim de diminuir o estresse do indivíduo, ajudando-o a estruturar suas atividades diárias com orientação prática, dirigida aos temas de situação vital, automanutenção, qualidade de vida, emprego e relacionamentos sociais.

Adicionalmente, em casos extremos, são sugeridos o uso de antipsicóticos, que são utilizados como tranquilizadores e visam a realização do tratamento físico e clínico do paciente em suas lesões orgânicas. Outras formas são os tratamentos psicossociais como a terapia comportamental buscam novas maneiras de reforçamento social, interpessoal, autossuficiência e habilidades práticas. há também as terapias em grupo que focalizam planos, problemas e relacionamentos na vida real do paciente.

O treinamento de habilidades sociais é fundamental porque possibilita a forma de atingir a sobrevivência e independência do indivíduo aprofundando relacionamentos socialmente gratificantes e a psicoterapia individual, como a psicanálise, a fenomenologia e a análise do comportamento, na busca por uma compreensão de seu potencial como indivíduo não importando suas perturbações, hostilidades e seus comportamentos bizarros. Diante dessa gama de abordagens, é indispensável o acompanhamento psicológico de pacientes como forma de aumentar a eficácia da terapêutica, de maneira pouco invasiva, e melhorar sua qualidade e expectativa de vida.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV**. São Paulo: Manole, 1994.

COHEN, L.; MANION, L.; MORRISON, K.. **Research Methods in Education**. Londres: Routledge, 2000.

DALGALARRONDO, P.. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERRARI, I. F.. Agressividade e violência. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, V. 18, n. 2, p. 49 – 62, 2006.

FERREIRA, E. P.. A separação amorosa: uma abordagem psicanalítica. **Psicanálise & barroco em revista**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 56-97, 2010.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F.. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latino Americana De Psicopatologia**, Rio de Janeiro, v., n. 1, p. 29 – 43, 2002.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. GARCIA-ROSA, L. A.. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985. KAPLAN, H.; SADOCK, B.. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R.. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem.

**Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 62, p. 367-373, 2009.

LOWY, M.. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista**. São Paulo: Conferências Pronunciadas na Pontifícia, 1991.

MONTEIRO, F. J.; MADEIRA, T.. Considerações sobre doença mental e comunicação social. **Análise Psicológica**, Lisboa, Vol. 25, n. 2, p. 97 – 109, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da cid 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS, 2002.

PHILLIPS, A.. **Louco para ser normal**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. RAMPAZZO, L.. **Metodologia científica**. São Paulo: Loyola, 2002.

SAMPAIO, R. F.. MANCINI, M. C.. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista brasileira de fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.

SANTOS, S. S. C., et al. Elaboração de prontuário do residente em uma instituição de longa permanência para idosos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 725-731, 2010.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ETILISMO FEMININO

**Joana Mendes de Andrade Augusto Lima<sup>1</sup> (PG), Denise Nunes Oliveira<sup>1</sup> (PG), Renata Adele de Lima Nunes<sup>1</sup> (PG), Rosendo Freitas de Amorim<sup>2</sup>(PQ).**

1. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

Email: joanaaugusto86@gmail.com.

Palavras-chave: *Etilismo Feminino*,

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o aumento de casos de dependência de álcool em mulheres tem preocupado autoridades médicas e sanitárias devido a sua importância no contexto da sociedade em relação às peculiaridades da mulher como centro dessa questão. Segundo dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em conjunto com a Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD), envolvendo as 108 maiores cidades do País, 6,9% das mulheres brasileiras são dependentes do álcool (CARLINI et al., 2006).

Dados do Vigitel (2015) apontam que a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, ocorrido nos últimos 30 dias antes da pesquisa continua sendo mais expressiva em homens, embora seja bastante expressivo também no sexo feminino. Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os indivíduos com idade entre 18 a 54 anos e tendeu a aumentar com o nível de escolaridade. Estes dados demonstram que o consumo de álcool em quantidade excessiva é um problema que atinge ambos os sexos em níveis elevados, e que a educação formal não se configurou como um fator de proteção contra o abuso do álcool.

Estudos recentes têm esboçado a realidade no tocante ao uso de drogas psicoativas em âmbito nacional apontando o álcool como a droga mais consumida. Entende-se o alcoolismo como consequência do uso abusivo de bebidas alcoólicas, tratada como uma doença crônica; com fatores genéticos, psicossociais e ambientais influenciando seu desenvolvimento e suas manifestações. A doença é geralmente progressiva, fatal, e caracterizada pela falta de controle sobre a bebida alcoólica, podendo servir de ponte para o uso de drogas ilícitas. (MORAES, 2008)

Necessário se faz tecer considerações sobre o termo alcoolismo, atentando para sua historicidade. A antropologia afirma a condição cultural do ato de beber, o que contrasta com a epidemiologia. Esta perspectiva é consolidada na medida em que a etnografia alcança os segmentos sociais dos próprios antropólogos. (ZANELLA, 2010)

## METODOLOGIA

A proposta desse artigo é fazer uma reflexão sobre as políticas do controle do álcool no Brasil, tendo como foco o consumo de álcool por mulheres. A fundamentação teórica é apresentada a partir de temas centrais como a etnografia do alcoolismo, de Zanella; as representações do ato de beber e o sexo feminino, de Campos e Reis; a promoção da saúde e as políticas públicas do álcool no Brasil, de Mangueira et al. Com este artigo, não pretendemos esgotar o assunto e nem produzir positivities sobre o tema, mas sim contribuir para o enriquecimento do debate e levantar possibilidades de ação. Chamamos a atenção para o fato de que o ser humano está em constante metamorfose, em suas esferas psíquica, social, econômica e biológica, e estas discussões não se propõem estanques, pelo contrário, necessitam de intervenções continuadas e pautadas pelo desejo de alcançar o entendimento destes processos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Zanella, conhecer os códigos sobre o consumo alcoólico não significa que compreendemos a visão de mundo dessas pessoas, seus pontos de vista e as regras sociais que estão por trás do beber. A etnografia não se resume ao simples método de trabalho antropológico; ela dá suporte à pesquisa, para que, partindo do reconhecimento da diversidade, possamos buscar especificidades. Esta abordagem oferece a possibilidade de

captar as nuances das relações que os indivíduos desenvolvem com as substâncias psicoativas de suas preferências. Outra nuance reportada por este autor diz respeito ao valor que é atribuído às relações sociais construídas no ambiente do bar. Através de suas observações, percebe-se que as pessoas valorizam essas relações específicas. Outro achado foi o de que o status dos frequentadores dentro dos bares não necessariamente se relaciona com o que os mesmos possuem fora dos estabelecimentos.

Campos e Reis (2010) descrevem que existe uma representação da mulher que faz uso considerado abusivo do álcool como uma mulher que não “gosta de fazer nada” e que, portanto, não desempenha seu papel social de mãe e esposa; não se comporta como uma mulher considerada “honestas”. Outros trabalhos dos mesmos autores já haviam descrito um leque de representações que reforçam a ideia de que “lugar de mulher” é em casa, e que o alcoolismo compromete o desempenho de suas responsabilidades no ambiente familiar.

Os pressupostos construídos sob diversas perspectivas (biológicas, culturais, sociais e econômicas) têm considerado o lugar da mulher na sociedade, a afirmação da virilidade com o hábito de beber, o uso do álcool como ansiolítico entre os homens e o preconceito que cerca o consumo de álcool por mulheres. O uso de álcool por mulheres, por sua vez, inclui um conjunto de aspectos relacionados ao gênero feminino no espaço social e o ser mulher alcoolista, numa relação em que há um confronto entre o plano de identidade e os processos de subjetivação predominante de gênero, onde a questão da violência doméstica se mostra de forma significativa. Dessa maneira, o beber feminino relaciona-se com a maneira de encarar diferentes experiências e o abandono daquilo que a tormenta, enfrentando a violência e a desproteção, tentando assim ser uma pessoa mais feliz e extrovertida; mesmo tendo um comportamento socialmente isolado e deprimido. Além do mais, ao compararmos o apoio dado por familiares e amigos ao tratamento, é notório que os homens recebem um maior amparo do que as mulheres, sendo as perdas pessoais, sociais e profissionais sofridas consideradas prognósticas para a adesão ao tratamento. (LIMA et al., 2010)

De acordo com Manguiera et al.(2015), historicamente as políticas públicas se configuram em duas práticas principais: o proibicionismo e a redução de danos. As políticas proibicionistas têm como objetivo a atuação sobre condutas e habilidades através de intervenções diretas; elas acreditam que o abuso alcoólico está relacionado com problemas de saúde ou ao distanciamento ético, e são representados pelo absolutismo das ações propostas.

Estas políticas se coadunam com as ideias do paradigma foucaultiano, para quem a intervenção médico-sanitária é utilizada como estratégia para ordenar a relação entre o Estado e os indivíduos, e está legitimada porque produz positividade, resolve problemas e possui certa eficácia curativa (FOUCAULT, 2003).

Em contraponto, as políticas de redução de danos enfocam intervenções realistas e pragmáticas, reconhecendo que o consumo do álcool pode não ser interrompido e busca estratégias que sejam factíveis. Destaca-se que tais estratégias são complementares e não substitutas das ações regulatórias (Ministério da Saúde, 2004).

A partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pela Portaria MS/GM no. 687, de 30 de março de 2006 que fortaleceu a relação do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Após exaustivos diálogos com as demais políticas, com setores governamentais e não governamentais, e a sociedade civil, a PNPS aponta oito temas designados como prioritários, sendo um deles: “V. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas: Promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e de outras drogas, corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais e sociais.” (Ministério da Saúde, 2015).

No Brasil, diversas tentativas de ações de controle do abuso do álcool têm sido propostas. Em 2007, foi instituída Política Nacional sobre o Álcool, que tem como fim a sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, de forma a contemplar a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados por esse consumo, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (Decreto n. 6117, 2007a).

Em 2011 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Plano de Ações Estratégicas das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, visando preparar o Brasil para deter e controlar as doenças crônicas não transmissíveis que, no país, constituem a causa de 70% das mortes. Como resposta a esse desafio das DCNT, o Ministério da Saúde desenvolveu e apresentou nesse plano importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, incluindo a prevenção do uso abusivo do álcool. Nesse plano destaca-se o consumo nocivo do álcool como um dos fatores de risco para as principais doenças crônicas não transmissíveis, ficando estabelecida como meta nacional proposta a redução da prevalência do consumo nocivo do álcool. Foram determinadas como principais ações o fortalecimento da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do álcool, intensificação de ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, fortalecimento de ações educativas do Programa Saúde na Escola relacionadas à prevenção e redução do uso de

álcool, e apoio à legislação local de controle de pontos de vendas de álcool e horário noturno de fechamento de pontos de comércio de álcool. (Brasil, 2011).

Considerando-se os efeitos nocivos do uso do álcool devemos enfatizar ainda as diferenças fisiológicas do seu metabolismo entre os gêneros. O álcool é bem absorvido pelas vias digestivas e respiratórias e se distribui rapidamente por todos os tecidos sendo metabolizado principalmente no fígado e no trato gastrintestinal. No trato gastrintestinal, cerca de 20% do álcool ingerido é metabolizado no estômago pela ação da álcool desidrogenase (ADH) da mucosa gástrica gerando acetaldéido. Como as mulheres possuem menos ADH na mucosa gástrica, dessa forma, menor capacidade de metabolizar o álcool no estômago, do que os homens, esse fato as torna mais susceptíveis aos efeitos lesivos do álcool. (BOGLIOLO , 2016).

## CONCLUSÃO

O uso do álcool está relacionado com uma série de valores, representações e organizações sociais, e o ato de beber assume diferentes configurações nos gêneros masculino e feminino. A mulher usuária de álcool é tida como pouco feminina, negligente com suas funções sociais e familiares. O ato de beber em mulheres geralmente está relacionado à fuga do sofrimento, resistência contra a violência e desejo de ficar mais sociável, embora contraditoriamente leve a comportamento depressivo e autodestrutivo. Adicionalmente, as mulheres enfrentam maior preconceito na busca de tratamento contra o vício em álcool. Por todas essas questões, torna-se evidente que é essencial a estruturação de políticas voltadas para essa população.

As políticas públicas tradicionalmente direcionadas para minimizar os danos ocasionados pelo álcool podem assumir um caráter proibicionista ou de redução de danos; essas duas abordagens do problema já foram utilizadas no Brasil, simultaneamente ou em momentos diversos, cada uma atingindo certo percentual de sucesso, porém ainda restando especificidades não contempladas pelos programas.

O sucesso das intervenções públicas deve se pautar pelo respeito à autonomia dos sujeitos e o conhecimento dos aspectos sociais, de gênero, culturais e biológicos envolvidos com o consumo abusivo do álcool.

## REFERÊNCIAS

- BOGLIOLO, L. Bogliolo: patologia. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2015: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015 [recurso eletrônico]– Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS. Revisão da Portaria MS/GM no. 687, de 30 de março de 2006, Brasília – DF, 2015.
- CAMPOS, E.A.; REIS, J.G. Representations on the use of alcohol among women undergoing treatment at a reference center in the city of São Paulo, Brazil. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.539-50, jul./set. 2010.
- CARLINI, E.A. et al. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2005. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/ Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo, 2006.
- Decreto n. 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil. 2007.
- FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.
- LIMA, HP; BRAGA, VAB; CARVALHO, LV; MORAIS, ACO. SIGNIFICADOS DO FEMININO NO DISCURSO DE ALCOOLISTAS E A INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.19, n.3, p.496-503. Jul-Set, 2010.
- MANGUEIRA, S.O.; GUIMARÃES, F.J.; MANGUEIRA, J.O.; FERNANDES, A.F.C.; & LOPES, M.V.O.
- Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: Revisão integrativa da literatura. *Psicologia & Sociedade*, v.27, n.1, p.157-168. 2015.
- Ministério da Saúde. (2004). Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em desenvolvimento. Brasília: Autor.
- MORAES, LMP. Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico: grupo como estratégia do cuidar.



Fortaleza, 2008. 242p. Tese (Doutoramento em Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.

ZANELLA, ED. Proibido pra chão: Etnografia sobre o consumo de bebidas alcoólicas em um “bar de bairro”. Porto Alegre, 2010. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais). Departamento de Antropologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos à Unifor pela oportunidade de apresentar este trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ESPAÇOS PÚBLICOS COMO OPORTUNIDADES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA POR ADULTOS JOVENS ESCOLARES DE FORTALEZA-CEARÁ

**Camila Brasileiro de Araújo Silva\*<sup>1</sup>, Raquel Sampaio Florêncio<sup>1</sup>, Leandro Araújo Carvalho<sup>1</sup>, Luilma Albuquerque Gurgel<sup>2</sup> e Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>2</sup>.**

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

2. Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará

Email: \*camilabrasileiro19@gmail.com

Palavras-chave: Atividade motora. Estilo de vida sedentário. Saúde ambiental. Adulto jovem.

### INTRODUÇÃO

Os benefícios da prática de atividade física (AF) para a saúde e qualidade de vida da população já são bem conhecidos (SILVA et al, 2016). Entretanto, estudos têm demonstrado redução dos níveis de atividade física (COELHO et al, 2012; QUEIROZ et al, 2014; SOUZA, 2014), este fato, tem levado os pesquisadores a tentar entender melhor o comportamento humano em relação à prática de AF e os fatores que possam interferir neste comportamento (NAHAS, 2013).

Estudar o comportamento humano relacionados à atividade física é algo complexo, pois existem inúmeros fatores que predisõem ou dificultam, destacando-se: o conhecimento, a atitude, as experiências anteriores, o apoio social de familiares e amigos, as barreiras percebidas (falta de tempo, distância até o local da prática, falta de recursos financeiros, entre outras), as normas sociais (leis, regras e regulamentos) e a disponibilidade de espaços e instalações (fatores ambientais) (NAHAS, 2013).

Os fatores ambientais vêm sendo estudados como fatores que podem predispor a modificação comportamental quanto à prática de AF, como por exemplo, residir próximo a lugares atraentes como áreas verdes ou mar, pode aumentar o interesse pela prática de atividade física nestes locais (LIMA et al., 2014). Espaços públicos abertos como praças também representam oportunidade para a prática de atividades físicas por serem gratuitos e de fácil acesso a comunidade de diferentes níveis sociais (MCCORMACK, 2010).

Neste sentido, importante revisão sistemática concluiu que em idade mais jovem a prática de atividade física está associada ao uso de espaços públicos abertos (FIRMINO; REIS, 2013). A presença e acesso a estes locais está relacionado a um melhor bem estar físico, psicológico e social, além de melhorar os níveis de atividade da população (HINO et al, 2011). Portanto, são locais ideais para o desenvolvimento de programas que visam à promoção de estilo de vida ativo em jovens.

Diante do exposto, o estudo teve por objetivo analisar a associação entre o nível de atividade física e percepção do ambiente como oportunidade para a prática de atividade física por adultos jovens escolares. Esta temática é relevante no sentido de implementação de políticas públicas que visem à promoção à saúde em espaços públicos a fim de atrair indivíduos em idade escolar para a prática de atividade física

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de associação (VOLPATO, 2015), com abordagem quantitativa realizado com adultos jovens matriculados em escolas da Secretaria Estadual de Educação do Ceará (SEDUC) de Fortaleza-Ceará-Brasil.

Considerando-se que o número total de jovens escolares de Fortaleza foi desconhecido, optou-se por definir a amostra com base no cálculo para populações infinitas. Foram considerados os seguintes critérios para o cálculo amostral: a) nível de confiança de 95%; b) erro amostral de 4% e c) prevalência do fenômeno de 50% (devido o desconhecimento da prevalência do fenômeno). Com base no resultado do cálculo, chegou-se a uma amostra de 600 adultos jovens escolares, sendo acrescentado 10% referente as possíveis perdas, ficando com uma amostra 660.

Foram incluídos no estudo, adultos jovens matriculados em instituição de ensino regular básico ou EJA da rede pública da cidade de Fortaleza, com idades entre 20 a 24 anos e que concordaram em fazer parte da pesquisa. Foram excluídos os que não compareceram ao dia da coleta, gestantes, bem como aqueles que se locomoviam por meio de cadeiras de rodas, pois poderia comprometer os resultados do nível de atividade física.

Para a coleta de dados foram utilizados dois questionários estruturados: 1) Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – Versão Curta, para coletar os dados referentes ao nível de atividade física, sendo utilizado classificado como insuficientemente ativo (com escore <150 minutos por semana) e fisicamente ativo (escore ≥150 minutos por semana) e 2) questionário referente aos aspectos individuais e sociais de adultos jovens escolares (MATSUDO, 2001), tratando de questões referentes às características sociodemográficas e econômicas em geral, como também, questões relacionadas à percepção ambiental para a prática de atividade física (FLORÊNCIO, 2014).

Foi realizada análise bivariada (teste Qui-quadrado de Pearson, considerando nível de significância de 5%) entre a variável atividade física e percepção ambiental para a prática de atividade física, além da frequência simples e relativa de todas as variáveis estudadas. Verificou-se ainda, a força da associação entre as variáveis, por meio do cálculo da razão de chances (oddsratio), com os respectivos intervalos de confiança.

A pesquisa seguiu todas as recomendações éticas de acordo com o preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 (BRASIL, 2012), sendo o projeto aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, no parecer de nº 662.105/2014.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 660 adultos jovens escolares que fizeram parte do estudo, verificou-se que a mediana da renda per capita familiar foi menor que dois salários mínimos (R\$ 1.300,00), pouco mais da metade dos jovens eram mulheres (51,2%, n 338), 78% (n 513) solteiros, 79,8% (n 525) não possuíam filhos, 66,3% (n

432) exerciam atividade remunerada além dos estudos e 66,9% (n 438) referiram ser da raça parda.

No que se refere ao nível de atividade física, verificou-se que 35,6 % (n=235) são fisicamente inativos (Gráfico I).

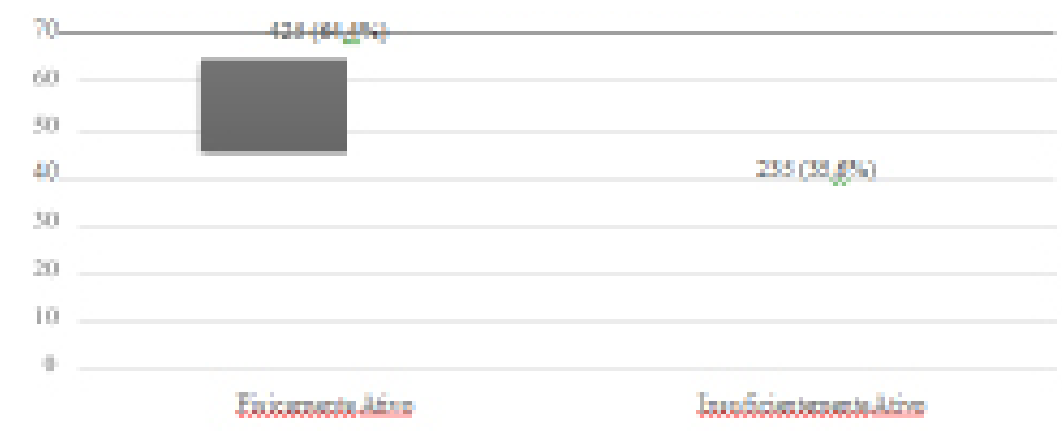


Gráfico I. Nível de atividade física de adultos jovens escolares. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

Fonte: Próprio autor

Percebe-se pelo gráfico alta frequência de adultos jovens fisicamente ativos, possível justificativa para tal fato pode estar relacionado ao clima de Fortaleza ser favorável para a prática de atividade física. Em pesquisa realizada com 1229 adolescentes escolares do município de Rio Verde-Goiás, lugar com clima considerado quente, observou-se alta prevalência (77,7%) de indivíduos fisicamente ativo (SILVA, 2012). O que mostra que o fator climático pode interferir positivamente no nível de AF, já que em lugares com climas mais quentes, como em Goiás e Fortaleza, os indivíduos tendem a fazer mais exercícios, podendo praticá-los em espaços públicos, como praças e calçadões.

A percepção do ambiente para a prática de atividade física é um tema também analisado nesta pesquisa. Observou-se que grande parte dos estudos relacionados à influência do ambiente sobre a prática de atividade física é baseada na percepção das pessoas (FLORINDO et al., 2011). A percepção do ambiente refere-se à noção que o indivíduo tem sobre seu entorno, ou seja, como ele percebe as características do ambiente físico onde ele mora (HINO; REIS; FLORINDO, 2010). A percepção do ambiente para a prática de atividade física por adultos jovens foi analisada por meio de três variáveis: existência de praças, academias e programas de atividade física.

A tabela I apresenta os resultados do teste de associação entre o nível de atividade física e percepção de ambiente para prática de atividade física.

Tabela I. Teste de associação entre o nível de atividade física e a percepção de ambiente para prática de atividade física. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	Nível de Atividade Física		p-value	Odds ratio
	Ativo f(%)	Inativamente Ativo f(%)		
<b>Existência de Praças</b>				
Sim	316 (96,7)	158 (33,3)	0,046*	1,426
Não	188 (58,4)	77 (41,6)		
<b>Existência de Academia</b>				
Sim	390 (64,7)	213 (35,3)	0,488	
Não	33 (60)	22 (40)		
<b>Existência de Programas</b>				
Sim	138 (65,7)	72 (34,3)	0,695	
Não	279 (64,1)	158 (35,9)		

\*significativo ( $p < 0,05$ ) e intervalo de confiança de 95% [1,006-2,022],

Fonte: Próprio autor

Os resultados desta pesquisa mostram que os adultos jovens que percebiam a existência de praças próximas de casa possuíam 1,426 vezes mais chances de serem ativos ( $p=0,046$ )[IC95%=1,006- 2,022]. Esses achados ressaltam a importância de existirem espaços públicos bem estruturados, pois podem contribuir para melhorar os níveis de AF de toda a população, já que o acesso é gratuito e livre.

Ressalta-se a importância de políticas públicas para melhorar a segurança nestes locais, pois esta é uma barreira para a prática de atividade física, independentemente da proximidade dos espaços públicos (LIMA et al., 2013).

Este estudo não verificou associação entre a percepção da existência de programas e a prática de atividade física ( $p=0,695$ ). No entanto, programas como “Academia da Cidade” que possui objetivo de promover a saúde, o convívio social, a cultura e a qualidade de vida da população, tem proporcionado o interesse da população pela prática de atividade física em diversas regiões do Brasil (HALLAL et al., 2010).

Com isso, percebe-se que para que haja uma melhora nos níveis de AF da população, há a necessidade da criação de condições favoráveis para a prática de AF como maior oferta de espaços públicos destinados ao lazer, bem como a criação de programas de AF, tanto pelo poder público quanto pelo privado, para que se promova a otimização destes locais e participação de todos.

## CONCLUSÃO

A percepção da existência de praças próximas ao ambiente onde vive, está associada a adultos jovens escolares ativos. Logo, para a promoção da atividade física nas cidades é fundamental a criação e/ou valorização de espaços públicos para o lazer ativo, tais como, praças, parques, academias e quadras. Temos indícios para acreditar que a criação ou a melhor divulgação de programas e ações que estimulem a promoção de estilos de vida ativo é estratégia fundamental para que a saúde pública no Brasil reduza desigualdades e as dificuldades de acesso a serviços públicos que melhorem os níveis de atividade física e ampliem a percepção dos indivíduos sobre as diversas possibilidades de ações e ferramentas em busca da saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

COELHO, L.G.; CANDIDO, A. P. C.; MACHADO-COELHO, G. L. L. ;FREITAS, S. N. Associação entre estado nutricional, hábitos alimentares e nível de atividade física em escolares. J. Pediatr. (Rio J.) [online], vol.88, n.5, p. 406-412, 2012.

FERMINO, Rogério; REIS, Rodrigo. Variáveis individuais, ambientais e sociais associadas com o uso de espaços públicos abertos para a prática de atividade física: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 18, n. 5, p. 523, 2014.

- FLORENCIO, R. S. Excesso ponderal em adultos jovens escolares: uma análise a partir das vulnerabilidades individuais [dissertação]. Fortaleza (CE): Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Estadual do Ceará, 2014.
- FLORINDO, A. A.; SALVADOR, E. P.; REIS, R. S.; GUIMARÃES, V. V. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. *Rev saúde pública*, v. 45, n. 2, p. 302-310, 2011.
- HALLAL, P. C.; TENÓRIO, M. C. M.; TASSITANO, R. M.; REIS, R. S.; CARVALHO, Y. M.; CRUZ, D. K. A.; MALTA, D. C. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saude Publica*, v. 26, n. 1, p. 70-78, 2010.
- HINO, A. A. F.; REIS, R. S.; FLORINDO, A. A. Ambiente construído e atividade física: uma breve revisão dos métodos de avaliação. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, v. 12, n. 5, p. 387-394, 2010.
- HINO, ADRIANO AF et al. The built environment and recreational physical activity among adults in Curitiba, Brazil. *Preventive medicine*, v. 52, n. 6, p. 419-422, 2011.
- LIMA SÍRIO BOCLIN, Karine; FAERSTEIN, Eduardo; MONTEIRO PONCE DE LEON, Antônio Carlos. Características contextuais de vizinhança e atividade física de lazer: Estudo Pró-Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 2, 2014.
- LIMA, A. V.; FERMINO, R. C.; OLIVEIRA, M. P.; RODRIGUEZ AÑEZ, C. R.; REIS, R. S. Distância percebida até as instalações de lazer e sua associação com a prática de atividade física e de exercícios em adolescentes de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad. saúde pública*, v. 29, n. 8, p. 1507-1521, 2013.
- MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*, v. 6, n. 2, p. 05-18, 2001.
- MCCORMACK, GAVIN R. et al. Characteristics of urban parks associated with park use and physical activity: a review of qualitative research. *Health & place*, v. 16, n. 4, p. 712-726, 2010.
- NAHAS, M. V. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 6. ed. Londrina: Midiograf, 2013.
- QUEIROZ, B. M.; COQUEIRO, R. S.; NETO, J. S. L. ; BORGATTO, A. F. ; BARBOSA, A. R. ; FERNANDES, M. H. Inatividade física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Brasil, v. 19, n. 8, p. 3489-3496, 2014.
- SILVA, MARCELO et al. Fontes de informação sobre benefícios à prática de atividade física e fatores associados em adolescentes: estudo de base escolar. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 21, n. 3, p. 237-245, 2016.
- SILVA, R. C. D.; LÓPEZ, R. F. A.; PEREIRA, F. S.; SILVA, M. D. F. R.; MACEDO, A. V. Perfil lipídico e nível de atividade física de adolescentes escolares. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 24, n. 4, p. 384-389, 2012.
- SOUZA, I. L. ; FRANCISCO, P. M. S. B.; LIMA, M. G. ; BARROS, M. B. A. Nível de inatividade física em diferentes domínios e fatores associados em adultos: Inquérito de Saúde no Município de Campinas (ISACamp, 2008/2009), São Paulo, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online], vol.23, n.4, pp. 623-634. 2014. VOLPATO, G. L. O método lógico para redação científica. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 9, n. 1, 2015.

## AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro, à Secretaria Estadual de Educação do Ceará, às escolas participantes e adolescentes pela oportunidade de desenvolver este estudo, e a Universidade Estadual do Ceará.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS INTEGRANTES DE ATIVIDADE GRUPAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM ÁREA PERIFÉRICA DE FORTALEZA.

Glória Maria Almeida Oliveira<sup>1\*</sup>, Talita Matias Barbosa Cavalcante<sup>2</sup>, Sarah Raquel Dourado de Aragão<sup>3</sup>, Alline Ramos Araújo<sup>4</sup>, Niélia de Sousa Almeida<sup>5</sup>, Maria Josefina da Silva<sup>6</sup>

1. \*Enfermeira, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza – Ceará – Brasil.

2. Doutorado em Farmacologia. Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Enfermeira, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza- Ceará- Brasil

4. Especialista em Enfermagem do Trabalho (UECE). Fortaleza- Ceará- Brasil

5. Enfermeira, Faculdade Metropolitana de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil.

6. Enfermeira, Coordenadora do Projeto de Pesquisa intitulado Práticas Cuidativas da Pessoa Idosa, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-Ceará-Brasil

Email: gloriaejo@hotmail.com

Palavras-chave: Idoso. Promoção da saúde. Grupo.

### INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo vital e inerente a todos os seres humanos. Sendo uma etapa dinâmica da vida, integrante de um ciclo natural, considerada única, diferenciada, progressiva e irreversível. Este processo está ligado intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (FRAIMAN, 2004; FECHINE, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) até 2025 o Brasil será o sexto país no mundo com o maior número de idosos. Como o envelhecimento tem se tornado uma das principais conquistas das últimas décadas, observa-se a necessidade de desenvolver estudos e incentivar a participação dos idosos nas atividades desenvolvidas pelos grupos (BOTH, 2012).

As atividades de grupo são de extrema importância para o idoso, pois elas trazem inúmeros aspectos positivos como um espaço de acolhimento, escuta e atenção. Além de funcionar como um espaço de educação contínua em saúde e como rede de disseminação de informações importantes para o idoso (BOTH et al., 2011).

Assim, a participação de idosos em atividades grupais é uma estratégia para a promoção da saúde, inclusão social e lazer. Com relação aos aspectos relativos à saúde, estar inserido em um contexto social é muito importante, uma vez que o indivíduo idoso comumente apresenta polipatologias crônicas e estar em um espaço grupal favorece a prevenção de complicações decorrentes do processo de envelhecimento ou de adoecimento, as quais podem levar o idoso a limitações físicas e psíquicas, comprometendo sua capacidade funcional e a qualidade de vida. Além disso, o grupo pode contribuir para a promoção da saúde e prevenção de doenças, que frequentemente acometem o idoso (BOTH et al., 2012).

Diante do que foi exposto, observa-se que o presente estudo torna-se relevante, pois com o conhecimento do perfil sociodemográfico de idosos de um determinado grupo é possível traçar novas estratégias que facilitem a participação desta população e com intervenções de enfermagem futuras direta ou indiretamente, buscando assim a promoção da saúde e bem-estar desta população.

### METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada através de entrevista onde foi possível traçar o perfil sociodemográfico e estrutura familiar dos idosos com as seguintes informações: nome, idade, estado civil, escolaridade, renda, existência de doenças crônicas, uso de medicamentos, estrutura familiar, profissão e período de participação no grupo através de um instrumento de coleta elaborado pelos entrevistadores e autores do estudo. Estes dados foram coletados, primeiramente, no prontuário do idoso e as informações adicionais junto ao próprio sujeito.

O presente estudo teve como lócus um centro pertencente a uma universidade localizada em Fortaleza. Este centro oferece a população local, constituída em sua maioria por pessoas de baixa renda, promoção e assistência à saúde por meio de atividades realizadas por profissionais e estudantes da área da saúde, além de incentivo à pesquisa e desenvolvimento científico. Este local foi escolhido de forma intencional por se tratar de um grupo sólido e com longo período de existência e por ser vinculado a universidade como projeto de extensão. São realizados encontros semanais, há dezesseis anos, com pessoas idosas onde há um aprofundamento das relações de amizade e companheirismo.

A amostra foi constituída por idosos que compareceram ao grupo no período de coleta de dados que iniciou-se em agosto de 2014 até o último encontro de outubro. Os idosos contatados que aceitaram participar da entrevista foram 15. Participaram da pesquisa dentre outros critérios, indivíduos do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos e que participam do grupo e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão foram participantes abaixo de 60 anos e que não tenham comparecido ao grupo no período de coleta de dados. A coleta de dados teve início após esclarecer para a Coordenação da instituição, quais os objetivos do estudo e suas contribuições para o cuidado da saúde do idoso seguido da sua autorização.

Após esta etapa, foi feito contato com os docentes que coordenam o grupo para então iniciar a coleta das informações. Primeiramente foi realizada a busca de dados no prontuário. As informações posteriores a busca de dados foi realizada no espaço do grupo ou na residência do entrevistado de acordo com sua preferência. Foi propiciado um espaço adequado para a realização da coleta.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos sujeitos participantes foi traçado a partir do levantamento das características das 15 mulheres idosas entrevistadas. Em relação à idade, a maioria (8) estava na faixa de etária acima de 70 anos e a mais idosa com 83 anos. Observa-se que o grupo ainda é atraente para uma idosa de 83 anos, idade em que as limitações inerentes à velhice aparecem com mais intensidade. Considerando que o entorno onde o grupo se reúne é limitado quanto a transporte, calçadas adequadas e outros equipamentos que facilitem o traslado do idoso, reforça a relevância da participação no grupo por parte destes. Os idosos com maior idade podem apresentar maiores chances de desenvolver incapacidades funcionais, o que prejudica a sua independência para a participação em atividades junto à comunidade (SANTOS et al., 2007). Todas as entrevistadas eram do sexo feminino. Com relação ao estado civil apenas uma era solteira, 6 casadas e igualmente 6 viúvas. A viuvez é mais frequente em mulheres idosas uma vez que a mulher tem mais dificuldade em contrair um novo casamento. A maior participação das mulheres idosas em atividades de grupo pode ser em decorrência da viuvez, que contribui para ampliar a ociosidade, reduzir as responsabilidades e obrigações domésticas (DOIMO; DERNTL, 2008).

Com relação à religião, 10 das entrevistadas se diziam católicas, 3 evangélicas, espírita (1) e adventista (1). No que diz respeito à escolaridade, o tempo de estudo de até 4 anos de estudo, que, na época em que estudaram, correspondia ao primário foram 4. Uma declarou que não estudou. As demais

(10) ou concluíram ou iniciaram o período do ginásial (GHIRALDELLI, 2000). A fonte de renda das entrevistadas foi declarada como aposentadoria por tempo de serviço (3), pensão por viuvez (2) e as demais (6) são beneficiárias da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Um dos objetivos da LOAS, de acordo com o Artigo 2 da LEI nº 12.435, de 2011 parágrafo I item e), é a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2011) Quatro ainda exercem trabalho remunerado. O valor desta renda pessoal é de 1 salário mínimo para 9 entrevistas, entre 1 e 2 salários 4 entrevistadas e duas declararam não ter renda. Levando em consideração que a renda do idoso pode limitar o acesso ao lazer e melhoria da qualidade de vida, as atividades desenvolvidas na comunidade e nos serviços de saúde pode se constituir em uma das poucas opções de socialização dos idosos (DIAS; TAVARES, 2013). Pessoas idosas são excluídas pelo mercado de trabalho. E este mercado, é o primeiro a excluí-los por considerar a pessoas idosas defasadas e com menor capacidade de produção. (JARDIM, 2007)

Com relação à renda familiar, 1 entrevistada refere não saber a renda das pessoas que convivem com ela. Oito tem renda familiar de 1 salário mínimo, acima deste até 2 salários, 4 e acima de 2 salários, 2. Observa-se que para a maioria dos idosos a renda pessoal é a mesma da familiar. Quase todos com 1 salário mínimo de renda. Este fato repercute na qualidade de vida das idosas uma vez que há um consumo maior de medicamentos e necessidade de uma nutrição adequada na velhice. Ao ser a única fonte de renda da família, a idosa abdica de usufruir seus rendimentos para dividir com os demais membros da família. Quando confrontado com a renda pessoal dos residentes com a idosa, observa-se que alguns têm seus rendimentos apenas para uso pessoal, não sendo incluído na renda familiar. Isto é motivo de ressentimento do idoso que se vê obrigado a dividir o pouco que tem sem a recíproca por parte de seus familiares.

Resultados semelhantes foram encontrados por Silva (2011) cujo perfil sociodemográfico de idosos que participam de grupos de convivência obtidos em seu estudo corresponde predominantemente a mulheres, com idade acima de 70 anos, em sua maioria casada e com renda própria.

Com relação às doenças diagnosticadas, 1 entrevistada relata não ter nenhuma doença, 8 entrevistadas referem ter de 1 a 3 doenças diagnosticadas, 4 entrevistadas referem ter de 4 a 6 doenças diagnosticadas. As doenças referidas com mais frequência foram: diabetes, hipertensão arterial e osteoporose. Quando mais avançado o envelhecimento, maiores são as chances da pessoa idosa desenvolver uma doença crônica. Oitenta por cento dos idosos têm pelo menos uma doença diagnosticada pelo médico e 50,4% têm duas doenças (IBGE, 2010).



Quanto ao número de medicações, 8 dos idosos entrevistados fazem uso de 1 a 3 medicações diárias. Com relação ao tempo de participação no grupo 9 das entrevistadas referem participar do grupo em um período de 9 a 16 anos. O que constata que o grupo esteve presente na maior parte de todo período do envelhecimento do idoso.

## CONCLUSÃO

Com o crescente do número de idosos decorrente do aumento da expectativa de vida no Brasil, fazem-se necessárias estratégias em saúde que visem à interação, educação, à prevenção e principalmente à promoção da saúde desta faixa etária, visando à manutenção da independência e autonomia. As atividades grupais contribuem para este fim. Observou-se, também, que grande parte dos idosos que participam do grupo em questão são do sexo feminino, levando a concluir que a busca por integração de participantes do sexo masculino deve ser estimulada.

O conhecimento do perfil sociodemográfico dos idosos participantes de atividades grupais permitem aos profissionais de saúde trabalharem de acordo com esses achados como, também, das deficiências encontradas com o objetivo de tornar o processo do envelhecimento mais ativo possível, promovendo a autonomia e saúde a esta população.

## REFERÊNCIAS

- Inserir BOTH, J. E.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L.; BEUTER, M.; GROSMANN, G. E. Percepção de velhice na voz de idosos inseridos em grupos de terceira idade. **Rev. Pesq.: Cuid. fundam.**, v.4, n. 4, p. 3043-51,2012.
- BOTH, J.E.; LEITE, M.T.; HILDEBRANDT, L.M.; LUFT, A.C. P.; JANTSCH, B.S.L.GRUPOS DE CONVIVÊNCIA:Uma Estratégia de Inserção do Idoso na Sociedade. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p.995-998, 2011.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **LOAS Lei Orgânica de Assistência Social**. Brasília, 2011. p.8.
- DIAS, F.A.; TAVARES, D.M.S. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n.2, p.70-77, 2013.
- DOIMO, L.A.; DERNTL, A.M, LAGO.;O.C. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, n 4, p. 1333-42, 2008
- FECHINE, A. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista científica internacional*, v. 1, n. 7,2012
- FRAIMAN, A. P. Coisas da Idade. Alexa Cultural. São Paulo. 2004
- GHIRALDELLI JÚNIOR, P. **História de Educação**. 2. ed.São Paulo: Cortez, 2000
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA(IBGE). **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- OMS. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2005.
- SANTOS, K.A.; KOSZUOSKI, R.; DIAS DA COSTA, J.S.; PATUSSI, M.P. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde** , v.23, n. 11, p.2781-88, 2007.
- SOUZA, A.M.A. Coordenação de Grupos: Teoria,Prática e Pesquisa.Expressão Gráfica Editora.p.69, v.1. Fortaleza-Ceará; 2011

## AGRADECIMENTOS

Ao PIBIC e CNPQ pelo apoio financeiro.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A IMPORTÂNCIA DE ATIVIDADES GRUPAIS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS EM ÁREA PERIFÉRICA DE FORTALEZA.

Glória Maria Almeida Oliveira<sup>1\*</sup>, Talita Matias Barbosa Cavalcante<sup>2</sup>, Katharine Bezerra Dantas<sup>3</sup>, Tamires Mesquita de Sousa<sup>4</sup>, Niélia de Sousa Almeida<sup>5</sup>, Maria Josefina da Silva<sup>6</sup>.

1. \* Enfermeira, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza – Ceará – Brasil. gloriaejo@hotmail.com

2. Doutoranda em Farmacologia, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil, talitamarias12@hotmail.com

3. Especialista em Saúde da Família, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Fortaleza-Ceará-Brasil, katharinedantas@yahoo.com.br

4. Especialista em Saúde Materno-infantil, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará- Brasil, tamires.mesquita@yahoo.co

5. Enfermeira, Faculdade Metropolitana de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil.m.br

6. Professora Dr<sup>a</sup>, Coordenadora do Projeto de Pesquisa intitulado Práticas Cuidativas da Pessoa Idosa, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-Ceará-Brasi.mjosefina@terra.com.br

Email: gloriaejo@hotmail.com

Palavras-chave: Promoção da saúde. Idoso. Atividade grupal.

### INTRODUÇÃO

Hoje há 26 milhões de idosos (12,5% da população) no Brasil. Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os idosos serão 29% em 2050, quando esse grupo somará 66 milhões de indivíduos. As doenças associadas ao envelhecimento devem se tornar mais frequentes, em paralelo em que mais pessoas terão mais saúde por mais tempo, mudando o panorama laboral, que exigirá mais flexibilidade e capacidade de adaptação de pessoas, mercado de trabalho e Estado. (PIVETTA; ZORZETTO, 2017).

Como o envelhecimento tem se tornado uma das principais conquistas das últimas décadas, observa-se a necessidade de desenvolver estudos e incentivar a participação dos idosos nas atividades desenvolvidas pelos grupos (BOTH, 2012).

A participação de idosos em grupos é muito importante, independente do gênero sexual ou idade e são nas experiências de novas atividades em grupo que eles sentem mais satisfação. Isso influencia na manutenção de um estilo de vida mais saudável e no retardo do envelhecimento (MENESES et al., 2013).

Neste sentido, as atividades desenvolvidas nos grupos podem auxiliar na atenção à saúde do idoso com comorbidades, priorizando a promoção à saúde e prevenção de complicações (DIAS; TAVARES, 2013).

Diante do que foi exposto, observa-se que o presente estudo torna-se relevante, pois com o conhecimento das possíveis mudanças com relação à percepção de saúde dos idosos após participação em grupo de convivência contribuirá com possíveis intervenções de enfermagem futuras direta ou indiretamente, buscando assim o aumento das condições de saúde, bem-estar e o fortalecimento das relações interpessoais.

### METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O acesso as informações se deu por meio de entrevistas baseadas em um questionário com perguntas abertas utilizando-se gravação em áudio após permissão do idoso. Não houve nenhuma recusa em utilizar estes recursos. Posteriormente foi transcrita preservando o sigilo da identidade dos participantes. Para garantir o anonimato dos participantes, os idosos foram codificados com o nome de uma flor, por eles mesmos escolhida.

O presente estudo teve como lócus um centro pertencente a uma universidade localizada em Fortaleza. Este centro oferece a população local, constituída em sua maioria por pessoas de baixa renda, assistência à saúde por meio de atividades realizadas por profissionais e estudantes da área da saúde. Além de incentivo à pesquisa e desenvolvimento científico. Este local foi escolhido de forma intencional por se tratar de um grupo sólido e com longo período de existência e por ser vinculado a universidade como projeto de extensão e promoção da saúde. São realizados encontros semanais, há dezesseis anos, com pessoas idosas onde há um aprofundamento das relações de amizade e companheirismo.

A amostra foi constituída por idosos que compareceram ao grupo no período de coleta de dados que iniciou-se em agosto de 2014 até o último encontro de outubro. Os idosos contatados que aceitaram participar da entrevista foram 15. Participaram da pesquisa dentre outros critérios, indivíduos do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos e que participam do grupo e que concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão foram participantes abaixo de 60 anos e que não tenham comparecido ao grupo no

período de coleta de dados. A coleta de dados teve início após esclarecer para a Coordenação da instituição, quais os objetivos do estudo e suas contribuições para o cuidado da saúde do idoso seguido da sua autorização.

A organização dos dados foi feita segundo aos aspectos de auto percepção de saúde. A análise da categoria, por sua vez, foi realizada a partir da literatura que aborda a temática do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 1- Impressões sobre saúde

Os idosos foram entrevistados quanto a suas impressões sobre saúde após participarem por um longo período de tempo, da atividade grupal.

O envelhecimento traz consigo transformações biopsicossociais que ocasionam alterações em sua vida. Estas alterações estão, muitas vezes, relacionadas ao desgaste fisiológico, psíquico e emocional (CAMPOS et al., 2012)

#### a ) Melhorou

A busca por melhores condições de saúde é citada, pelos entrevistados deste estudo, como uma das razões que os levam a participar de grupos da terceira idade.

*“Mudou muita coisa, principalmente os conhecimentos né... Coisas que a gente não conhecia agora tá conhecendo.” (Margarida)*

*“Eu já cuidada da minha saúde, mas mudou assim: porque as palestras dão mais incentivo à vida da gente. E realmente eu consigo cuidar melhor de mim. Realmente porque a gente cada dia vai aprendendo mais. Eu aprendi a aceitar mais a velhice, sabia?” (Amélia)*

O conhecimento adquirido através das palestras desenvolvidas leva a prática de atividades que buscam a melhoria da saúde e aceitação da velhice.

*“Meu modo de cuidar da minha saúde mudou, porque tinha muita coisa que eu não tinha conhecimento né... e hoje em dia eu já sei de muita coisa que a gente pode evitar né... ja sei me cuidar e evitar muita coisa, prevenir né”.(Orquídea)*

Atividades educativas grupais proporcionam uma melhoria na qualidade de vida da pessoa idosa, pois trabalham com a promoção da saúde. Fazendo o papel fundamental de ação terapêutica para os integrantes de grupo.

Com o avanço da idade o organismo fica mais propício a desenvolver patologias. Outros fatores agravantes para o surgimento de patologias são a desinformação sobre as formas de prevenção de doenças e dos recursos para a promoção da saúde. É responsabilidade do enfermeiro intervir junto a esse contingente populacional (DALMOLIN, 2011).

*“Com o grupo melhorou meu desenvolvimento, de andar, é uma caminhada boa daqui ate lá em casa, ai venho caminhando e já é um exercício.” (Bonina)*

Pode-se observar que o próprio caminho para chegar até o grupo, além do fortalecimento de amizades também funciona como uma atividade física, melhorando, assim, a saúde do idoso. Observa-se, também, que, as maiorias dos idosos vêem o grupo como o único meio de contato social.

*“Eu melhorei da coluna, porque aqui a professora faz exercícios com a gente, com os exercícios do grupo eu melhorei da coluna. Eu faço parte também de exercícios do bombeiro.” (Rosa Menina)*

Os exercícios praticados no grupo trouxeram resultados positivos para a saúde da idosa.

Reforça, assim, a importância das atividades grupais e dos exercícios físicos desenvolvidos neste grupo.

*“Melhorou, hoje eu consigo seguir a lista de alimentos que eu devo comer e deixar de comer os que eu não devo comer. Mas melhorou também, porque dentro de casa às vezes eu não tenho com quem sair pra caminhar, aí dentro de casa eu faço os exercícios que eu já fazia e que me ensinaram no grupo. Aí eu faço exercícios dentro de casa e me alivia.” (Rosa)*

A entrevistada procura praticar em casa os exercícios aprendidos no grupo. Buscando assim, uma forma de melhoria de sua saúde mesmo quando impossibilitada de participar das reuniões.

O grupo constitui como um espaço de exposição de opiniões, no qual os idosos têm a oportunidade de expor seus sentimentos e sua condição de saúde-doença. Dessa forma proporciona uma conscientização e reflexão que

geram comportamentos estimuladores da independência e a autonomia nas atividades de vida do idoso (BOTH et al., 2011).

Atividades grupais ajudam a aprofundar discussões, expandir conhecimentos e, com isso, a promoção da saúde é transmitida e auxilia as pessoas a adotarem hábitos saudáveis, auxilia, também, na mudança de comportamento e na socialização do conhecimento em saúde (VICTOR et al., 2007).

Atividade física promove a melhoria da saúde física e psíquica. Exercícios físicos fazem parte do tratamento de várias doenças cardiovasculares e reduz o risco de morte por estas doenças além de reduzir a mortalidade, também, por hiperlipidemias; diabetes *mellitus*; e obesidade. Atuam na manutenção do peso corporal, com o fortalecimento dos ossos e articulações, reduzem distúrbios do aparelho esquelético, diminuem, também, o índice de doenças psíquicas, distúrbios respiratórios e outros. A realização de atividade física é indispensável para que a pessoa preserve sua saúde. O indivíduo fisicamente ativo melhora a autoestima, previne doenças e, conseqüentemente, melhora sua qualidade de vida (COTTA, 2006). É o que dizem os idosos em suas falas.

*“Quando a gente não tem nenhum aconselhamento a gente esquece e acaba comendo coisa que não é pra comer e aqui no grupo como a gente recebe muito conselho fica com aquilo na lembrança que tem que comer isso, assim, não pode comer aquilo, ai já é uma coisa boa pra gente porque ta dando mais uma orientação.” (Sempre Viva)*

*“Eu já escutei palestras no grupo sobre saúde, eu não to lembrada o que foi. Foi até uma senhora que foi lá e falou. Tudo o que eu tenho participado e escutando lá a gente segue. Mas eu não me lembro porque eu sou assim, meio esquecida, sabe... Agora daqui pra frente eu vou prestar atenção.” (Jasmim)*

Podemos observar, com as citações abaixo, a importância do reforço das informações repassadas nas estratégias educativas. Com o avanço a idade, o idoso tende a desenvolver problemas de memória e é muito importante haver o reforço das orientações para que os mesmos possam fixá-las melhor para poder por em prática.

*“Hoje eu consigo me cuidar melhor, porque antes eu não ligava pra nada. Mas agora, todo dia eu troco de roupa. Agora eu gosto de ajeitar minhas coisinhas bem direitinhas, porque antes eu não ligava pra nada. Porque eu pensava “Aaaaaa,eu já sou de idade, já to no fim da vida.”Eu tinha um desgosto por causa da velhice. Quando eu comecei a ir pro grupo eu comecei a tomar os meus remédios direito.”(Rosa França)*

O envelhecimento é uma fase da vida em que se é possível continuar aprendendo. Sendo fundamental a busca de meios que facilitem o enfrentamento deste processo pelo idoso e que propicie a ruptura com a visão passiva da velhice. (MORAIS, 2009).

## CONCLUSÃO

O grupo trás melhorias para a saúde do idoso, conforme citado pelos mesmos. O trabalho de promoção da saúde teve influencia na forma como os idosos passaram a se cuidar após participação no grupo. Através dos grupos, podemos observar a busca por uma alimentação saudável, prática de exercícios físicos como forma de se manter ativo, administração correta de medicações, conscientização sobre a importância de se buscar e manter uma velhice saudável.

Concluimos que a participação nos grupos é de suma importância para a população idosa, fato que pode ser constatado neste estudo. Verificamos que a grande maioria de nossos entrevistados identificou mudanças favoráveis que fizeram com que obtivessem uma melhor qualidade de vida. Os grupos e programas para a terceira idade representam muito para os idosos e contribuem para diversos fatores como promoção da saúde, autoestima, humor, diminui a solidão entre outros benefícios.

## REFERÊNCIAS

- BOTH, J. E.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L.; BEUTER, M.; GROSMANN, G. E. Percepção de velhice na voz de idosos inseridos em grupos de terceira idade. **Rev. Pesq.: Cuid. fundam.**, v.4, n. 4, p. 3043-51, out./dez. 2012.
- BOTH, J.E.; LEITE, M.T.; HILDEBRANDT, L.M.; LUFT, A.C. P.; JANTSCH, B.S.L.GRUPOS DE CONVIVÊNCIA:Uma Estratégia de Inserção do Idoso na Sociedade 12 **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p.995-998, jan./jun. 2011.
- CAMPOS,C.N.A.; SANTOS,L.C.; MOURA,M.R.; AQUINO.J.M.; MONTEIRA,E.M.L.M. Reinventando práticas de Enfermagem na educação em saúde: teatro com idosos. **Esc Anna Nery**, v.16, n.3, p. 588-596, jul-set. 2012.

COSTA, G. A. Longevidade: um desafio para a sociedade. In: COSTA, G. A. (Org.). **Atividade Física, Envelhecimento e a Manutenção da Saúde**. Uberlândia: EDUFU, 2010. p. 23-41.

DALMOLIN, I.S.; LEITE, M.T.; HILDEBRANDT, L.M.; SASSI, M.M.; PERDONSSINI, L.G.BA. Importância dos grupos de convivência como instrumento para a inserção social de idosos. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 595-598, jan./jun. 2011.

DIAS, F.A.; TAVARES, D.M.S. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n.2, p.70-77, 2013.

ENEZES, R.M.V.; SILVA, R.T.S.; CARVALHO, R.F.; SANTOS, A.P.O.B.S.; ALMEIDA, J.A.V.; MEDEIROS, A.T.N. Ações educativas para terceira idade. **Rev Rene**, v. 14, n 2, p. 417-27, 2013.

MARCOS PIVETTA, M.; ZORZETTO, R. Os mecanismos do envelhecimento. **Revista FAPESP**. ed.. 254, 2017.

MORAIS, O.N.P. Grupos de Idosos: Atuação da Psicogerontologia no Enfoque Preventivo. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.29, n.4, p.846-855, 2009.

VICTOR, J.F.; VASCONCELOS, F.F.; ARAÚJO, A.R.; XIMENES, L.B.; ARAÚJO, T.L. Grupo feliz idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.4, p.724-30, 2007.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao PIBIC e CNPQ pelo apoio financeiro.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A PROMOÇÃO DE SAÚDE EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Tallys Newton Fernandes de Matos<sup>1</sup>, Soraya da Silva Trajano<sup>2</sup>, Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>3</sup>.

1. Universidade de Fortaleza – Mestrando em Saúde Coletiva.

2. Universidade de Fortaleza – Mestranda em Saúde Coletiva.

3. Universidade de Fortaleza – Professora de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Email: tallysnfm@gmail.com

Palavras-chave: Criança. Promoção. Saúde.

### INTRODUÇÃO

O abuso infantil é um fenômeno com diferentes faces e determinações que acompanha o percurso ser humano desde o princípio da civilização, constituindo uma das categorias de maus-tratos incluindo o abuso físico, psicológico, o abandono e a negligência (FARIAS, 2016). Ela também é compreendida como todo ato ou alternativa sexual, relação heterossexual ou homossexual, que varia no intercurso sexual com ou sem penetração (vaginal, anal e oral), exibicionismo até exploração sexual, como a prostituição e a pornografia (MARQUES, 1994) envolvendo poder, coação e sedução (FRANCO; RAMIREZ, 2016). Tais características são oriundas através da presença do agressor (AMAZARRAY; KOLLER, 1998).

O abuso sexual na infância tem sido relacionado a severas consequências para o desenvolvimento infantil, incluindo prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais, possibilitando uma variedade de transtornos psicopatológicos, tais como transtorno de estresse, trauma, dissociação, depressão, déficit de atenção, hiperatividade, transtornos alimentares, transtornos psicossomáticos, comportamento delinquente, abuso de substâncias, borderline e transtorno bipolar, entre outras. Há também os prejuízos neuropsicológicos como a aprendizagem, memória e atenção, que têm sido os principais problemas levantados na atualidade (AMAZARRAY, KOLLER, 1998; LOPEZ, 2017).

Os agressores deste ato podem variar desde o ambiente interno até o ambiente externo, como pais, família, comunidade, grupos e etc. É importante destacar que existe um estado de perversão por parte do agressor, onde este desconhece os aspectos morais que regem a racionalidade e o princípio do bem, violando a lei (DOR, 1991). Neste aspecto, é importante destacar que tais agressores, após a identificação, tenham uma intervenção punitiva imediata tendo em vista que não existe coerência destes com o princípio da realidade, prejudicando vidas, ciclos, percursos naturais ou teias sociais. É importante, ainda, a compreensão e construção de modelos de intervenção, cuidado e tratamento, possibilitando aos afetados (as) uma ressignificação em suas vidas.

Neste aspecto, o envolvimento da criança em atividades sexuais que ela não compreende ou não consente, interfere no desenvolvimento biopsicossocial. É importante destacar que o desenvolvimento biopsicossocial abrange a compreensão e sentido da saúde de modo integral (TEIXEIRA, 2007). Com isso, foi objetivo, do presente estudo, investigar o processo de promoção de saúde em crianças vítimas de abuso sexual.

### METODOLOGIA

O trabalho foi realizado através do relato de experiência cujo método foi à observação não participante, baseado nas ciências sociais, na busca pela compreensão da dinâmica exposta em fenômenos (LIMA; BAPTISTA; VARGAS, 2017). A observação não participante se apoderou também de concepções fenomenológicas, para sua análise, como: (1) intuição eidética, (2) descrição, (3) ver e ouvir fenomenologicamente, (4) fala autêntica, e (5) redução fenomenológica (MOREIRA, 2009).

A pesquisa aconteceu em uma instituição localizada no bairro Castelão na cidade de Fortaleza, Ceará. A instituição é promovida pela Ordem dos Agostinianos Recoletos (OAR) administrada pela comunidade católica. Seu principal objetivo é reduzir a grave situação e o risco, familiar e social, de violência e abuso sexual em meninas de 7 a 18 anos. A instituição tem uma média de 30 crianças, que varia em períodos diferentes, em que algumas destas podem passar semanas com outros grupos e família. A população avaliada consistiu em um grupo de 12 meninas entre cinco e doze anos de idade (período caracterizado pela transição da infância para a puberdade), que sofreram ou que viveram num ambiente propício a algum tipo de exploração ou violência sexual (GODOY, 1995).

Anteriormente foi realizado uma entrevista semi-aberta com a “psicóloga do grupo” objetivando obter informações para o diagnóstico do processo grupal. Questões como histórico, objetivos, metodologias, ambiente físico, relacionamentos interpessoais do grupo foram explorados. O discurso foi registrado em documentos, autorizado

pela participante, com a finalidade de explorar os detalhes para posteriormente serem subsidiar resultados. Foram realizadas oito visitas durante quatro meses, com duração de duas horas cada. Ademais, o trabalho baseou-se em princípios éticos que objetivam o respeito, dignidade, igualdade e integridade do ser humano. Foi fundamento ético respeitar a identidade profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas e grupos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A promoção de saúde possibilita que os grupos sociais tenham oportunidades justas para atingir o seu potencial de saúde completo. Tal potencial esta fundamentada no bem-estar biopsicossocial. É importante, neste aspecto, o retorno às concepções de equidade que se resume na tentativa de reduzir disparidades evitáveis do estado de saúde e serviços de saúde, com diferentes grupos e níveis de privilégio sociais (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

É a reivindicação que possibilita melhorias de qualidade de vida e direitos dos cidadãos na elaboração de políticas de atenção integral direcionada a grupos. Para isso é necessário: 1) transversalidade nas ações; 2) formação e capacitação como elementos essenciais para o desenvolvimento da política, na estratégia de combate ao preconceito destes grupos; e, por fim, 3) gestão participativa. Tal pressuposto se baseia na premissa pela busca e estruturação de modelos para promover políticas de equidade como forma de se organizar para programar intervenções (SIQUEIRA, HOLLANDA, MOTTA, 2017; TEIXEIRA, COUTO, DELGADO, 2017; CARVALHO, OLIVEIRA, BONFATTI, 2017). Neste aspecto, a promoção de saúde em crianças vítimas de abuso sexual aconteceu através de ações, diagnósticos e intervenções, com objetivos direcionados ao desenvolvimento infantil.

### Ação

Na instituição avaliada foi observada que a primeira ação consiste no distanciamento e exclusão da criança do ambiente que pode proporcionar a ela o abuso sexual. É importante destacar que na maioria das crianças o ambiente é a própria família. Existem outros casos em que a criança é abandonada e mora na rua, com isso, a população denuncia e junto aos órgãos municipais, estaduais e federais, a instituição abriga a criança para a modificação daquele cenário.

Vale ressaltar que não é possível identificar todos os casos de abuso que acontece em uma cidade, tendo em vista que existe ocultação das ações por parte de membros próximos e do agressor. O que geralmente acontece é a denuncia da mãe, tias, familiares e comunidade, para o “conselho tutelar”, “conselho municipal dos direitos da criança e do adolescente” e a “polícia”. Com a denúncia os órgãos estabelecem as estratégias de aproximação e intervenção no caso.

A forma com que a instituição desenvolve políticas preventivas é através de ações comunitárias por meio de grupos religiosos na exposição de informações gerais sobre determinado problema em questão. Daí essas informações circulam ao passo que possibilitam a comunidade o conhecimento sob tal situação. Podemos concluir neste primeiro momento que a primeira ação para a promoção de saúde é a denuncia e distanciamento do agressor.

### Diagnóstico

No segundo momento podemos destacar a acolhida da criança na instituição e inicio do processo de intervenção. Tal pressuposto se baseia no diagnostico da criança para possibilitar intervenção terapêutica. Neste sentido, foi identificado que existem sessões com a psicóloga, assistente social, enfermeira e as orientadoras da instituição, que se apoderam de artifícios religiosos para acolhimento e intervenção. Inicialmente o foco está na educação que acontece na própria instituição através de uma pedagoga. Após determinado período a criança se reinsere em centros educacionais com outras crianças. Tal período se baseia no pressuposto da avaliação, orientação, conscientização e ressignificação de sua nova situação. Há uma ênfase no brincar e desenhar durante o período de diagnóstico.

É importante destacar que este período é denominado como “desenvolvimento psicogenético”, ou seja, orgânico e mental, que vai do nascimento até a adolescência, período no qual o indivíduo está submetido à inserção na sociedade, abrangendo processos psicológicos relativos ao sistema nervoso. É na infância também que ocorre o incremento da herança, experiências, transmissão social e equilíbrio através do uso de códigos no universo das imagens e palavras guiadas pelos caminhos que preexistem no universo parental (CORIAT, 1982).

Destacam-se também alguns processos psicológicos, que ajudam a inserir o indivíduo na sociedade. À medida que os processos psicológicos se constroem, o sujeito arquiteta a si e a seu mundo. Foi observado que as crianças avaliadas são sensíveis a características do cotidiano que estão associadas com situações vivenciadas durante o abuso. Um exemplo disto é o medo e a ansiedade que o escuro, silêncio e solidão podem provocar. Essas

características estão ligadas ao resgate dos detalhes e as cenas, memorizadas, durante o abuso que sofreram. A emoção nestas crianças vítimas de abuso se mostrou claramente alterada, com evidência de desânimo e choro, notáveis em diversos momentos, como nas atividades estudantis, e expressados na forma de tristeza, falta de crença e de esperança. Destaca-se também o isolamento e comportamento sexual inapropriado, que aparece expresso na dança de maneira exagerada e erótica, como por exemplo, a tentativa de sedução.

Na memória, se observou que todas as crianças apresentaram dificuldade de lembrar os conteúdos vistos em sala de aula, sendo necessárias repetições frequentes desses conteúdos. A memória dessas crianças está voltada para fatos traumáticos que proporcionam uma repetição dessas informações. As crianças também demonstraram dificuldade na aprendizagem por falta de assimilação e raciocínio nos estudos, relacionados a conteúdos de história, matemática e literatura, o que dificulta a compreensão. O que se pôde verificar na linguagem das crianças foi à utilização de um discurso com palavras de baixo calão e agressivas, apoiada por atitudes também ríspidas. Tornou-se notável o uso de gírias como meio para expressar opinião e pensamento. Tais pressupostos possibilitam a desmotivação.

## **Intervenção**

No grupo estudado há uma produção nas atividades práticas, como pintar, brincar, desenhar e dançar, sendo estes momentos considerados artísticos. Nestas atividades, as manifestações comuns nos desenhos e pinturas são: rasuras, cenas de violência, solidão, tristeza, perfis de homens e mulheres com genitais expostos (as), armas de fogo e facas.

É a arte que possibilita a compreensão dos fenômenos vivenciados pelas crianças. A arte, neste aspecto, ganha sentido de intervenção ao passo que existe uma tarefa que com efeitos terapêuticos. A tarefa quando realizada explicitamente coloca, o grupo e os indivíduos de modo operativo, nos desfechos da saúde mental, através da reelaboração de “brechas” psíquicas e de situações inconscientes (CASTANHO, 2012).

Após um determinado momento elaborativo os cenários artísticos, sobre novas folhas em branco, começam a modificar através da substituição das figuras citadas anteriormente por cenas como: sol, casa, animais, florestas, flores, união familiar, crianças brincando, escola e parques de diversão. É importante, neste sentido, pensar que acontece uma transição do passado para a perspectiva futura, onde o trauma dá espaço para a esperança e novos desejos.

A tarefa seguindo a arte possui um vocabulário que permite evocar e trazer à tona, mesmo que de forma não muito clara, imagens e sensações mantidas no inconsciente. Por meio desse processo, ela busca resgatar a tradução primeira de cada indivíduo e de todos eles. Tanto os desejos e medos como a aplicação de uma marca pessoal, seja ela uma tatuagem, um piercing, uma escarificação ou um implante, se utilizam das linguagens do consciente e do inconsciente. Os tipos comuns de arte são: música, dança, pintura, escultura, teatro, literatura, cinema, fotografia, história em quadrinhos, jogos e arte digital (SILVA, 2014; PIRES, 2003; MARTINS, 2010).

A tarefa na arte se utiliza do inconsciente para se manifestar a nós, e é através da linguagem elaborada por este que ele se expressa. Para transmitir ou entendê-la racionalmente, utiliza-se a linguagem como forma de apresentação. A escolha dos adornos, que são os componentes reais desta linguagem, tem sua procedência nos elementos resgatados do inconsciente e modificados através da dissolução de nexos, por meio de uma lógica singular e associativa em imagens ou formas elegidas pelo indivíduo para serem aplicadas (SILVA, 2014; PIRES, 2003; MARTINS, 2010).

Para alguns, a lembrança de acontecimentos e as emoções devem ser visíveis e estar registradas. O símbolo, desenho ou a arte manifestada, surge da associação inconsciente que o indivíduo estabelece entre um desenho, forma, sentimento e a sensação que determinado fato lhe despertou. Nisto, é escolhido um gosto estético pessoal com ligação emocional que determinada imagem exerce sobre seu controle (SILVA, 2014; PIRES, 2003; MARTINS, 2010).

Este pressuposto possibilita a reaprendizagem que é a eliminação dos bloqueios que impedem o sujeito de ser criativo e despertar a sua capacidade de pensar e fazer diferente. Ela é uma quebra na maneira normativa de ver o mundo para a abertura em novas possibilidades de fazer as mesmas coisas ou coisas diferentes de modo diferente (CAPRA, 1996; D'AMBRÓSIO, 1999).

## **CONCLUSÃO**

Pôde-se compreender que todas as crianças demonstraram um desenvolvimento tardio em aspectos da infância, considerando a proximidade da adolescência, o que se faz preocupante e pode trazer consequências negativas, como dificuldade de se inserir na sociedade e problemas psicológicos.

Como estas crianças sofreram algum tipo de violência sexual, existe a possibilidade de elas estarem sujeitas a, no decorrer da vida, desenvolverem patologias que impactam negativamente no seu bem-estar biopsicossocial e comprometer o processo de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento.

Com isso, é importante um trabalho multiprofissional e interdisciplinar para a melhoria e promoção da saúde destas crianças. Ademais, por compreender que essas crianças tinham boa desenvoltura com atividades práticas e arte é importante explorar estas características de forma a trabalhar com sua ressignificação.

## REFERÊNCIAS

- AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H.. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Oasis, v. 11, n. 3, p. 559-578, jul 1998.
- BRINO, R. F.; WILLIAMS, L. C. A.. Concepções da professora acerca do abuso sexual infantil. **Caderno de Pesquisa**, São Luís, n. 119, p. 113-128, 2003.
- BORGES, J. L.; DELL'AGLIO, D. D.. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 371-379, 2008.
- CAPRA, F.. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix, 1996.
- CARVALHO, M. C. J.; OLIVEIRA, M. H. B.; BONFATTI, R. J.. O processo de institucionalização das práticas de saúde em uma unidade de produção da Fiocruz. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe2, p. 80-91, 2017.
- CASTANHO, P.. Uma introdução aos grupos operativos: teoria e técnica. **Vínculo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 47-60, 2012.
- CORIAT, L.; JERUSALINSKY, A.. **Escritos da criança**. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1982. D'AMBRÓSIO, U.. **Educação para uma sociedade em transição**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1999. DOR, J.. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro, Taurus-Timbre Editores: 1991.
- FARIAS, M. S., et al. Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 799-806, 2016.
- FRANCO, A.; RAMIREZ, L.. Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales. **rev. colomb. psiquiatr.**, Bogotá, v. 45, n. 1, p. 51-58, 2016.
- GODOY, A. S.. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.
- LIMA, N. C.; BAPTISTA, T. W. F.; VARGAS, E. P.. Ensaio sobre 'cegueiras': itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 615-627, 2017.
- LOPEZ, S., et al. Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 31, n. 3, p. 210-219, 2017.
- MARTINS, C. J.. Dança, corpo e desenho: arte como sensação. **Pro-Posições**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 101-120, 2010.
- MARQUES, M. A. B.. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- MOREIRA, V. **Clínica Humanista-Fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica**. São Paulo: Annablume, 2009.
- PIRES, B. F.. O corpo como suporte da Arte. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 76-85, 2003.
- RAMPAZZO, L.. **Metodologia científica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- SILVA, L. F. R., et al. Oficinas de música e corpo como dispositivo na formação do profissional de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 189-203, 2014.
- SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J.. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397, 2017.
- TEIXEIRA, J. A. C.. **Psicologia da saúde: contextos e áreas de intervenção**. Portugal: Climepsi, 2007.
- TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.
- ZAVASCHI, M. L. S.; SATLER, F.; PIAZENSKI, R.. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 24, n. 4, p. 189-195, 2002.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PANORAMA DAS PESQUISAS NACIONAIS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

**Nathalie Barreto Saraiva Vilar<sup>1\*</sup> (PG), Janayne de Sousa Oliveira<sup>1</sup> (PG), Herika Paiva Pontes<sup>1</sup> (PG), Soraya da Silva Trajano<sup>1</sup> (PG), Mariza Araújo Marinho Maciel (PG)<sup>1</sup>, Aline Veras Moraes Brilhante<sup>2</sup> (PQ).**

1. Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza- CE.

2. Docente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

Email: [nathaliebsv@yahoo.com.br](mailto:nathaliebsv@yahoo.com.br)

Palavras-chave: maus-tratos contra idosos.

### INTRODUÇÃO

O aumento progressivo do envelhecimento populacional culminou na maior prevalência, a nível global, de diversos problemas de saúde pública, dentre os quais os maus tratos aos idosos (GRILO, JUNIOR;2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), violência contra o idoso pode ser definida como um ato único ou repetitivo ou mesmo a omissão, que cause danos, sofrimento ou angústia, podendo ser tanto intencional como involuntária (WHO, 2002). Estas violências têm consequências devastadoras, como piora da qualidade de vida, sofrimento psíquico, agravamento de problemas de saúde e aumento da mortalidade (PEREIRA, JATAHY, BANDEIRA, 2015). Diante dessas evidências, contudo, estaria a produção científica brasileira atenta a esta demanda social? Esse questionamento fez emergir a necessidade de se mapear a produção científica nacional sobre os maus tratos aos idosos.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi formulada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n. 2.528/2006, em consonância com a Constituição de 1988 (BRASIL, 2006a). Em seu artigo 19, a referida lei determina que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra o idoso serão obrigatoriamente notificados pelos profissionais de saúde. Além disso, o Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, em seu anexo 13, traz um instrumento para a avaliação da presença de violência e maus tratos contra a pessoa idosa (BRASIL, 2006b).

Deste modo, as políticas públicas de saúde que orientam a assistência à população idosa, têm um papel importante na identificação, gestão e prevenção da ocorrência de abuso de idosos (SANTOS et al, 2013).

Entre a letra da lei e sua plena execução, entretanto, existe diversos meandros. Um estudo realizado em 2010, cujo objetivo foi descrever notificações de violência contra os idosos (> 60 anos) captadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – versão net (Sinan Net) apontou como limitação o pequeno número de notificações (MASCARENHAS ET AL, 2012). Esse achado dialoga com a percepção de que em países em desenvolvimento, como o Brasil o aumento da expectativa de vida não foi acompanhado da adequada preparação para o cuidado desse grupo populacional. (RODRIGUES, ARMOND, GORIOS;2015).

Deste modo, considerando a relevância social e acadêmica da produção de conhecimento que balizem o enfrentamento aos maus-tratos aos idosos propomos essa revisão integrativa sobre a produção científica nacional dos últimos 5 anos sobre a temática em questão.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, método que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões, avaliação crítica e síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado (SOUZA et al, 2010). Foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas e categorização; avaliação; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MÉNDES et al, 2008). As buscas foram realizadas nas bases do portal BVS – Biblioteca Virtual de Saúde, pois é o portal que congrega a maior número de bases de dados nacionais, além da base Medline, que é a principal base de dados da área de saúde. Foi realizada a busca com a palavra-chave: “Elder abuse” e seu correspondente em português “maus-tratos contra idosos”. Realizamos a busca com um descritor geral a fim de traçar um panorama abrangente das publicações nacionais sobre o tema. Foram incluídos artigos que trouxessem ensaios clínicos ou estudos observacionais (Coorte, Caso-control e estudos transversais) indexados no período compreendido entre 2013 e 2017, nas bases de dados do portal BVS, cujo país de filiação fosse o Brasil. Foram excluídos os artigos de opinião, editoriais, cartas aos editores

e comentários e artigos resultantes de pesquisas não realizadas no Brasil. A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2017.

Na busca inicial foram encontrados 33 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 19 artigos com base na análise dos critérios de inclusão e exclusão. Deste modo, restaram 14 artigos, assim distribuídos nas diferentes bases de dados: 9 no LILACS, 5 na MEDLINE e 2 na BDNF. Os artigos da BDNF estavam inseridos no LILACS. Para a caracterização dos estudos selecionados as seguintes informações foram extraídas e organizadas em um quadro: título, autores, periódico, ano de publicação, objetivo e método empregado. Os resultados dos estudos selecionados foram avaliados criteriosamente, as informações extraídas e analisadas de forma descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto a temática principal, os artigos encontrados podem ser distribuídos da seguinte forma: três referiam-se aos instrumentos de rastreio, quatro eram estudo de prevalência, quatro concentraram-se na caracterização das vítimas e/ou violência, um avaliando a capacidade funcional e dois abordavam a percepção dos profissionais sobre a violência contra idosos. No que concerne aos objetivos dos estudos selecionados, ficou evidente os poucos estudos analíticos e rastreios a respeito da identificação da violência ao idoso.

O perfil de idosos observado nos estudos é de maioria analfabeta, branca e do sexo feminino com idade avançada, sem companheiro (viúva, solteira ou separada) (PINTO, BARHAM, ALBUQUERQUE; 2013; IRIGARAY et al., 2016). Os maus-tratos ocorrem principalmente no ambiente intrafamiliar. A coabitação, muitas vezes decorrente da situação econômica e estrutural da família, torna-se um dos principais fatores de risco para a ocorrência de violência. A perda da capacidade funcional para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) contribui para esse contexto, na medida em que limita a participação social do idoso, restringindo-o ao seu contexto domiciliar. A situação torna-se mais evidente quando há um certo declínio nas funções associado a presença de comprometimento cognitivo (FAUSTINO, GANGOLFI, MOURA; 2014; RODRIGUES, ARMOND, GORIOS; 2015).

Em relação às situações de violência e capacidade funcional, é unânime entre os estudos que um aumento do nível de dependência resulta em uma maior chance de os idosos serem vítimas de violência, ou seja, os idosos que precisam de ajuda para o autocuidado ou realizar atividades mais complexas da vida maior risco de sofrer abusos ou maus tratos, especialmente quando não há uma boa relação entre idosos e parentes ou o cuidador - e isso pode favorecer a ocorrência de violência (FAUSTINO, GANGOLFI, MOURA; 2014). As doenças foram consideradas um possível fator de risco para a violência, em virtude do aumento da sobrecarga do cuidador, seja este formal, seja informal. (PAIVA, TAVARES; 2015). O uso de álcool e drogas pelos familiares também pode aumentar o risco de agressão (GARBIN et al, 2016).

Os estudos apresentam uma subnotificação de violência contra homens e mulheres idosas, mas vários relatam que as mulheres são as principais vítimas da violência doméstica, este fato pode ser observado devido ao fenômeno de feminização da população idosa, que pode ser observado em vários estudos e explicado por alguns fatos históricos, como a maior longevidade alcançada pelas mulheres, que pode estar associada ao aumento dos cuidados de saúde e à não exposição para fatores de risco de morte violenta, junto ao fato que os homens idosos podem se sentir envergonhados de apresentar queixas nas delegacias. Isso pode explicar a alta incidência de vítimas femininas. No que concerne à violência de gênero, para muitas mulheres, o abuso não é um evento isolado, mas o ocorre repetidamente (GARBIN et al, 2016; SANTOS et al, 2013; FAUSTINO, GANGOLFI, MOURA; 2014).

A necessidade de treinamento de profissionais de saúde para identificar, monitorar e encaminhar o paciente que sofreu a agressão é enfatizada nos estudos. Isso pode ser favorecido por uma assistência multidisciplinar e intersetorial (RODRIGUES, ARMOND, GORIOS; 2015). Estudos apontam que os dentistas estão em uma posição ideal para identificar e sinalizar o abuso suspeito, pois realizam um exame minucioso da região da cabeça e pescoço. Contudo, informar sobre abuso de idosos é infrequente entre os profissionais dentários, os protocolos de prática dentária são necessários para fornecer aos profissionais dentais as habilidades necessárias para reconhecer, documentar e reportar abuso e encaminhar os pacientes para a ajuda necessária (SANTOS et al, 2013). A consulta de enfermagem também surge como um momento propício para a identificação da violência, em que há possibilidade de estreitar o vínculo entre paciente e enfermeiro. (FAUSTINO, GANGOLFI, MOURA; 2014).

A prevalência de lesão na cabeça foi de 25% das lesões totais (SANTOS et al, 2013). A violência facial em idosos pode ser explicada por dois motivos principais: (i) O rosto é facilmente alcançado durante os ataques porque a sua localização é geralmente na mesma altura que o braço do agressor; e, conscientemente ou inconscientemente, o agressor quer afetar a autoestima da vítima (SOUSA et al, 2016).

Wanderbroocke e Moré (2013) identificaram que os profissionais têm dificuldades no manejo de casos de violência familiar contra o idoso, passando pelo rastreamento, identificação e acompanhamento dos casos, constatando que o funcionamento da UBS desfavorecia a detecção e o acompanhamento dos casos em razão da menor ênfase no trabalho interdisciplinar e das rotinas mais voltadas para a saúde física. A literatura aponta como principais causas da subnotificação o grau de proximidade e / ou parentesco entre o agressor e a vítima, ou

a presença de um relacionamento afetivo-emocional, cuidador ou dependente do tipo financeiro (GRILO, JÚNIOR; 2015; MAIA, MAIA; 2016). A pessoa idosa pode não denunciar o abuso devido a fatores como medo de sofrer retaliação, medo de ser institucionalizado em uma casa de repouso ou que seu cuidador será legalmente prejudicado, culpa, constrangimento, baixa autoestima e a sensação de que o abuso foi merecido. Em termos do perfil do agressor, observou-se que a maioria era do sexo masculino e mantinha relações íntimas com a vítima. (GARBIN et al, 2016)

Sendo, contudo, a violência contra idosos um problema de saúde pública, estudos apontam como premente a implementação de um sistema permanente de rastreio no Brasil, sendo essencial integrar as informações da saúde e da segurança pública (SOUSA et al, 2016). No Brasil, a descrição das características dos casos de violência e acidentes ocorridos no país foi anteriormente limitada às informações fornecidas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação De Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH / SUS). O intervalo de variáveis incluídas no monitoramento desses eventos expandiu em 2006, com a implementação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (RODRIGUES, ARMOND, GORIOS;2015).

No Brasil, até o momento, inexistiu um método qualificado como padrão-ouro com relação à abordagem da violência doméstica contra idosos. No rastreio de violência aos idosos, atualmente, existem dois instrumentos para rastreamento da violência doméstica contra idosos validados à cultura brasileira e com estudos psicométricos: o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST) e o *Caregiver Abuse Screen* (CASE), que capta informações de abuso potencial por parte de cuidadores. Além desses, a *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS), foi sugerida como elegível à validação no Brasil por ser simples e autoaplicável, que investiga o risco de violência doméstica contra os idosos, mas de acordo com Maia, Maia (2016) este instrumento não deve ser usado isoladamente na investigação da violência contra os idosos. Em vez disso, deve ser contextualizado e faz parte de um protocolo de avaliação, que reúne vários procedimentos, instrumentos e tecnologias para auxiliar na detecção de violência contra os idosos. (DANTAS, OLIVEIRA, SILVEIRA; 2017)

Os resultados das etapas apresentadas da adaptação transcultural da VASS mostraram-se satisfatórios, ainda que não conclusivos quanto à sua validade, mas indicam continuidade às etapas subsequentes. Destaca-se que ainda há de desenvolver-se a etapa concernente à devolução dos resultados obtidos no pré-teste para avaliação dos juízes especialistas, a fim de verificar posteriormente as propriedades psicométricas preliminares do instrumento, tais como: equivalência de mensuração entre o instrumento original e o adaptado para a cultura destino; e evidências de fidedignidade e de validade, de constructo, de conteúdo, concorrente, por exemplo. (MAIA, MAIA; 2014)

A prevenção e a intervenção devem ser realizadas juntamente aos idosos que sofreram maus-tratos, além de desenvolver estratégias para encorajar as vítimas a falar sobre os episódios vivenciados, pois a conscientização destes sobre a violência pode interferir para o melhor envelhecimento, que deve ser seguro e digno. Embora o tema seja visto na mídia, ainda que não tanto como a violência relacionada a mulheres e crianças, são poucos os trabalhos relevantes sobre violência/maus-tratos aos idosos, sendo as amostras pouco representativas. Outra limitação é o baixo número de publicações a respeito da tomada de decisão referente ao profissional que atende este idoso. Assim, recomenda-se que sejam desenvolvidos estudos que abordam a temática e que levam à compreensão do universo entre tal fenômeno e a relação com os profissionais de saúde que estão envolvidos no atendimento do idoso agredido e de seus agressores (GRILO, JÚNIOR; 2015).

## CONCLUSÃO

Nossos achados demonstram que, apesar da população brasileira está crescendo de maneira exponencial, estudos nessa temática são escassos. Há, portanto, a necessidade do desenvolvimento de mais estudos que abordem o tema, no sentido de percepção e rastreamento atribuindo assim importância para a identificação de maus-tratos em idosos para a realização de estratégias de prevenções e intervenções.

Nesse contexto, o treinamento de profissionais da saúde, contribui para o fortalecimento de políticas públicas que enfrentem à violência, construindo assim uma ferramenta para planejamento de promoção à saúde. Portanto, como desafio deve ser enfrentado como uma política de ação coletiva, com articulação e apoio da sociedade, setor de saúde e justiça.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)
- DANTAS R.B.; OLIVEIRA G.L.; SILVEIRA A.M. Propriedades psicométricas da *Vulnerability to Abuse Screening Scale* para rastreio de abuso contra idosos. **Revista de Saúde Pública**, vol.51, São Paulo 2017 Epub 10-Abr-2017.
- FAUSTINO A.M.; GANDOLFI L.; MOURA L.B.A. Functional capability and violence situations against the elderly. **Acta Paulista de Enfermagem**. vol.27 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2014.
- GARBIN C.A.S.; JOAQUIM R.C.; ROVIDA T.A.S.; GARBIN A.J.I. .Vítimas idosas de abuso: uma análise de documento de cinco anos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Vol.19 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2016
- GRILO P.M.S.; JÚNIOR I.L. Maus-tratos a idosos: perfil das vítimas, vínculo com o agressor e atuação dos profissionais. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 611-624, 2015.
- IRIGARAY T.Q.; ESTEVES C.S.; PACHECO J.T.B; GRASSI-OLIVEIRA R.; ARGIMON I.I.L. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. **Estudos de psicologia (Campinas)**. vol.33, no.3, Campinas, July/Sept. 2016.
- MAIA R.S; MAIA E.M.C. Psychometric evidence of the transcultural adaptation of the Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS) for the detection of violence against the elderly. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**. vol.19, no.6, Rio de Janeiro, Nov./Dec. 2016.
- MASCARENHAS, M.D.M.; ANDRADE S.S.C.A; NEVES A.C.M.; PEDROSA A.A.G.; SILVA M.M.A.; MALTA D.C. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde-Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(9):2331-2341, 2012.
- MAIA R.S.; MAIA E.M.C. Adaptação transcultural para o português (Brasil) da *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS) para rastreio da violência contra idosos. **Cadernos de Saúde Pública**. vol.30 no.7 Rio de Janeiro jul. 2014.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.
- PEREIRA E.S.F.; JATAHY D.L.; BANDEIRA M.G.C. Notificação de violência em pessoas idosas nas unidades básicas de saúde de São Luis-MA. **Congresso Internacional de envelhecimento humano** ; Vol. 2, N.1. 2015
- PAIVA M.M; TAVARES D.M.S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol.68 no.6 Brasília Nov./Dec. 2015.
- PINTO F.N.F.R.; BARHAM E.J.; ALBUQUERQUE P.P. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro v. 13 n. 3 p. 1159-1181 2013.
- RODRIGUES C.L.; ARMOND J.E. ; GORIOS C. Physical and sexual aggression against elderly persons reported in the city of São Paulo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. vol.18, no.4, Rio de Janeiro Oct./Dec. 2015.
- SANTOS C.M.; MARCHI R.J.; MARTINS A.B.; HUGO F.N.; PADILHA D.M.P.; HILGERT J.B. The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan área. **Brazilian Oral Research**. vol.27 no.3 São Paulo maio/jun. 2013 Epub 19-Abr-2013
- SOUSA R.I.M; ÍTALO M.B.; CASTRO, R. D.; CAVALCANTI, A. L.; BENTO, P. M.; SÉRGIO.D. Facial trauma as physical violence markers against elderly Brazilians: A comparative analysis between genders. **Arch Gerontol Geriatr**; 67: 55-60, 2016 Nov-Dec.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010.
- WANDERBROOKE A.C.N.S; MORÉ C.L.O.O. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. vol.29 no.12 Rio de Janeiro dez. 2013

World Health Organization. **Missing voices: views of older persons on elder abuse.** Geneva: World Health Organization; 2002.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## VIOLÊNCIA URBANA E O IMPERATIVO DE PROMOVER SAÚDE NO TERRITÓRIO

**Kelen Gomes Ribeiro<sup>1\*</sup>, Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>2</sup>, Alexandre Maciel Holanda<sup>3</sup>, Jaina Bezerra de Aguiar<sup>4</sup>, Bruna Rodrigues Ximenes<sup>5</sup>, Miriam de Fátima Cruz Almeida<sup>6</sup>**

*1\* Docente da Faculdade de Medicina da UFC. Doutorado em Saúde Coletiva (UFC).*

*2 Pesquisador em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da FIOCRUZ. Pós-Doutor pela Universidade de Montreal – Canadá. Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP).*

*3 Oficial da Polícia Militar do Ceará (PMCE). Especialista em Políticas em Segurança Pública. 4Docente do Curso de Educação Física (UECE). Doutoranda em Saúde Coletiva (UECE)*

*5Acadêmica de Serviço Social (UECE)*

*6 Acadêmica de Medicina (UFC).*

E-mail: kelengomesr@yahoo.com.br

Palavras-chave: Violência. Políticas Públicas. Promoção da Saúde. Determinantes Sociais da Saúde.

### INTRODUÇÃO

O estudo sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) atende ao chamado feito pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com a criação da *Commission on Social Determinants of Health – CSDH*, em 2005, para promover uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. Esta investigação apresenta-se como estudo de caso sobre a influência das condições de vida na saúde dos moradores de uma das regiões mais populosas da cidade de Fortaleza, com concentração de indicadores sociais e econômicos que apontam acentuado contexto de pobreza e de vulnerabilidade social.

Destacamos a violência urbana como um aspecto que faz parte da vida das pessoas na contemporaneidade. Os atos de violência vividos no Brasil assustam as pessoas, cotidianamente, independente da classe social em que estejam. As estatísticas apontam números altos, como a morte de cerca de 1,1 milhões de brasileiros vitimados pela violência nos últimos trinta anos, de 1980 a 2010 (WAISELFISZ, 2012). Esse dado levanta reflexões sobre a forma como os problemas sociais têm sido tratados no Brasil, trazendo a necessidade de que desafios sejam superados por políticas públicas de forma a evitar quadros como esse e promover a vida.

A violência pode ser estudada e compreendida a partir de vários ângulos. Trazemos as considerações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) para este estudo, de violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. É um conceito amplo, que traz a perspectiva da intencionalidade e do alcance do indivíduo em sua integralidade, não estando limitado ao aspecto biológico.

Nesta pesquisa, abordamos os aspectos inseridos no contexto da violência em Fortaleza – CE, considerada a 7ª cidade mais violenta do mundo, de acordo com relatório apresentado pela ONG mexicana Conselho Cidadão para a Segurança Pública e Justiça Penal (2013). O ranking do órgão é feito com base no número de homicídios da cidade em proporção à população e a taxa de Fortaleza relativa a 2013 foi de 72,8 por 100 mil habitantes.

É nesse contexto que está o Grande Bom Jardim, localizado na regional V e composto por cinco bairros de Fortaleza, apresentando também um histórico de violência, de difícil acesso a serviços essenciais e de precariedade nas condições de vida. A partir desses elementos, tivemos como objetivo compreender a influência da violência na saúde da população do Grande Bom Jardim (GBJ), em Fortaleza (CE).

### MÉTODO

Este artigo é parte integrante de uma tese de doutorado sobre os determinantes sociais da saúde, desenvolvida entre os anos de 2011 e 2015, no GBJ, região do município de Fortaleza-CE (RIBEIRO, 2016), constituída por cinco bairros: Bom Jardim, Canindezinho, Granja Lisboa, Granja Portugal e Siqueira, com concentração dos indicadores sociais e econômicos que apontam acentuado contexto de pobreza, exclusão e vulnerabilidade social (CARLOS, 2014).

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem metodológica qualitativa. Os participantes foram 45 adultos inseridos no contexto de atuação social e política no GBJ: 06 líderes religiosos; 15 representantes de entidades organizadas (Associações Comunitárias e Organizações Não Governamentais – ONGs); 12

trabalhadores, sendo lotados na sede da regional V (Educação, Saúde, Assistência Social, Infra-estrutura e meio ambiente, SINE), no Centro de Referência da Assistência Social - CRAS e do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS; 10 trabalhadores de unidades básicas de saúde e 02 vereadores.

Foram utilizadas como técnicas de coletas de dados entrevista semi-estruturada, grupo focal e análise documental. Para análise do corpus de dados foi utilizada a análise de Conteúdo (BARDIN, 2014) com a técnica Análise Temática e o auxílio do software Atlas Ti 5.2.

O trabalho foi aprovado por comitê de ética em pesquisa, conforme resolução nº466/12, com n. do processo: 26276413.7.0000.5040.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

As formas de violência expressas neste estudo foram variadas, com destaque para os assaltos e os homicídios. Apresentaram-se também a violência nas escolas, a relação da violência entre os bairros que compõem o Grande Bom Jardim, a relação entre a violência e as drogas e as formas pensadas para o enfrentamento dessas situações. A vingança dos homicídios cometidos através da prática de outro homicídio foi uma característica da região muito comentada pelos participantes, refletida como algo que impacta no modo de construir a vida no lugar.

A violência nas escolas se evidencia entre os estudantes e entre estes e os professores. Ao mesmo tempo em que muitos participantes comentaram que falta uma valorização do estudante pelo professor, no sentido de acreditar no potencial dele e incentivar o seu desenvolvimento, há também um enfrentamento da autoridade do professor por parte do estudante, que se dá verbal e fisicamente. Muitos estudantes saem de casa armados, em geral, com facas, seja por que não aguentam mais o xingamento do colega ou mesmo para o enfrentamento de casos de estupro. Observa-se a ausência de diálogo e a perpetuação da cultura da violência.

Outra forma expressa da violência foi a convivência com as drogas, cada vez mais presente na vida dos moradores do Grande Bom Jardim. Muitas crianças começam a fazer o transporte da droga passando pelos terminais de ônibus. São meninos e meninas que não serão revistados e “começam a ser aviõezinhos pra ganhar um prato de comida”.

O mundo do tráfico, assim chamado pelos participantes deste estudo, foi abordado dentro de uma perspectiva do dinheiro que chega com facilidade e que, portanto, é muito mais motivador que aquele que seria advindo de um esforço maior através do trabalho. Citaram o aumento do consumo, da presença do celular em cada bolso, da internet que possibilita muitos contatos ao mesmo tempo e isso se coloca como algo que faz parte da velocidade da vida do jovem.

A própria velocidade com que passa o efeito do crack, a droga dita como a mais consumida pelos usuários do local, entrou como partícipe desse contexto de pouco tempo para desfechos. Há a necessidade de mais recursos para o consumo da droga em intervalos menores de tempo, o que leva à violência através da prática do roubo; se o caminho não for esse, mas houver a inadimplência, o desfecho é a morte do usuário, pois o traficante precisa mostrar o seu rigor, através da agressividade, para que a inadimplência não se generalize.

A morte precoce dos jovens foi uma das ideias que mais veio à tona neste estudo. Além disso, a evidente falta de estrutura, seja ela propiciada pela família e/ou pelo Estado. Há um apelo da população para que se direcione um olhar mais atento para essa situação, que ultrapassa muito o indivíduo usuário, pois a família está envolvida no processo e é atingida de forma muito direta. Sugerem o fortalecimento de instituições como associações que trabalhem com os dependentes e com os codependentes. Mas, sobretudo, que políticas públicas voltadas para a juventude devem ser priorizadas no Grande Bom Jardim.

É surpreendente, por exemplo, saber que, nos dias atuais há uma “superlotação no cemitério” do Grande Bom Jardim, pois a média atual é de entrada de 15 corpos por dia, totalizando mais de 400 por mês, sendo a maioria de jovens. O cemitério do GBJ, localizado na Granja Lisboa, é público e recebe pessoas de toda a cidade de Fortaleza, o que nos faz perceber a expansão da situação-problema.

Diante de quadros como esse, refletimos sobre a complexidade da situação e percebemos que há muito por ser feito pelos jovens. Foi enfatizada a necessidade de se “criar novas cores, novos caminhos para se chegar aos jovens”, de forma que ocupe o tempo ocioso, com mais ludicidade e menos repressão, tendo sido a escola de tempo integral uma das possibilidades apontadas. Sugeriram ampliar o alcance do núcleo de mediação para os outros bairros que compõem o Grande Bom Jardim, pois, atualmente, ele está restrito ao Bom Jardim e há uma consideração de que esse instrumento tem um alcance na redução da violência doméstica e entre vizinhos, por exemplo.

Outra demanda apontada foi o comprometimento da prefeitura com a proposição de atividades para que as pessoas “ocupem as praças”, dando vitalidade aos equipamentos públicos para que as pessoas participem das atividades com mais segurança. Por fim, e com muito destaque, veio à necessidade de “dar dignidade pras

peças”, pois a ideia geral compreendida a partir da realização desse estudo foi a de que somente a garantia de direitos para todos é capaz de diminuir a violência.

## CONCLUSÃO

Consideramos que, na atualidade, a (in) segurança pública constitui-se como um determinante social que tem grande influência negativa na saúde da população do Grande Bom Jardim. As pessoas estão assustadas, com medo de permanecer nas calçadas, com medo de conviver com os vizinhos, com medo de esperar o ônibus, com medo de conviver com traficantes, com medo de fazer denúncias à polícia porque há chance de o policial integrar grupos criminosos, medo de que seu parente, de qualquer idade, seja morto antes de chegar a casa. Isso tem afetado à saúde mental dos moradores, diminuído os laços de coesão social, que também interferem no processo saúde-doença, e tem feito também com que diminua o número de profissionais dos mais diversos serviços, como saúde e educação, porque muitos profissionais não querem mais trabalhar na região.

Reconhecemos as especificidades dos determinantes sociais na saúde de populações que apresentam condições de vida permeadas por iniquidades, as quais precisam ser consideradas para que se tenham subsídios para elaborar medidas que contribuam para a superação de quadros como esse, de forma a promover saúde e gerar equidade social.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, E.A., BÓGUS, C.M. Políticas públicas dirigidas à juventude e promoção da saúde.

**Interface**, v. 14, n. 35, p. 853-66. 2010.

ANUÁRIO 2010 do Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em:

<<http://www2.forumseguranca.org.br/node/24104>>. Acesso em: 13 de agosto 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**./Laurence Bardin; trad. Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2014.

CARLOS, Caio Anderson Feitosa. **Invenções Democráticas pela Periferia: a Rede de Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável do Grande Bom Jardim**. 213f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Ceará, Departamento de Ciências Sociais, Fortaleza, 2014.

CDVHS – Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza; BNB – Banco do Nordeste. Relatório Técnico Parcial do Projeto Fortalecimento Institucional e Governança Territorial. Fortaleza: CDVHS/BNB, 2013.

CIAMPA, Antônio da Costa. **A Estória do Severino e a História da Severina**: um Ensaio de Psicologia Social. 6 ed. São Paulo: Editora Brasiliense S/A, 2008.

REDE DLIS – Rede de Desenvolvimento Sustentável do Grande Bom Jardim. Comissão de Segurança Humana. **Informe Local de Violação aos Direitos Humanos: O direito à saúde no Grande Bom Jardim**. Fortaleza: Centro Herbert de Souza, Escola Popular de Educação em Direitos Humanos, 2013.

RIBEIRO, K.G. **Os Determinantes sociais da saúde no Grande Bom Jardim – Fortaleza (CE)**. 360f. Tese (doutorado) - Ribeiro KG. Os Determinantes sociais da saúde no grande bom jardim – Fortaleza (CE). [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina; 2015.

WASELFFISZ, J.J. Mapa da violência. Os novos padrões de violência homicida no Brasil. Instituto Sangari, 2012.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Commission on Social Determinants of health (CSDH)**. A conceptual framework for action on social determinants of health, 2005. Disponível em: <[www.who.int/social\\_determinants/resources/latest\\_publications/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/index.html)>. Acesso em 13 jun.2016.

\_\_\_\_\_. **Global consultation on violence and health. Violence**: a public health priority. Geneva: WHO, 1996 (document WHO/EHA/SPI/POA.2)

XIMENES *et al.* Impactos da pobreza no desenvolvimento da saúde comunitária: avaliação psicossocial das comunidades de Bom Jardim (Fortaleza) e da Canafistula (Apuiarés/Ceará). Apresentação de Resultados Preliminares. Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Audiência Pública** na Assembléia Legislativa do Ceará intitulada “Mapa da extrema Pobreza em Fortaleza”. 21 out. 2013



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E CIDADANIA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO NORDESTE BRASILEIRO

**Kelen Gomes Ribeiro<sup>1</sup>, Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>2</sup>, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto<sup>3</sup>, Jaina Bezerra de Aguiar<sup>4</sup>, Kelly Alves<sup>5</sup>, Diandra de Brito<sup>6</sup>**

*1\* Docente da Faculdade de Medicina da UFC. Doutorado em Saúde Coletiva (UFC).*

*2 Pesquisador em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da FIOCRUZ. Pós-Doutor pela Universidade de Montreal – Canadá. Doutor em Saúde Coletiva (UNICAMP). 3 Pesquisadora em Tecnologia e Inovação em Saúde Pública da FIOCRUZ. Pós-doutora pela Universidade de Montreal. Doutora em Medicina (USP).*

*4 Docente do Curso de Educação Física (UECE). Doutoranda em Saúde Coletiva (UECE).*

*5 Acadêmica de Psicologia (UFC)*

*6 Acadêmica de Medicina (UFC).*

*E.mail: kelengomesr@yahoo.com.br*

*Palavras-chave: Promoção da saúde. Saúde Mental. Sistema Único de Saúde. Determinantes Sociais da Saúde.*

### INTRODUÇÃO

No Brasil, o fortalecimento da luta pela construção de um sistema de saúde com acesso universal, integral e de qualidade ocorreu no mesmo período histórico que a luta pela redemocratização do país. Esse momento político, embasado no movimento de Reforma Sanitária Brasileira, é pautado numa mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde como direito de cidadania (PAIM, 2008; MACHADO, 2014). Neste cenário, nasceu uma concepção integradora, com uma compreensão holística do processo saúde-doença, que inclui a relevância da saúde mental e o fortalecimento da reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica é o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 2012). Influencia a política de saúde mental, que vem passando por transformações no Brasil e em muitos outros países. A proposta é que as pessoas em sofrimento psíquico comecem a ser mais acolhidas em sua integralidade e em sua cidadania, dentro de um processo de reabilitação psicossocial, com recuperação da competência social que propicie a (re) construção de laços sociais (PITTA, 2011).

A tendência é que o dispositivo principal da assistência em saúde mental deixe de ser o hospital psiquiátrico, onde se tenta compensar e estabilizar, e seja deslocado para o próprio território (SANTOS, 2013) em que o indivíduo vive, com atendimento feito por uma rede intra e intersetorial, que deve contar com profissionais de um campo interdisciplinar, que visam promover a inclusão possível. A questão central é se estamos avançando, de fato, nessa direção. A partir desses elementos, resolvemos analisar as mudanças ocorridas na Rede de Assistência em Saúde Mental na região do Grande Bom Jardim – Fortaleza (CE), da década de 90 a 2015, região do município que conta com a presença do Movimento de Saúde Mental Comunitária desde os anos de 1990.

### MÉTODO

Este artigo é parte integrante de uma tese de doutorado sobre os determinantes sociais da saúde, desenvolvida entre os anos de 2011 e 2015, no GBJ, região do município de Fortaleza-CE (RIBEIRO, 2016), constituída por cinco bairros: Bom Jardim, Canindezinho, Granja Lisboa, Granja Portugal e Siqueira, com concentração dos indicadores sociais e econômicos que apontam acentuado contexto de pobreza, exclusão e vulnerabilidade social (CARLOS, 2014).

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem metodológica qualitativa. Os participantes foram 45 adultos inseridos no contexto de atuação social e política no GBJ: 06 líderes religiosos; 15 representantes de entidades organizadas (Associações Comunitárias e Organizações Não Governamentais – ONGs); 12 trabalhadores, sendo lotados na sede da regional V (Educação, Saúde, Assistência Social, Infra-estrutura e meio ambiente, SINE), no Centro de Referência da Assistência Social - CRAS e do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS; 10 trabalhadores de unidades básicas de saúde e 02 vereadores.

Foram utilizadas como técnicas de coletas de dados entrevista semi-estruturada, grupo focal e análise documental. Para análise do corpus de dados foi utilizada a análise de Conteúdo (BARDIN, 2014) com a técnica Análise Temática e o auxílio do software Atlas Ti 5.2.

O trabalho foi aprovado por comitê de ética em pesquisa, conforme resolução nº466/12, com n. do processo: 26276413.7.0000.5040.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste estudo, vimos que até a primeira metade da década de 2000, as pessoas que necessitavam de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico no GBJ, com sintomas de ansiedade ou com um surto psicótico, iam para o Hospital de Messejana. O resultado disso, em última instância, era a psiquiatrização da saúde mental e a estigmatização do usuário, por parte da comunidade. Em relação aos atendimentos, o processo terapêutico era baseado na medicação. Quanto à relação com a comunidade, quem era atendido no Hospital de Messejana passava a ser visto como louco e perigoso, dentro de um imaginário social de que a doença mental tem relação com maldição, com um castigo divino. Essas ideias faziam com que as pessoas doentes se auto excluíssem do convívio social e também que fossem excluídas, o que aumentava o agravo à saúde.

Em 2005, foi implantada a Política Municipal de Saúde Mental em Fortaleza. De acordo com os relatórios de gestão (FORTALEZA, 2006; 2007), foram realizadas diversas ações essenciais para a estruturação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, visando à qualidade da assistência e a defesa dos direitos humanos, de forma a possibilitar alternativas para a população, desconstruindo o modelo hospitalocêntrico da assistência, até então em vigor.

Os novos serviços eram os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, que se integraram aos já existentes e passaram a prestar atendimentos à população, de acordo com as necessidades e demandas dos usuários do SUS, oferecendo atividades de promoção de saúde, de prevenção, de assistência e de reabilitação.

Os CAPS constituem-se como serviços importantes para a implementação da Reforma Psiquiátrica por que, de acordo com (COSTA, 2008), devem atender prioritariamente, pessoas egressas de internações psiquiátricas, com transtornos mentais graves, em situação de crise, com risco e/ou tentativa de suicídio; pessoas que apresentem transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool ou outras drogas, seja criança, adolescente, adulto ou idoso.

De acordo com o relatório de gestão (FORTALEZA, 2007), os serviços públicos substitutivos ao hospital psiquiátrico foram interligados aos demais serviços públicos de saúde e aos dispositivos de saúde mental, equipamentos e recursos existentes na comunidade, de forma a desconstruir modelos manicomialmente estigmatizadores e excludentes. A implantação dessa rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico fundamentou-se nos princípios do SUS, na Reforma Psiquiátrica, na Luta Antimanicomial e na Política de Humanização.

Ao longo do período estudado, houve aumento do número de CAPS e de profissionais, com a implantação de CAPS AD com serviços direcionados a usuários com transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool ou outras drogas em todas as regionais da cidade e de dois equipamentos direcionados aos usuários infantis.

Os participantes deste estudo reconheceram que os avanços em relação ao aumento do número de CAPS e de equipes profissionais ocorreram de forma significativa, mas também apontaram para a necessidade de que é preciso mais, pois o CAPS geral da SER V, região do GBJ, trabalharia na proporção recomendada entre o número de profissionais e a população se atendesse apenas ao Grande Bom Jardim, com uma população aproximada de

200 mil habitantes. No entanto, a SER V apresenta uma população de mais de 500 mil habitantes e, com isso, seria necessário triplicar o número de profissionais para que não atendessem com sobrecarga, deixando parte da população descoberta.

Numa perspectiva de fortalecimento da dimensão do cuidado (AYRES, 2014) com a saúde e com as pessoas na sua integralidade, foram construídas, ainda, parcerias da Saúde Mental com a Atenção Básica; a emergência psiquiátrica, que teve como pressuposto básico a intervenção na crise e como objetivo principal qualificar a intervenção psiquiátrica; a criação de Ocas da Saúde Comunitária, onde são desenvolvidas atividades visando tratar o sofrimento psíquico e prevenir transtornos mentais; assim como organização da rede assistencial numa perspectiva de co-gestão, citados pelos participantes deste estudo como grande ganho para a política de saúde mental.

O Apoio Matricial em Saúde Mental foi iniciado na SER V e expandiu-se para as demais regionais administrativas da cidade. Embora, de acordo com a fala dos participantes, o processo de articulação das unidades de saúde das redes de Saúde Mental e da Atenção Básica esteja perdendo força nos dias atuais, em 2008, atingiu todas as regionais e 37 unidades de saúde, o que correspondia a cerca de 40% das Unidades de Atenção em Saúde da Família (UBASF) do município (FORTALEZA, 2009). Os participantes relataram os encontros periódicos com as equipes de apoio matricial para discutir os casos dos usuários adscritos, mostrando um relevante trabalho no sentido de desenvolvimento de articulações e de projetos terapêuticos.

A articulação com a Rede da Atenção Básica foi um importante passo dado nesse processo, mas, dentro da perspectiva de promoção da saúde, percebemos que é preciso avançar no sentido de ultrapassar, ainda mais, as barreiras dos estabelecimentos de saúde, fazendo da sociedade e dos espaços urbanos grandes parceiros. Percebemos certa nostalgia nos participantes do estudo em relação aos avanços na RA de Saúde Mental que aconteceram nos primeiros anos da década de 2000. Passados poucos anos e as pessoas já relatam falta de priorização da Saúde Mental.

Esse dado se torna relevante neste estudo, pois é preciso que pensemos na continuidade de políticas públicas, independente do gestor ou de seu partido, para que elas possam, de fato, ser implementadas e os resultados observados em longo prazo. Os participantes deste estudo insistiram com a ideia de que, quando “muda a gestão, mudam os nomes, mudam as ações” e isso está sendo observado, atualmente, na Política de Saúde Mental de Fortaleza.

Entendemos esse caso como uma situação complexa, pois além dos recursos financeiros investidos e, muito provavelmente, subutilizados devido à descontinuidade de muitos processos, está em jogo também uma concepção de saúde mental que propõe alteração na cultura, na aceitação do doente mental como uma pessoa que tem potencialidades e, muitas vezes, têm condições de desenvolvê-las em seus contextos sociais, se forem acolhidas. Para que isso se dê, é necessário que continuem os investimentos na rede de atenção de saúde mental, é preciso que os profissionais sejam valorizados e tenham condições de trabalho adequadas para fortalecer uma proposta que se baseia no vínculo e no cuidado.

## CONCLUSÃO

Os relatos dos participantes deste estudo e os documentos analisados trazem dados significativos para a constatação da melhoria da atenção em saúde mental nos anos 2000, não só no Grande Bom Jardim, mas em toda a Fortaleza. Destaca-se, especialmente, a possibilidade de convivência com pessoas que apresentam transtornos mentais e passaram a ter oportunidades terapêuticas, como atendimentos individuais e grupais, além de atividades comunitárias, o que difere em muito do caminho da exclusão.

Observamos uma tendência de reversão do modelo assistencial de saúde mental no local estudado, com a implantação de Centros de Atenção Psicossocial- CAPS e valorização do território como *locus* de cuidado das pessoas que vivem em sofrimento psíquico. Reconhecemos isso como avanço que beneficiou os usuários do SUS através da valorização da pessoa com transtorno mental como digna de aceitação social e humana.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, PDC. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. RJ: Editora Fiocruz, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**./Laurence Bardin; trad. Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2014.

COSTA, Maria Suely Alves. **Doidiça e depressão: as concepções dos usuários da rede de atenção integral à saúde mental de Sobral – CE**. Dissertação (Mestrado Acadêmico de Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciência da Saúde. Fortaleza, 2008.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde Fortaleza. **Relatório de Gestão do ano de 2008 da Secretaria Municipal de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Secretaria Municipal de Saúde Fortaleza – Fortaleza: SMS, 2009.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.2, p. 335-342. 2014.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RIBEIRO, K.G. **Os Determinantes sociais da saúde no Grande Bom Jardim – Fortaleza (CE)**. 360f. Tese (doutorado) - Ribeiro KG. Os Determinantes sociais da saúde no grande bom jardim – Fortaleza (CE). [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina; 2015.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 80 anos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências e Saúde*. Manguinhos. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-59, jan.-abr., 2012.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A COMPLEXIDADE FARMACOTERAPÊUTICA NA SEGURANÇA DE UMA POPULAÇÃO GERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADA

André Luiz Cunha Cavalcante<sup>1</sup>; Rafaelly Maria Pinheiro Siqueira<sup>2,3</sup>

1. Discente do curso de Medicina – UNIFOR;

2. Docente do curso de Farmácia – FAMETRO;

3. Docente do curso de Farmácia e Medicina do Centro Universitário INTA - UNINTA.

*Email:*

*Palavras-chave:* Saúde. Geriatria. Institucionalizado. Farmacoterapêutica. Segurança.

### INTRODUÇÃO

A população idosa do Brasil representa hoje 8,17% e a estimativa para 2030 é de 13,44%. A média de idade da população brasileira está em 75,72 anos e a projeção para 2030 é de 78 anos. O aumento da esperança média de vida traduz-se num inevitável aumento da proporção de idosos e maior prevalência de doenças crônicas. A polimedicação é uma importante característica da população geriátrica, o que aumenta a complexidade da farmacoterapia, predispondo o idoso a problemas de adesão à terapêutica e risco de interações e reações adversas. A complexidade farmacoterapêutica pode ser medida usando o Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT), que considera a forma farmacêutica, frequência de dosagem e instruções adicionais subjacentes à toma da medicação. Outros fatores relacionados com a diminuição da audição e visão, entre outros, podem também agravar a complexidade da farmacoterapêutica. O ICFT pode ser útil não só na quantificação da complexidade de um esquema farmacoterapêutico, mas também na identificação e análise dos fatores determinantes dessa complexidade, que podem comprometer a adesão à farmacoterapia.

### METODOLOGIA

Investigar o perfil de complexidade da terapia farmacológica em um grupo de idosos institucionalizados através de um estudo quantitativo, transversal e descritivo. Realizado no mês de agosto e setembro de 2016. Local do estudo: O estudo foi desenvolvido em um abrigo de idosos institucionalizados do estado do Ceará. O abrigo conta, atualmente, com uma população de 83 idosos. A população estudada refere-se a um grupo de 7 idosos institucionalizados e acompanhados durante o estágio em Farmácia Clínica do curso de Farmácia. Os dados foram coletados através da análise da Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico desenvolvida no decorrer do estágio em Farmácia Clínica para monitoramento dos idosos que faziam uso de medicamentos. O ICFT foi determinado através do método validado: *Medication Regimen Complexity Index* (MRCI), traduzido para o português

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na população de idosos monitorada, o estudo do ICFT apresentou como resultado: 23, 16, 12, 32, 34, 16, 16 e uma média de 21,3 pontos. O componente “frequência de dose” seguido por “instruções adicionais” foram os que mais contribuíram para o ICFT. O ICFT observado pode ainda ser superior nos doentes que apresentaram fatores adicionais de complexidade, como problemas a nível visual e auditivo<sup>4</sup>. Com o aumento da idade, aumenta o ICFT e a dificuldade manifestada pelos idosos em cumprir os esquemas terapêuticos instituídos, o que os predispõe a problemas de adesão à farmacoterapêutica<sup>3</sup>. Alguns estudos relacionam o aumento do Índice de Complexidade Terapêutica com redução da adesão<sup>2</sup>, mas nossos resultados mostram altos índices quanto ao tratamento nos idosos do Abrigo

## **CONCLUSÃO**

A farmacoterapêutica nos idosos é complexa, dificultando a adesão ao tratamento e respectivos resultados. O ICFT revelou-se uma ferramenta útil na avaliação da complexidade terapêutica, permitindo uma análise global e integrada do número de medicamentos utilizados. É necessária a concentração de esforços, envolvendo o doente, cuidadores, e profissionais de saúde na revisão periódica da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa dos idosos, no sentido de a simplificar e utilizar de forma mais segura e eficiente os medicamentos em geriatria.

## **REFERÊNCIAS**

Ana Carolina Melchior; Cassyano Januário Correr; Fernando Fernández-Llimos. Tradução e validação para o português do MRCI. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(4) : 210-218

Lisoni Muller Morsch; Cristiane Carla Dressler; Ana Paula Helfer Schneider; Ediberto de Oliveira Machado; Mariana Portela de Assis. Complexidade da farmacoterapia em idosos atendidos em uma farmácia básica do sul do Brasil. *Infarma*. 2015 27(4).239-247.

Tratado de geriatria e gerontologia. Freitas E V & Ligia Py. – 4. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

Agradeço a todos os participantes da pesquisa. À direção da instituição de longa permanência – UNIDADE DE ABRIGO.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os participantes da pesquisa. À direção da instituição de longa permanência – UNIDADE DE ABRIGO.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO EM UNIDADES SENTINELAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Romênia Kelly Soares de Lima<sup>1\*</sup>, Marcelo José Monteiro Ferreira<sup>2</sup>, Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti<sup>3</sup>, Aline Luiza Evangelista<sup>4</sup>, Jéssica Karen de Oliveira Maia<sup>5</sup>

1. Bióloga. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ceará, Brasil;

2. Educador Físico. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ceará, Brasil;

3. Biólogo. Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ceará, Brasil;

4. Assistente Social. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, For Fortaleza - Ceará, Brasil;

5. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza - Ceará, Brasil.

Email: romeniaklima@gmail.com

Palavras-chave: Acidentes de Trabalho. Notificação de Acidentes de Trabalho. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Sistemas de Informação em Saúde.

### INTRODUÇÃO

O trabalho exerce uma importante função na condição de vida do homem, trazendo inúmeros benefícios quando satisfaz suas necessidades básicas de sobrevivência. Em contraponto, ao realizar a atividade laboral, o homem expõe-se frequentemente aos riscos presentes em seu ambiente de profissional, que podem interferir direta e indiretamente na sua condição de saúde, vindo a ocasionar acidente de trabalho (AT) (CANINI et al., 2002).

O AT constitui um importante problema de saúde pública devido ao seu impacto na morbimortalidade da população brasileira, sendo, portanto, um dos objetos prioritários das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em conjunto com outros segmentos dos serviços públicos (BRASIL, 2006).

Dentre todos os agravos relacionados ao trabalho, o AT é considerado o mais grave, sendo, portanto, o de maior importância epidemiológica e social devido suas elevadas taxas de incidência no Brasil. De todos os atendimentos por causas externa nos serviços de emergência do país, o AT representa aproximadamente 25% da demanda (GALDINO et al., 2012). O AT representa ainda a maioria dos benefícios de auxílio-doença no Brasil, o que evidencia a fragilidade das medidas de segurança dos ambientes de trabalho e a ausência de ações de vigilância em saúde do trabalhador por parte do SUS (ALMEIDA; BRANCO, 2011).

Diante dessa situação, os serviços de saúde precisam cada vez mais destinar profissionais e equipamentos para atender a demanda (MIRANDA et al., 2012; VRANJAC, 2006). Ao final do ano de 2002, foi criada a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela portaria nº 1.679 de 19 de setembro do mesmo ano. A referida portaria dava ênfase às ações assistenciais, e agregou importantes colaborações para o fortalecimento da Saúde do Trabalhador no SUS (BRASIL, 2002). A RENAST é composta ainda por Redes Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho, criadas em 2004 a partir da portaria nº 777/GM posteriormente revogada pela Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (atualmente em vigência) (BRASIL, 2004). Essas unidades são definidas pelos tipos de agravo que notificam, segundo critérios de especialidades do serviço, nível de complexidade e resolutividade dentro do sistema (CEARÁ, 2010).

A boa qualidade das informações é de fundamental importância para que esses dados possam ser utilizados no planejamento e avaliação das ações públicas de saúde do trabalhador (BAHIA, 2009). Uma das principais consequências do desconhecimento do impacto dos acidentes de trabalho no país é a inexistência de respostas por parte do SUS relacionadas à prevenção e ao controle desse agravo (BRASIL, 2006). O desconhecimento da situação do agravo, de seus determinantes e sua distribuição pelo território do país impossibilita uma análise apropriada dos fatores potenciais que originam o AT (CAVALCANTE et al., 2015). A fidedignidade das informações produzidas nas unidades sentinela é de extrema importância para o elaboração de estratégias que visem a redução dos agravos relacionados ao trabalho. O presente estudo objetivou descrever o grau de conhecimento dos profissionais em relação a notificação de acidentes de trabalho em unidades sentinela no município de Fortaleza/CE, nordeste do Brasil.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado em unidades sentinela para acidentes de trabalho graves e fatais no município de Fortaleza/CE. Foi realizado entre Fevereiro de 2013 à Junho de 2014. Para a seleção das unidades foram adotados como critérios de inclusão possuir serviços ambulatoriais e de emergência com equipe



médica 24 horas por dia, além de ter recebido capacitação sobre notificação de AT pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Fortaleza no ano anterior à realização da pesquisa. Atenderam aos critérios cinco unidades sentinela: Instituto Doutor José Frota, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Distrital Evandro Aires de Moura, Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira e Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota.

A população de estudo foi composta por profissionais com nível superior completo, que trabalhavam diretamente com o manejo clínico dos pacientes acidentados e/ou com a notificação dos casos de acidentes de trabalho e que aceitaram participar da pesquisa no momento da coleta dos dados.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário semiestruturado. As variáveis independentes foram agrupadas em dois blocos: conhecimentos acerca da legislação que dá suporte à notificação dos acidentes de trabalho (conhecimento sobre a Lei Orgânica da Saúde, Lei da Seguridade Social, ficha de notificação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação) e; capacitações realizadas sobre acidentes de trabalho (participou de treinamentos relacionados a acidentes de trabalho, discussão da temática no ambiente de trabalho).

Os questionários foram aplicados por 12 pesquisadores de campo, supervisionados por quatro tutores (um tutor para cada quatro pesquisadores). Todos os integrantes do grupo de pesquisa receberam treinamento de 40 horas ministrado por uma equipe de supervisores.

Inicialmente foi realizada a distribuição das frequências absolutas e relativas para todas as variáveis de interesse

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o registro CAAE 11070813.9.0000.5054 e número de parecer 237.406. Todos os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram aplicados 354 questionários. Pouco mais de 30% foi excluído por preenchimento incompleto ou inconsistência de preenchimento, restando 207 instrumentos que foram analisados. Dos profissionais entrevistados 56,0% nunca participou de qualquer curso/treinamento/capacitação na área de AT, 49,0% afirma realizar leitura sobre a temática acidente de trabalho. O conhecimento sobre a legislação que dá suporte ao AT foi confirmada por 52,0% dos profissionais. Dos indivíduos, 49,0% afirma conhecer a lei orgânica da saúde, apenas 27,0% afirma conhecimento sobre a lei orgânica da seguridade social, 23,0% conhece a lei da previdência social, 17,0% conhece portarias temáticas ao tema, 53,0% conhece a ficha de notificação, ressaltando que esse é o instrumento utilizado pelo profissional para realizar a notificação do agravo. Um significativo percentual de 83,0% sabe que o AT é de notificação compulsória e 50,0% afirma que assunto é discutido no ambiente profissional.

Desde 2012, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará definiu no seu plano plurianual (2012-2015), a realização de capacitações na área de atenção integral e vigilância em saúde do trabalhador para profissionais e gestores lotados nas unidades sentinela (SESA, 2012). Além disso, ações prioritárias foram delineadas no âmbito do monitoramento dos registros dos agravos de notificação compulsória em saúde do trabalhador junto aos sistemas de informação do SUS (SESA, 2012). Apesar das capacitações relacionadas à saúde do trabalhador estarem contempladas no âmbito das políticas públicas no estado do Ceará, é possível que elas não tenham se efetivado de forma plena. Nosso estudo sugeriu pouca capilaridade e alcance dos treinamentos junto aos profissionais participantes da pesquisa.

Nossos resultados sugerem a necessidade de atualização dos profissionais em relação às legislações, portarias e políticas que subsidiam as notificações dos acidentes de trabalho no Brasil. Nesse sentido, iniciativas educacionais devem ser incentivadas, no sentido de superar essa lacuna. O Ministério da Saúde assume um papel fundamental na produção e disseminação desse conhecimento técnico. Uma das últimas iniciativas de impacto e abrangência nacional parece ter ocorrido em 2006, com a publicação do Protocolo de Complexidade Diferenciada que aborda a Notificação dos Acidentes de Trabalho Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2006).

A falta de informações atualizadas, consistentes e completas sobre a real situação da saúde dos trabalhadores dificulta a definição das prioridades para as políticas públicas, para o planejamento e implementações das ações de saúde do trabalhador, privando ainda a população de importantes instrumentos para uma melhor condição de vida e trabalho (BRASIL, 2004). Soma-se a isso, o despreparo dos profissionais de saúde responsáveis pelas notificações na unidade de saúde.

Marziale et al (2003) alertam para uma necessidade da adoção de medidas de incentivo às notificações por parte dos responsáveis pelo setor saúde principalmente no que diz respeito a capacitação dos profissionais. Rodrigues et al. (2015) ressaltam que as capacitações são de extrema importância, bem como a realização de forma continuada. Lima et al (2015) apontam para a necessidade de elaborar estratégias capazes de estimular a



comunicação dos AT e sua adequada notificação. Ressalta ainda, que os processos de capacitação não devem apenas limitar-se ao nível de instrução, mas também ao treinamento eficaz dos profissionais envolvidos com a notificação dos agravos relacionados à saúde do trabalhador.

O cotidiano de trabalho e a experiência laboral contribuem para o aperfeiçoamento dos conhecimentos e habilidades técnicas. Contudo, não são suficientes para suprir a demanda por qualificação dos profissionais. Há uma necessidade de investimento na formação de recursos humanos que garanta o acesso a informações atualizadas e com qualidade na área da saúde do trabalhador (DIAS, 2013; KEPPLER; YAMAMOTO, 2016; SILVA; FERRAZ; JUNIOR. 2016).

Cabe a RENAST de modo geral, e aos CEREST's em específico, um olhar mais atento para o efetivo cumprimento das suas funções de retaguarda técnica junto aos demais serviços de saúde, sobretudo os credenciados como unidades sentinela. Incentivos para a qualificação das notificações em unidades sentinela devem se refletir em atividades de capacitação dos seus profissionais. Promover a educação continuada em saúde do trabalhador é uma das estratégias que precisa ser efetivamente melhorada e ampliada no SUS. Essas ações contribuem para a o reconhecimento e sensibilização quanto à importância dos registros corretos dos acidentes de trabalho, auxiliando na investigação destes agravos e na melhoria das ações de vigilância em saúde do trabalhador (RODRIGUES et al., 2015).

## CONCLUSÃO

As notificações dos acidentes de trabalho são de fundamental importância para a realização de ações eficazes de vigilância em saúde do trabalhador e fiscalização dos ambientes de trabalho. Nesse sentido, as Unidades Sentinela assumem um papel estratégico para a garantia da qualidade das informações, orientando os serviços de saúde sobre a realidade epidemiológica de cada território.

Apesar da implantação de programas de orientação por parte das entidades de saúde e capacitação dos profissionais de saúde, nota-se uma grande defasagem do conhecimento em relação às medidas corretas a serem adotadas frente a um acidente de trabalho. Há a necessidade de compreender o nível de conhecimento dos profissionais para a correta notificação dos acidentes de trabalho nos sistemas de informação, como forma de fortalecer a vigilância epidemiológica e orientar o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de acidentes.

## REFERÊNCIA

- ALMEIDA, P. C. A & BRANCO, A. B. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 36 (124): 195-207, 2011
- ALMEIDA, I. M. VILELA, R. A. G; SILVA, A. J. N; BELTRAN, S. L. Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes – MAPA: ferramenta para a vigilância em Saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(12): 4679-4688, 2014 DOI: 10.1590/1413-812320141912.12982014
- BRASIL. Notificação de acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da saúde, 2006. 32 p. – ISBN 85-334-1140-5
- \_\_\_\_\_. Anuário Estatístico da Previdência Social/Ministério do Trabalho e Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social – Brasília: MTPS/DATAPREV, 2014
- BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. PNSST – versão de 12/11/2004
- \_\_\_\_\_. **Notificação de acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – ISBN 85-334-1140-5.
- \_\_\_\_\_. **CEARÁ. Resolução Nº. 149/2010 – CIB/CE**. Governo do Estado do Ceará. 2010.
- CANINI S. R. M. S; GIR, E; HAYASHIDA, M; MACHADO, A. A. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem universitário do interior paulista. **Rev Latino-am Enfermagem** 2002 março- abril; 10(2):172-8
- CAVALCANTE, C. A. A; COSSI, M. S; COSTA, R. R. O; MEDEIROS, S. M; MENEZES, R. M. P. Análise crítica dos acidentes de trabalho no Brasil. **Rev. De Atenção à Saúde**, v. 13, nº 44, abr./jun. 2015, p. 100- 109.
- DIAS, M. D. A. Compreendes o trabalho na atenção primária à saúde para desenvolver em saúde do

trabalhador/; o caso de um município de médio porte. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional.**, São Paulo, 38 (127): 69-80, 2013

GALDINO, A; SANTANA, V. S; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(1):145-159, jan, 2012 KEPLER, I. L. S & YAMAMOTO, O. H. Psicólogos nos centros de referência em saúde do trabalhador. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 16(1), jan-mar 2016, pp. 48-60 ISSN 1984-6657.

LIMA, R. J. V; TOURINHO, B. C. M. S; COSTA, D. S; TAPETY, F. I; PARENTE, D. M; ALMEIDA, C. A. P. L. Conhecimentos e condutas de médicos e profissionais de enfermagem frente aos acidentes de trabalho.

**Rev Enferm UFPI.** 2015 Jan-Mar;4(1):89-96.

MARZIALE, M. H. P. Subnotificação de acidente de trabalho com perfurocortantes na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2003 mar/abr;56(2):164-168

MEDINA, F. S; MAIA, M. Z. B. A subnotificação de LER/DORT sob a ótica de profissionais de saúde de Palmas, Tocantins. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional** (online) 2016;41: e8

ODRIGUES, F. M. S; NOGUEIRA-JUNIOR, C; AMARAL, E. M. S; FERNANDES, A. C. P. Notificação de acidentes de trabalho com perfurocortantes: Experiências de uma equipe de enfermagem. **REV. Enf-UFJF – Juiz de Fora – v. 1 – n. 2 – p.** 145-152 – Jul./dez 2015.

SESA. Plano Plurianual 2012 – 2015 – Lei nº 15.109, de 02 de janeiro de 2012. SESA, 2012

SILVA, A; FERRAZ, L JUNIOR, A. A. R. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na atenção primária no município de Chapecó, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.** 2016 ISSN: 2317- 6369 (online).

VRANJAC. A. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. *Rev Saúde Pública* 2006;40(3):553-6

Word employment and social outlook: Trends 2016/ International Labour Office. – Geneva: ILO, 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimento a Universidade federal do Ceará e ao Programa PET Saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE NUTRIÇÃO

Francisco Regis da Silva<sup>1\*</sup>, Larissa Rodrigues de Lima<sup>2</sup>, Ana Karem Chaves Cavalcante<sup>3</sup>, Francisco José Maia Pinto<sup>4</sup>, Luisa Maria Oliveira Pinto<sup>5</sup>, Rafaella Maria Monteiro Sampaio<sup>6</sup>

1. Nutricionista. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: regisfrs@hotmail.com;

2. Nutricionista. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), Campus Limoeiro do Norte- Ceará-Brasil. E-mail: larissarodrigues.nutri@gmail.com;

3. Nutricionista. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), Campus Limoeiro do Norte- Ceará-Brasil. E-mail: karemc.cavalcante@gmail.com;

4. Estatístico e Matemático. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da UECE, Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: maiapinto@yahoo.com.br;

5. Nutricionista. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: luisapan2009@hotmail.com;

6. Nutricionista. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: rafaellasampaio@yahoo.com.br.

Email: regisfrs@hotmail.com

Palavras-chave: Hábitos Alimentares. Promoção da Saúde. Nutrição em Saúde Pública.

### INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde (PS) é entendida como uma estratégia de articulação transversal, integrada, inter e intra-setorial, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, respeitando as diferenças entre as necessidades, os territórios e as culturas presentes no nosso país. Defende radicalmente, a equidade, e incorpora a participação e o controle social na gestão das políticas públicas de saúde, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade. Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 687/GM de 30 de março de 2006 que dispõe sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que instituiu no cenário nacional o compromisso do Estado na ampliação e qualificação das ações de PS nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007).

Assim, entende-se como espaços de PS, todos os locais onde se desenvolvem atividades de cuidado humano, sejam unidades de saúde ou outros espaços coletivos, a exemplo das escolas, onde há a possibilidade de se realizar atividades educativas com vistas à PS dos indivíduos (BRASIL, 2006). Desse modo, as intervenções em saúde ampliam seu escopo, tomando como objeto, problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, e ao mesmo tempo, desenvolvendo ações e serviços que operem para além dos muros das unidades de saúde. Assim, a escola tem um papel fundamental na aquisição de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos nocivos. A intervenção personalizada de monitorização da vigilância da saúde das crianças e jovens complementa-se com a execução de programas e projetos dirigidos aos problemas de saúde prioritários, identificados pelos próprios sujeitos em seus ambientes (COSTA et al., 2013).

Portanto, a escola deve ser um espaço social importante para o desenvolvimento transdisciplinar, por ser um local de criação de muitas possibilidades, além de ser apropriado para a execução de uma educação para saúde consciente, satisfatória e ordenada, instrumentalizando os alunos para a vida cotidiana (LOPES et al., 2007).

Considerando-se a afirmativa de Gonçalves et al., (2008) de que a escola se constitui um espaço com franca potencialidade para desenvolver atividades de PS, pautados nos princípios humanísticos e sociais. Objetivou-se descrever as experiências e vivências alcançadas por meio do Estágio Curricular em Saúde Coletiva (ECSC), realizado pelos acadêmicos do curso Bacharelado em Nutrição do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), Campus Limoeiro do Norte.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência. As atividades foram realizadas na Escola de Ensino Infantil e Fundamental Ester Guimarães Malveira, localizada em Limoeiro do Norte, Ceará, no período de 2 de março a 6 de abril de 2015. Assim, de acordo com Infante (1998), um relato de experiência faz parte dos gêneros pertencentes ao domínio social da memorização e documentação das experiências humanas, situando-as no tempo.

Todas as ações educativas continuam: nome da atividade, tema geral, objetivo, público alvo, metodologia, material utilizado, tempo estimado e método avaliativo (pautado nas metodologias ativas). Todas as ações foram executadas em parceria com os professores, pais, alunos, núcleo gestor e funcionários de serviços gerais.

As referidas atividades foram resultantes do Estágio Curricular em Saúde Coletiva dos acadêmicos do curso Bacharelado em Nutrição do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), *Campus Limoeiro do Norte*. Estas foram descritas neste trabalho por meio de quatro tópicos: “O que você gostaria de contar sobre a experiência?”; “O que você e a sua equipe aprenderam com essa experiência?”; “Que desafios foram encontrados para o seu desenvolvimento?”; e “O que você mais gostou e o que você não gostou?”.

As experiências foram analisadas de acordo com o referencial teórico pertinente ao tema, assim como, por meio das inferências e vivências tidas pelos próprios autores do relato.

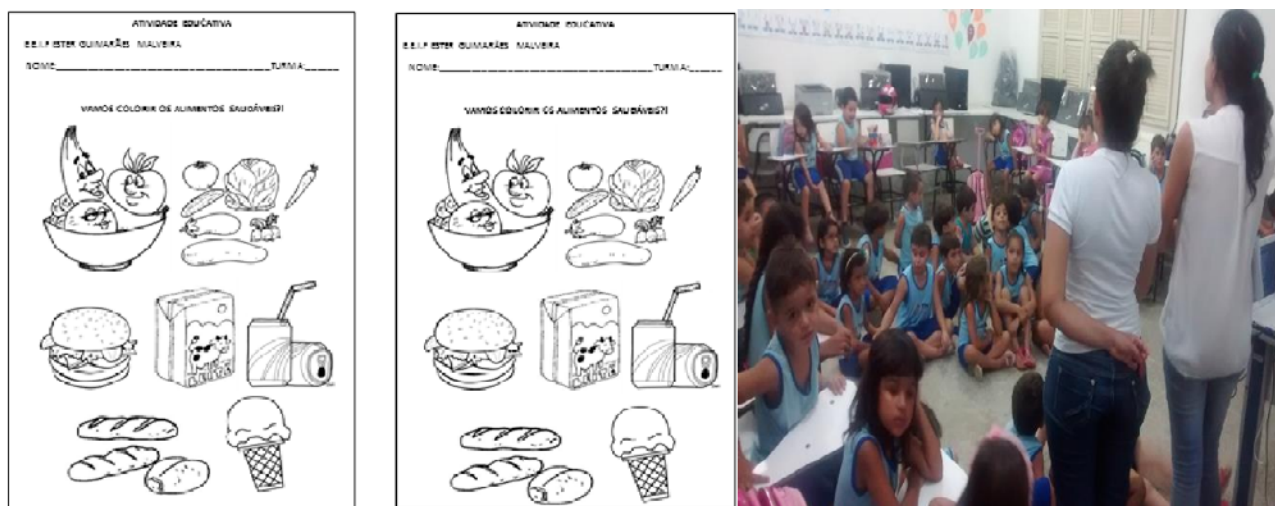
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O que você gostaria de contar sobre a experiência?

O ECSC forneceu suporte aos estagiários durante o processo de ensino-aprendizagem, desenvolvendo nos mesmos a capacidade de construir e reconstruir conhecimentos científicos, dialogando com a prática, e associando o conhecimento teórico ao desenvolvimento das habilidades de observar, criticar, planejar e executar atividades pedagógicas capazes de contribuir para a transformação da realidade local, sendo de extrema importância por abranger a Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, o Estágio Curricular em Saúde Coletiva, que teve também como um dos objetivos, a preparação dos alunos para o ingresso no mercado de trabalho na área da Saúde Coletiva, proporcionou a familiarização com o trabalho do profissional Nutricionista e a oportunidade de pôr em prática os conhecimentos adquiridos durante o curso. As atividades desenvolvidas, basearam-se naquelas desempenhadas pelo Nutricionista, que incluem ações de educação nutricional, rastreamento de risco nutricional na população, com consequente intervenção nos casos necessários, avaliação e atendimento nutricional, entre outras atribuições.

As primeiras ações que se realizaram foram: mapeamento do local de estágio (reconhecimento da escola e observação da rotina dos alunos), além de questões propostas e respondidas, relativas ao fluxograma do local, materiais e equipamentos disponíveis (observação da estrutura física, equipamentos e móveis) e número de funcionários com seus respectivos cargos (troca de informações com as merendeiras relativas à aceitação da merenda e conhecimentos na área de boas práticas de manipulação de alimentos, assim como, a participação na rotina da escola e na reunião bimestral realizada com os pais, núcleo gestor e o quadro de funcionários).

Estas ações serviram de suporte para a escrita do “Plano de Estágio”, necessário para sistematizar as atividades que foram realizadas. Entre elas, destacou-se a atividade que teve como público alvo, as crianças de 3 a 5 anos (total de 8 turmas, aproximadamente 120 alunos), sobre alimentação saudável, por meio de uma ação de educação nutricional, vídeo educativo os “Nutriamigos”. Este retratou a importância de uma alimentação variada e saudável, foi apresentado às crianças, de forma lúdica e didática, sobre os diferentes grupos alimentares e suas respectivas funções. Mostrou-se a importância da realização de todas as refeições de forma completa, além de incentivar o consumo de frutas, legumes e verduras. Após a exibição do vídeo, foi levantado uma conversa informal sobre a aprendizagem com o vídeo, e para concretizá-la foi entregue a cada um deles, a impressão em preto e branco de um desenho contendo diversos “alimentos saudáveis” e “não saudáveis”, onde deveriam pintar somente os “alimentos saudáveis” (Figura 1A e 1B).



**Figura 1A e 1B.** Atividade “nutriamigos”, desenho dos alimentos saudáveis e alimentos não saudáveis.

**Fonte:** Arquivo próprio.



Outra atividade que foi realizada com os estudantes foi uma ação de educação nutricional, apresentação do teatro “reeducação alimentar do lobo mau”. Nesta, demonstrou-se, por meio do lúdico, os prejuízos que o consumo de “alimentos não saudáveis” pode causar à saúde, além de despertar a curiosidade neles por novos alimentos, possibilitando-lhes a escolha por alimentos mais saudáveis, considerando-se a autonomia dos respectivos pais. Construiu-se um cenário e uma caracterização dos personagens para apresentação do teatro. Na encenação, apresentaram-se os personagens que se “alimentavam mal” adoeciam e não cresciam adequadamente, bem como, os personagens que se “alimentavam adequadamente”, cresciam fortes e saudáveis (Figura 2).



**Figura 2.** Apresentação do teatro “reeducação alimentar do lobo mau”.

**Fonte:** Arquivo próprio.

A “oficina das frutas” foi outra atividade, onde se buscou mostrar às crianças, a importância de um consumo regular de frutas (com ênfase nos alimentos regionais), além de proporcionarem novos sabores. Este momento foi realizado da seguinte maneira: no dia anterior, foi enviado aos pais dos alunos um bilhete informativo solicitando-lhes que, se possível, enviassem uma fruta para ser usada na oficina. Os alunos foram divididos em três grupos, sendo cada grupo orientado por um estagiário. Os alunos manipularam os alimentos (as frutas já estavam devidamente higienizadas e cortadas) e fizeram uma salada de frutas; durante o preparo da salada, as frutas foram apresentadas com as respectivas características nutricionais, e posteriormente, consumida por eles (Figura 3).



**Figura 3.** Educação nutricional: “oficina das frutas”.

**Fonte:** Arquivo próprio.

Realizou-se também atividades educativas com sete merendeiras sobre “Boas Práticas de Manipulação de Alimentos em Serviços de Alimentação e Nutrição” correspondente a um minicurso, com carga horária total de 10 horas, pois se percebeu a sua necessidade, diante da falta de conhecimento acerca das Boas Práticas de Manipulação de Alimentos. Assim, o objetivo dessa ação foi repassar os conhecimentos básicos e necessários sobre as boas práticas, nos serviços de alimentação e nutrição. Além disso, pretendeu-se mostrar: os tipos de contaminação que poderiam ocorrer com os alimentos; as principais doenças transmitidas pelos alimentos; a importância da saúde do manipulador; informações sobre os microrganismos, assim como, as condições para multiplicação dos mesmos; a importância do ambiente de manipulação e os cuidados com a água; manuseio correto do lixo; o controle de vetores e pragas; e o funcionamento do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Além dessas atividades, realizou-se também um “lanche funcional: conhecendo a funcionalidade dos alimentos”, com todos os funcionários da instituição. Objetivou-se com essa ação incentivar os hábitos e escolhas alimentares saudáveis; apresentar os alimentos presentes à mesa e fornecer informações sobre suas propriedades funcionais; inserir o consumo de alimentos funcionais, mostrando seus benefícios; proporcionar aos funcionários o conhecimento sobre as opções das preparações feitas; e levá-los a realizarem boas escolhas alimentares (Figura 4).



**Figura 4.** Atividade “lanche funcional: conhecendo a funcionalidade dos alimentos”

**Fonte:** Arquivo próprio.

Além disso, desenvolveu-se um “manual: como fazer escolhas saudáveis para o lanche das crianças?”, direcionado aos cuidadores/pais. Com este produto didático, objetivou-se mostrar aos pais/cuidadores a importância da alimentação saudável, precocemente, e fornecer dicas de como ela poderia ser realizada. Ainda, procurou-se alertar os cuidadores sobre os perigos de determinados alimentos industrializados/processados (salgadinhos, biscoitos, refrigerantes, etc.) e sugeriu-se receitas de preparações de lanches simples e nutritivos para serem levados pelos filhos para consumirem na escola.

#### **O que você e a sua equipe aprenderam com essa experiência?**

Foram muitos os aprendizados. Os mais relevantes referiram-se principalmente, à importância de se trabalhar em equipe e com o interprofissionalismo. Além disso, destaca-se a relevância das ações de educação e promoção da saúde, principalmente, no contexto escolar. As atividades em parceria com os profissionais da Atenção Básica foram essenciais. As dificuldades foram muitas, mas superá-las, foi extraordinário e visualizar os resultados/frutos destas ações, sem dúvida, foi o maior aprendizado e resultado alcançado que se obteve com este estágio em Saúde Coletiva.

#### **Que desafios foram encontrados para o seu desenvolvimento?**

O maior desafio foi o próprio ambiente escolar, os referidos estagiários foram os pioneiros a realizarem uma parte do estágio em Saúde Coletiva em uma escola, geralmente, com as turmas anteriores, tal atividade restringir-se-ia as Unidades Básicas de Saúde. Logo, o ambiente escolar foi algo “novo”, “diferente”, “estranho”. Por isso, o “medo”, a insegurança do “novo” é compreensível, porém, os preconceitos devem ficar de fora desse processo, pois, eles podem impossibilitar de se conhecer de fato, o real lugar que é uma escola e suas potencialidades enquanto espaço de promoção da saúde, e, tais preconceitos poderão contribuir para o não desenvolvimento profissional e humano dos educandos, que estão em constante processo formativo.

Conseguiu-se superar a insegurança e se realizou um excelente trabalho de educação em saúde com alunos, funcionários e pais. Pontuou-se como dificuldades, a própria falta de espaço para a realização de algumas atividades que se planejou. No entanto, venceu-se muitas delas através de acordos com os professores e com o núcleo gestor. Desta maneira, mesmo diante destes desafios, as avaliações realizadas possibilitaram-se inferir que todos os objetivos foram alcançados, e que, para muito além do processo avaliativo em si, o crescimento pessoal, humano, foi a maior das conquistas e aprendizado desse estágio.

#### **O que você mais gostou e o que você não gostou?**

O que mais marcou nos sujeitos realizadores das ações, indivíduos abertos ao processo formativo significativo, foi a participação de toda a comunidade escolar (alunos; todo apoio do núcleo gestor, com destaque para a atenciosa e prestativa diretora; professores, principalmente, e os pais), bem como, superar os desafios, medos, angústias,

superação pessoal - em relação ao trabalhar com o público infantil de um membro da equipe. Observou-se como não positivo, a logística, no sentido das dificuldades encontradas para se desenvolver algumas atividades, porém isso, não foi empecilho para que não houvesse a consolidação dos trabalhos.

## CONCLUSÃO

Avaliou-se que todo o trabalho realizado, construído com os demais profissionais foi de suma importância para a saúde pública daquele contexto escolar.

O Sistema Único de Saúde, precisa de pessoas preparadas, compromissadas, para trabalharem na Saúde Pública, pois não é fácil, mas é gratificante e se precisa de pessoas com esse “Perfil Sanitarista”. Este profissional faz toda a diferença no “modelo SUS” que se almeja, pois se ter um profissional com “Perfil SUS” deve e pode ser superado, por meio de várias ações: Estágio Curricular em Saúde Coletiva em outros contextos, na escola, nos asilos de idosos, na comunidade, nas praças públicas, nas igrejas, enfim, ocupar os espaços e promover ações de promoção da saúde é preciso. Isto corrobora com a ideologia e com o movimento de Educação Popular em Saúde, com outros movimentos populares de cunho emancipacionista (educação libertadora de Paulo Freire), e com a própria ideologia do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

O SUS é nosso! Conquistado por meio de muita luta! Ainda hoje, encontra-se em uma constante batalha com as forças hegemônicas deste país. Portanto, a luta, em seu sentido mais fiel, por um SUS ideal, não pode cessar!

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. **Aprova a Política de Promoção da Saúde**. Diário Oficial da União (Brasília) [Internet]. 30 mar 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html). Acesso em: 31 jul 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- COSTA, et al. Promoção de saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2, p. 506-515, 2013.
- INFANTE, U. **Do texto ao texto – curso prático de leitura e redação**. São Paulo: Scipione, 1998.
- LOPES, et al. O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool. **Esc. Anna Nery**, v. 11, n. 4, p. 712-706, 2007.
- GONÇALVES, et al. A promoção da saúde na educação infantil. **Interface (Botucatu)**, v. 12, n. 24, p. 181- 192, 2008.

## AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE), *Campus* Limoeiro do Norte; e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), por total apoio na realização deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SOFRIMENTO PSÍQUICO ENTRE UNIVERSITÁRIOS

Soraya da Silva Trajano<sup>1\*</sup> (PG), Tallys Newton Fernandes de Matos<sup>1</sup> (PG), Nathalie Barreto Saraiva Vilar<sup>1</sup> (PG), Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>2</sup> (PQ).

1. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

Email: soraya\_trajano@hotmail.com

Palavras-chave: Promoção da saúde. Universidade. Sofrimento psíquico.

### INTRODUÇÃO

Os Estados Unidos, no início do século XX, foram o pioneiro em produzir estudos que investigasse a saúde mental do universitário, haja vista, o reconhecimento de que o ingresso na universidade acarreta alguns problemas de saúde mental. Portanto, é dever da universidade acolher todas as demandas que o universitário necessita para se desenvolver na vida acadêmica (PINHO, 2016).

O sofrimento psíquico é uma demanda, pois causam desconforto emocional, mal-estar psíquico, insatisfação e tristeza crônica, desmotivação, desesperança e dificuldades emocionais para resolver problemas do dia a dia. No qual, isso tem ocasionado muitos casos de trancamento do curso e mal desempenho (RIBEIRO; CUNHA; ALVIN, 2016).

A maior prevalência de sofrimento psíquico encontra-se em universitários que cursam a área da saúde e humanas. Os estudos abordam os cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem e Educação física com destaque para publicações envolvendo estudantes de medicina e transtornos mentais comuns (TMC). Notou-se também que isso traz como consequências maiores riscos de suicídio e depressão (ANDRADE et al, 2016).

Os fatores estressores que levam ao sofrimento e adoecimento são: carga horária integral, ritmo acadêmico intenso, pressão com os prazos de entrega dos trabalhos, ansiedade em obter boas notas, preocupação com o futuro, afastamento dos familiares e amigos, confronto com a morte quando cursam a área da saúde, dentre outros (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al, 2014).

Observa-se que a existência de apoio social interfere na saúde geral do indivíduo. Portanto, verifica-se que o suporte emocional ao estudante oferece condições propícias de enfrentamento às circunstâncias estressantes, minimizando o estresse psicológico e facilitando o processo de aprendizagem. Ressalta que é de suma importância o desenvolvimento de programas de promoção da saúde pela instituição com a finalidade de permitir autonomia no manejo do estresse (SILVA; CERQUEIRA, LIMA, 2014).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi investigar a produção científica sobre a promoção da saúde no sofrimento psíquico entre universitários.

### METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa, método que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões, avaliação crítica e síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas e categorização; avaliação; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

As buscas foram realizadas nas bases de dados LILACS e MEDLINE por meio da utilização de forma associada dos seguintes descritores: Promoção da saúde; sofrimento psíquico e universidade. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos científicos com o texto disponibilizados na íntegra com a temática abrangendo promoção da saúde na saúde mental dos universitários; divulgados em português, inglês e publicados nos últimos cinco anos, no período compreendido entre 2012 e 2016.

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2017. Para a caracterização dos estudos selecionados as seguintes informações foram extraídas e organizadas em um quadro: título, periódico, ano de publicação, objetivo e método empregado.



Os estudos selecionados foram avaliados criteriosamente, as informações extraídas foram categorizadas, construindo-se os grupos temáticos e analisadas de forma descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca inicial foram encontrados 29 artigos, 4 na LILACS e 21 na MEDLINE. Foram excluídos estudos que conforme percebido através do título ou após leitura do resumo, não atendiam ao tema proposto. Dos 9 artigos lidos na íntegra, 7 responderam à questão norteadora e definiram a amostra final desta revisão. Os dados do Quadro 1 resumem as informações dos estudos analisados.

**Quadro 1** – Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, periódico e ano de publicação, objetivo e método empregado

Título	Periódico	Ano	Objetivo	Método
Uma intervenção guiada on-line do ACT para melhorar o bem-estar psicológico dos estudantes universitários: um ensaio clínico controlado randomizado	Pesquisa e Terapia de comportamento	2016	Examinar uma intervenção psicológica em linha com o objetivo de melhorar o bem-estar dos estudantes universitários	E s t u d o quantitativo
Distúrbio psicológico e estilo de vida dos alunos: implicações para a promoção da saúde	Health Promotion International	2014	Compreender como os comportamentos de risco se agregam e se relacionam com o sofrimento psicológico e o enfrentamento entre essa população é importante para a promoção da saúde.	E s t u d o quantitativo
Uma revisão avaliadora da pesquisa de resultados sobre programas universais de promoção e prevenção da saúde mental para estudantes de ensino superior	Jornal da American College Health	2013	Avaliar a eficácia dos programas universais de promoção e prevenção da saúde mental para estudantes de ensino superior	R e v i s ã o Literatura
Promovendo o Ajuste Psicossocial e o Gerenciamento do Estresse em Estudantes Universitários de Primeiro Ano: os benefícios do envolvimento em um Seminário de Bem-Estar Psicossocial	Jornal da American College Health	2013	Avalia a eficácia de um seminário de bem-estar psicossocial para estudantes universitários de primeiro ano, de 2009 a 2011	Quantitativo
Uso de drogas e sofrimento psíquico numa universidade do Sul do Brasil	Psicologia em revista	2012	Analisar o banco de dados da universidade e estudar a associação entre o uso de substâncias psicoativas e distúrbio psiquiátrico menor entre membros da comunidade universitária (docentes, estudantes e funcionários).	Quantitativo
Sentido de coerência e resistência como preditores da saúde mental dos estudantes universitários	International Quartely of Community Health Education	2013	Especificar um modelo de regressão teórico, sensorial de coerência e de resistência para prever a saúde mental dos estudantes universitários.	Quantitativo
Piloto de um briefing baseado em computador Intervenção de múltiplos comportamentos de saúde para estudantes universitários	Jornal da American College Health	2012	Desenvolver uma intervenção de comportamento de saúde múltipla com base em computador.	Quantitativo

Dentre os sete artigos incluídos para análise, notou-se, que o predomínio de publicações nas revistas foi heterogêneo, porém o *Jornal da American College Health* publicou três artigos do que as demais. No que diz respeito ao ano, observou-se que foram publicados de 2012 a 2016, com ênfase para o ano de 2013, com três artigos.

No que concerne aos objetivos, todos estudos buscaram analisar a promoção da saúde no sofrimento psíquico entre universitários. Em relação ao método empregado para construção da pesquisa, um estudo foi de revisão e seis quantitativos.

Após a leitura minuciosa, foi possível organizar o conteúdo dos artigos selecionados em duas categorias: “Estratégias de promoção da saúde mental” e “Comportamentos de risco”.

### **Estratégias de promoção da saúde mental**

Observa-se que a população universitária não tem o costume de procurar os serviços de apoio psicológico quando necessitam por vários motivos, como comodismo, falta de tempo, medo e autossuficiência. Entretanto, como sabe-se que essa população passa a maior parte do tempo conectada na internet, utilizar-se desse meio como forma de fornecer serviços terapêuticos visando a saúde mental, pode ser uma opção estratégica oportuna para as universidades (RASANEN et al, 2016).

Estudos comprovam que os estudantes que participaram de programas de prevenção e promoção da saúde mental reduzem significativamente o estresse psicológico e as consequências associadas e ajuda aumentar a autoestima, autoconfiança, habilidades pessoais e interpessoais e a performance acadêmica (CONLEY; DURLAK; DICKSON, 2013).

O engajamento dos alunos nos programas de prevenção e promoção em saúde mental é um dos desafios para uma intervenção eficaz. Supõe que quanto mais o aluno estiver engajado nas ações maior será o impacto das intervenções sobre os fatores psicossociais e na gestão do stress (CONLEY; TRAVERS; BRYANT, 2013).

As construções de Hardness e sentido de coerência são também estratégias importantes para a saúde mental. Basicamente o primeiro, consiste em desenvolver habilidades cognitivas e comportamentais de adaptação a situações inusitadas e que ameaçam o bem-estar psicológico e o segundo resulta na sensação de resistência a eventos estressores ao seu redor. Ambos contribuem para a melhoria da qualidade de vida (KNOWLLEN et al, 2013).

### **Comportamentos de risco**

O estresse psicológico vivenciado pelo universitário desencadeado por fatores extrínsecos e intrínsecos do meio acadêmico está associado com a aquisição de comportamentos de riscos como por exemplo, sedentarismo, alimentação inadequada e consumo de álcool e tabaco (DEASY et al, 2014).

O aumento do consumo de álcool e outras drogas tem sido evidenciado, pois é utilizado pelos jovens mais vulneráveis como uma forma de aliviar os sintomas do estresse. Entretanto, o consumo de drogas é fator de causa e consequência para sintomas de TMC como estresse, ansiedade, depressão, insônia e distúrbios alimentares (HORTA; HORTA; HORTA, 2012).

### **CONCLUSÃO**

O nível de evidência dos estudos analisados aponta que a relação entre promoção da saúde e sofrimento psíquico dentro da universidade necessita de discussões para a elaboração de estratégias para o enfrentamento, pois nota-se ainda uma despreocupação das instituições com a manutenção do bem-estar integral do aluno e grande investimento na formação técnica e profissional. Investimentos sobre programas de prevenção do sofrimento psíquico e intervenções sobre os comportamentos de risco garantem melhor aproveitamento e êxito acadêmico pelo estudante.

Neste contexto, conclui-se que há necessidade de que se desenvolva mais estudos com a finalidade de contribuir com informações para repensar a promoção da saúde no sofrimento psíquico entre universitários, além de novos caminhos entre a relação universidade e estudante para que seja alcançado o fortalecimento da saúde mental dos universitários.

### **REFERÊNCIAS**

ANDRADE, A. S. et al. Vivências Acadêmicas e Sofrimento Psíquico de Estudantes de Psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, v. 36, n. 4, p. 831-846, 2016.

- CONLEY, C. S.; DURLAK, J. A.; DICKSON, D. A. An Evaluative Review of Outcome Research on Universal Mental Health Promotion and Prevention Programs for Higher Education Students. **Journal of American College Health**, v. 61, p. 286-301, 2013.
- CONLEY, C. S.; TRAVERS, L. V.; BRYANT, F. B. Promoting Psychosocial Adjustment and Stress Management in First-Year College Students: The Benefits of Engagement in a Psychosocial Wellness Seminar. **Journal of American College Health**, v. 61, p. 75-86, 2013.
- DEASY, C. et al. Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. **Health Promotion International**, v. 30, n. 1, p. 77-87, 2015.
- HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; HORTA, C. L. Uso de drogas e sofrimento psíquico numa universidade do Sul do Brasil. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, v. 18, n. 2, p. 264-276, 2012.
- KNOWLDEN, A. P. et al. Sense of Coherence and Hardiness as Predictors of the Mental Health of College Students. **International Quarterly of Community Health Education**, v. 33, n. 1, p. 55-68, 2013.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- PINHO, R. Caracterização da clientela de um programa de atendimento psicológico a estudantes universitários. **Psicologia, Conocimiento y Sociedad**, v. 6, n. 1, p. 114-130, 2016.
- RASANEN, P. et al. An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. **Behaviour Research and Therapy**, v. 78, p.30-42, 2016.
- RIBEIRO, M. G. S.; CUNHA, C. F.; ALVIM, C. G. Trancamentos de Matrícula no Curso de Medicina da UFMG: Sintomas de Sofrimento Psíquico. **Rev. bras. educ. med.**, v. 40, n. 4, p. 583-590, 2016 .
- SILVA, A. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; LIMA, M. C. P. Apoio social e transtorno mental comum entre estudantes de Medicina. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 17, n. 1, p. 229-242, 2014 .
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Síndrome de Burnout entre estudantes de graduação em enfermagem de uma universidade pública. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 934-41, 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio e incentivo na realização dessa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

Sarah Lima Verde da Silva<sup>\*1</sup>, Helder de Padua Lima<sup>2</sup>

*1 Mestrado Profissional em Planejamento de Políticas Públicas. Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza- Ceará-Brasil.*

*2 Doutorado em Enfermagem - Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: sarahlimaverde@yahoo.com.br

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; Dependência Química; Políticas Públicas.

### INTRODUÇÃO

Atualmente, o enfrentamento do uso problemático de drogas constitui uma demanda mundial. Sob a prerrogativa da necessidade de interligar as entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso ou dependência de substância psicoativa, instituiu-se por meio da Portaria nº 3.088 as Comunidades Terapêuticas como um dos pontos de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso drogas psicoativas.

Em Caucaia, município cearense pertencente à região metropolitana de Fortaleza, as Comunidades Terapêuticas encontraram um terreno fértil para sua ascensão. Apesar de contar com serviços formais de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o município ganha destaque no estado pela quantidade de Comunidade Terapêuticas em funcionamento, fato que dificulta o monitoramento por parte dos órgãos competentes e desperta para questionamentos acerca do modo como tem se efetivado ou não, como modalidade de tratamento para dependentes químicos.

Diante do exposto, o presente estudo tenta solucionar o seguinte problema: Comunidades Terapêuticas funcionam conforme a legislação que versa sobre o tema? De modo a responder o questionamento, desenvolveu-se esse estudo com o objetivo de analisar o funcionamento de Comunidades Terapêuticas do município de Caucaia a partir do que institui a Política sobre Drogas no Brasil.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem predominantemente qualitativa, realizado em quatro comunidades terapêuticas localizadas no município de Caucaia – CE.

Participaram da pesquisa nove profissionais que atuavam nas Comunidade Terapêuticas e dezenove usuários em tratamento, totalizando vinte e oito sujeitos. O número de participantes foi definido utilizando-se a técnica de saturação de informações.

A coleta de dados foi realizada através de duas técnicas: observação participante e entrevista semiestruturada. Durante a observação participante era preenchido um *check list* elaborado com base em documentos oficiais que regulamentam o funcionamento das Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). A entrevista com os participantes ocorreu por meio de um roteiro contendo questões acerca do funcionamento das Comunidades Terapêuticas. O anonimato das instituições e dos participantes foi mantido.

Após a coleta, procedeu-se à análise de conteúdo, de acordo com as etapas propostas por Bardin (2009): leitura dos documentos; destaque das ideias que mais se repetem; alocação das expressões e palavras com o mesmo sentido em uma mesma categoria; construção de categorias com base nas regras de homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e pertinência; e término da análise ao ser identificado o ponto de saturação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização das Comunidades Terapêuticas

Nesta primeira categoria temática realizou-se a caracterização das comunidades terapêuticas nas quais o estudo foi desenvolvido.

Contatou-se que as comunidades terapêuticas estavam localizadas predominantemente no perímetro urbano do município de Caucaia, tinham tempo mínimo de cinco anos de fundação, eram de natureza privada e sem fins lucrativos. Três comunidades terapêuticas tinham histórico de várias mudanças de endereço desde a sua fundação, fato que poderia dificultar seu monitoramento pelos órgãos competentes. Logo, verificou-se que metade das instituições encontrava-se em situação irregularidade, e o restante regular.

Não se pode mensurar precisamente a quantidade de Comunidades Terapêuticas no Brasil. O desencontro de informações sugere que há diversas entidades funcionando sem nenhum tipo de registro, o que traz desafios relacionados à fiscalização do cumprimento de requisitos mínimos de funcionamento (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Sobre as características gerais das Comunidades Terapêuticas observou-se que em metade das Comunidades Terapêuticas o acesso era viabilizado por alguma Igreja. Isso demonstra o vínculo, confiança e poder entre essas instituições. Duas Comunidades Terapêuticas seguiam os preceitos legais e admitiam apenas residentes voluntários, as demais realizavam admissões de caráter involuntário e compulsório. Ressalte-se que em todas as instituições pesquisadas o público alvo era o masculino.

Ao contrário do determinado legalmente, metade das instituições não determinava a capacidade de vagas e o tempo de internação. Nestas, seguia-se um tempo de internação determinado, segundo os entrevistados, pela “vontade de Deus”. Nestas Comunidades Terapêuticas as condições do ambiente físico eram precárias, sendo os residentes acomodados, por exemplo, em varandas ou estâbulos.

Nenhuma Comunidade Terapêutica adotava um valor mensal fixo a ser pago pelos internos e apenas uma tinha vagas gratuitas conveniadas com o governo estadual.

No que diz respeito aos aspectos assistenciais, duas comunidades terapêuticas possuíam apenas residentes monitores na equipe de trabalho, as demais tinham contavam com psicólogo, educador físico, técnico de enfermagem, conselheiros e monitores. O fato de haverem técnicos de enfermagem trabalhando sem a presença/supervisão de um enfermeiro contraria o que prevê o Conselho Federal de Enfermagem.

Comunidades Terapêuticas não se configuram como serviços de saúde. O principal instrumento terapêutico utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deve ser a convivência entre os pares. Assim, não há exigência quanto à composição de uma equipe multidisciplinar, apenas de um responsável técnico de nível superior (em qualquer área). Por outro lado, a legislação destaca a necessidade de manter uma articulação com a Rede de Atenção Psicossocial quando houver necessidade de suporte psicossocial (BRASIL, 2011a).

No tocante às visitas de familiares, três comunidades terapêuticas estipulavam um tempo mínimo para que os residentes pudessem recebê-las e, ainda assim, as mesmas só eram permitidas após parecer favorável da instituição. Partilhava-se a crença de que o encontro com os familiares sem o devido parecer da instituição pudesse agravar conflitos. Apenas uma instituição permitia o acesso livre dos familiares diariamente.

Em relação as atividades desenvolvidas nas comunidades terapêuticas, destacaram-se: laborterapia (organização e limpeza do ambiente, preparo de alimentação), atividades de cunho religioso (louvores, leitura da Bíblia, culto, adoração, vigília, jejum, oração), atividades esportivas e recreativas (futebol, banho de piscina), grupos baseados nos Doze Passos adotados em grupos de autoajuda e visitas de familiares. Foi mencionada a “sonoterapia” como atividade ofertada aos residentes, no entanto, tratava-se de um momento de sono/repouso sem cunho terapêutico ou cuidado profissional.

Desde as primeiras Comunidades Terapêuticas os residentes assumiam completamente a responsabilidade pela administração da vida diária e da operação das instalações que ocupavam. Hoje, em algumas dessas instituições, subsídios do governo suplementados por fundos privados auxiliam nas despesas, não obstante, o trabalho segue sendo visto como necessário em termos físicos, psicológicos e sociais. Embora ainda fundamentada na necessidade, o trabalho é defendido com profunda significação social e psicológica no processo de recuperação pelos seus interessados, que organiza inclusive as atividades veladamente baseado em uma lógica hierárquica e de poder (DE LEON, 2003).

À exceção de uma Comunidade Terapêutica que lidava com a espiritualidade sem conotação diretiva religiosa, as demais trabalhavam rotineiramente atividades de cunho religioso, claramente tendenciosas para as práticas evangélicas protestantes.

A predominância de práticas evangélicas no contexto em estudo decorre de um cenário sócio-político anterior de surgimento desses equipamentos no Brasil, definido pelo aumento do uso de drogas na população, escassez de programas de tratamento específico e por uma política pública para usuários de drogas ainda sem definição clara. Logo, entende-se hoje o motivo pelo qual muitas Comunidades Terapêuticas, também cunhadas como “Centros de Recuperação”, são financiadas ou cofinanciadas por entidades religiosas e pelo Estado, tendo como projeto terapêutico o tratamento religioso. Este tipo de tratamento tem como objetivo substituir ou incrementar outras formas de cuidado, como a medicamentosa (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Os achados expostos nessa primeira categoria permitem caracterizar as Comunidade Terapêuticas como espaços que, apesar das irregularidades observadas com relação a alguns requisitos previstos por lei, acolhem demanda significativa de dependentes químicos e ofertam um tratamento que podem estar na contramão dos ideais do Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro e da Política Nacional sobre Drogas.

#### Semelhanças no tratamento ofertado pelas Comunidades Terapêuticas

A presente categoria foi elaborada de modo a apresentar e discutir as semelhanças encontradas no tratamento ofertado pelas Comunidades Terapêuticas, a saber: a abstinência como objetivo, a abordagem de cunho espiritual e religiosa, a participação familiar e a frágil articulação com a RAPS.

O tratamento nas Comunidade Terapêutica ocorria por meio de internação de longa duração, em regime residencial e tinha a abstinência como foco. As falas a seguir ilustram os achados:

*“Só de eu estar aqui me tratando, não estou usando droga, não estou mais bebendo nem nada. Eu me sinto bem só em estar aqui e não estar lá fora usando essas coisas que não prestam.”* (Entrevistado 23)

*“Eu preciso para que eu me mantenha limpo”* (Entrevistado 29)

Diferente da proposta de tratamento de longo período, o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro sugere que o tratamento em regime integral seja uma alternativa apenas quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes. É direito da pessoa com transtorno mental ser tratada preferencialmente em serviços de base comunitária. Nesse sentido, reforça-se a intenção de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, de modo a evitar a institucionalização, marcadamente presente na história de tratamento em saúde mental (BRASIL, 2001b).

A Resolução 01/2015 do CONAD estabelece o período máximo de 1 ano para tratamento em Comunidade Terapêutica. Já a Resolução 29 da ANVISA de 2011 institui que durante o período de permanência na Comunidade Terapêutica deve ser assegurado ao residente cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de substâncias psicoativas e violência (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2015).

De acordo com alguns relatos dos participantes, ficou evidente que o trabalho espiritual realizado era tendencioso para a religião à qual os responsáveis pela comunidade terapêutica compartilhavam:

*“Quem vem para cá sempre foi católico, é ex-macumbeiro ou essas coisas. Quando ele chega aqui, a gente pergunta: “Você quer aceitar Jesus novamente? Você quer ser crente, você quer servir à Deus?” Se ele disser que não quer a gente também não vai botar ele para fora não, ele fica lá...Mas se ele for um candomblecista, um macumbeiro, essas coisas, a casa não aceita...”* (Entrevistado 4)

Apesar da relevância da espiritualidade e religiosidade no tratamento de pessoas com dependência química, o modo como tais abordagens é realizado pode repercutir de várias formas na vida do sujeito, inclusive de maneira negativa, desrespeitosa ou mesmo criminoso. As falas destacadas demonstram preconceito em relação a algumas crenças e religiões, negação de algumas práticas religiosas e espirituais ou mesmo a não aceitação de determinadas opções religiosas.

Tanto a Declaração Universal dos Direitos Humanos, como a Constituição Federal de 1988 definem a liberdade de religião, prescrevendo que o Brasil é um país laico, portanto deve prevalecer a separação entre Estado e Igreja, o que não se observa absolutamente, a exemplo dos feriados nacionais religiosos por exemplo. Nesse sentido, inconstitucionalidades como o convênio do estado com comunidades terapêuticas religiosas ainda ocorrem (BRASIL, 2000).

Todos os participantes ressaltaram a importância da participação da família no tratamento, de modo a reforçar o apoio ao dependente químico mas, também, de modo a tentar lidar com o sofrimento e adoecimento que a dependência química traz aos familiares. Em alguns relatos ficou evidente que a Comunidade Terapêutica apenas permite a visita familiar, em outros percebeu-se a existência de acompanhamento profissional para familiares dos residentes:

*“Em relação ao contato familiar é estabelecido a partir de trinta dias a primeira visita, dependendo da relação entre o residente e o familiar. O que acontece na dependência química é uma relação de co-dependência em que,*

*muitas vezes, o próprio familiar atrapalha o tratamento desse indivíduo, que já vem dessa carência da relação junto de casa. Então, nós estudamos como e quando vai ser o primeiro contato saudável.” (Entrevistado 2)*

*“Nós temos três visitas no mês, a gente tem um atendimento que é só da família. Nesse atendimento a gente vai mostrar os pontos, muitos deles são co-dependentes da doença. Tem a visita também que é assistida com uma psicóloga.” (Entrevistada 28)*

*“A co-dependência é uma realidade nos lares que tem dependente químico. A família depende daquele adicto para se sentir bem e por conta disso acaba oprimindo e conduzindo a situação de forma errada. Nós valorizamos muito o atendimento com as famílias, a presença da família nas reuniões. É imprescindível para o crescimento do adicto.” (Entrevistado 29)*

Ressalte-se a importância do papel da família como principal fonte de apoio e sustentação no tratamento, essencial para manter o vínculo social do usuário de drogas. A família tem papel central e deve ser considerada como um apoio, ainda que apresente sinais de adoecimento decorrente de suas experiências traumáticas e vivências cotidianas impostas pelo usuário de drogas. Enquanto co-dependente, é necessário que a família tenha um acompanhamento terapêutico para aprender a lidar com estas situações e poder atuar junto a seu familiar usuário de drogas, de forma mais instrumentalizada, não permitindo que ele interfira em suas expectativas e projetos de vida (ALVAREZ et al, 2012)

O pensamento ecológico defende que as pessoas estão interligadas e interconectados, por conseguinte, a mudança em um indivíduo provoca reverberação em todo o sistema. Logo, a necessidade de submersão na rede de relações do indivíduo, onde a família de um modo geral surge a priori, apontam fatores de risco e proteção que servem para subsidiar ações efetivas de caráter preventivo ou de intervenção. (SOUSA; KANTORSKI; MIELKE, 2006).

As falas dos entrevistados denotam, ainda, fragilidades na articulação das Comunidades Terapêuticas com os demais serviços de atenção e apoio que compõem a RAPS. Em geral, quando a busca por atendimento nesses serviços ocorria era com o intuito de receber prescrição medicamentosa ou referência para internação hospitalar. Tais achados denotam um reforço à cultura de medicalização e segregação do usuário de drogas:

*“Costumamos utilizar sim, essa parceria é uma parceria necessária. O CAPS é o nosso apoio psiquiátrico, nesse ponto aí é que eu vejo a importância do atendimento no CAPS, eles vão proporcionar ao residente através da farmacologia a medicação correta, para que ele possa controlar os seus impulsos relacionados à abstinência.” (Entrevistado 29)*

A RAPS integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. São tidos como componentes da RAPS: atenção básica, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011c).

Conclui-se que o funcionamento das Comunidades Terapêuticas não atendia totalmente as determinações legais no que diz respeito a alguns aspectos como: ambiente físico, capacidade e condições de acomodação, equipe de trabalho, recursos terapêuticos e atividades ofertadas, tempo máximo de permanência do residente na instituição, objetivo do tratamento, respeito às singularidades dos residentes e articulação com dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.

Apesar das ilegalidades e irregularidades, as Comunidades Terapêuticas desempenham papel importante no acolhimento de usuários de drogas e familiares que, por vezes, encontram dificuldades em acessar espaços formais de tratamento, fato que contribui para seu fortalecimento e expansão.

## **CONCLUSÃO**

As Comunidades Terapêuticas podem oferecer uma importante contribuição para a compreensão e tratamento de uma parcela de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Para tanto, tais instituições dependem de instalações adequadas às necessidades dos indivíduos atendidos e equipes multidisciplinares integradas, que possam oferecer atenção em diferentes níveis, a partir de um modelo teórico coeso e com implicações práticas claramente definidas.

Com base nos resultados da pesquisa, pode-se afirmar que o funcionamento das Comunidades Terapêuticas não contemplava totalmente o que preconiza a Política Nacional Sobre Drogas e os ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira. Mesmo assim, a aceitação e o acolhimento encontrados em Comunidades Terapêuticas favorece a identificação dos sujeitos com o tratamento proposto, que tem como objetivo a abstinência.

Apesar das irregularidades observadas nas Comunidades Terapêuticas estudadas, estas podem atender as expectativas de muitas pessoas que dela usufruem. Logo, acredita-se que se houvesse um maior rigor na

fiscalização, monitoramento sistemático, supervisão com o intuito de ajustar as irregularidades e o incentivo do governo para a construção de Comunidades Terapêuticas públicas, estas poderiam ter grande potencial para efetivamente representar um modelo de tratamento substitutivo à lógica manicomial. Enquanto isso não se concretiza, fortes semelhanças podem ser identificadas entre o modelo de tratamento ofertado por Comunidades Terapêuticas e o manicomial pregresso.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ, SQ. et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):102-108.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Res. CNS 466/12**. Brasília, 2013. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução nº. 29, de 30 de junho de 2011.

**Diário Oficial da União**: poder executivo. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**: poder executivo. Brasília, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**: poder executivo. Brasília, 2001b.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização de Alexandre de Moraes. 16. Ed. São Paulo: Atlas, 2000.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica**: teoria, modelo e método. Edições Loyola: São Paulo, 1 edição, 2003.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.19, n. 54, p. 515-526, Set. 2015.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, fev. 2006. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762006000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 29 dez. 2016.



## **AGRADECIMENTOS**

Expresso minha mais profunda gratidão aqueles que se fazem diariamente presentes de Deus em minha vida: minha filha Julia, meu esposo Léo, meus pais Zeca e Nubia, meus amigos Helder e Aline.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

**Verbena Nunes Custódio de Araújo (PG) <sup>1\*</sup>, Ana Renha Guedes Peixoto Costa (PG) <sup>1</sup>, Isabela Melo Bonfim (PQ) <sup>2</sup>, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos (PQ) <sup>2</sup>, Aline Rodrigues Feitoza (PQ) <sup>2</sup>**

1. *Discente no Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE), Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará;*

2. *Docentes no Mestrado Profissional – Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE), Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará;*

Email: [vevecustodio@hotmail.com](mailto:vevecustodio@hotmail.com)

Palavras-Chave: Planejamento Familiar. Saúde do homem. Anticoncepção. Atenção primária a saúde.

## INTRODUÇÃO

As garantias previstas na constituição federal e na Lei no 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do Planejamento Familiar (PF), define como responsabilidade do Estado proporcionar condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da sua fecundidade (SILVA, 2017). Ou seja, os casais têm o direito de escolher se deseja ou não ter filhos.

O PF permite aos indivíduos espaçarem e limitarem as gestações de acordo com seu desejo, com impacto direto em sua saúde e bem-estar, bem como sobre o resultado de cada gestação, uma vez que permite seu espaçamento adequado, e pode atrasar a gravidez em mulheres jovens, reduzindo os riscos de problemas de saúde e de mortalidade materna e infantil. Além disso, ao reduzir as taxas de gravidez indesejada, o PF reduz a necessidade de abortos inseguros, que responde por 13,0% da mortalidade materna global (MOURA, 2014).

Em 27 de agosto de 2009, a Portaria nº 1.944 do Ministério da Saúde (MS) instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), tendo como principais objetivos promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; solucionar a restrição da responsabilidade sobre as práticas contraceptivas às mulheres, reconhecendo aos homens o direito à participação no PF, entre outras questões (COELHO, 2016).

Na prática, o PF preconizado pelo MS não é compatível com as ações realizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que, apesar de ser considerado prioritário, o PF ocupa plano secundário nos serviços de saúde, onde maior ênfase é dada ao ciclo grávido- puerperal (MOURA, 2014). As ações estão mais voltadas às mulheres, sendo o homem, adulto ou adolescente, esquecido pela equipe.

O PF está sendo substituído por Planejamento Reprodutivo devido ao fato desse planejamento poder ser realizado individualmente pelo homem, pela mulher ou pelo casal, independente de união estável (COELHO, 2016).

O serviço de PF é ofertado na ESF, por uma equipe multiprofissional, que inclui o assistente social, enfermeiro e médico. Cabe a esta equipe, promover ações de inclusão do homem, atendendo os princípios do PNAISH, estimulando-o a participar do planejamento reprodutivo.

Para o enfrentamento deste problema, é preciso o desenvolvimento de novos métodos ou estratégias para que o parceiro se reconheça como um participante ativo no processo reprodutivo.

De acordo com PEDRO (2016), para melhorar o nível de adesão aos serviços de PF e a taxa contraceptiva é preciso antes perceber o que os homens sabem sobre a matéria, o que pensam e como é que se comportam perante o assunto, para melhor delinear estratégias de intervenção adequadas aos beneficiários dos programas. Entender as percepções e experiências dos homens sobre o PF implica destrinchar o conceito de masculinidade(s), de gênero e a interseção entre esses dois conceitos e as variáveis classes sociais, raça, etnia e geração.

Mediante a problemática citada, questiona-se: qual a percepção do homem acerca da sua participação no planejamento familiar? Diante deste questionamento, optou-se por este estudo com o objetivo de descrever a percepção do homem acerca da sua participação no planejamento familiar.

## METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa (RI). A RI é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não- experimentais para uma compreensão completa

do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (SOUZA, 2010).

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nos portais da BVS, EBSCO e Pubmed, utilizando como descritores: planejamento familiar, saúde do homem, anticoncepção e atenção primária à saúde, sendo encontrados 3 artigos das bases de dados BDENF, 2 da Scielo e 2 da Lilacs. Todos estes atenderam aos critérios de inclusão: disponível em texto completo, tendo como assunto principal o planejamento familiar, no idioma português, publicados nos últimos 5 anos, pois, no campo da saúde, as pesquisas se modificam constantemente e de forma rápida. Após a leitura dos resumos e análise dos textos, alguns não ofereciam os dados conclusivos sobre o tema e outros não seguiam os critérios propostos, sendo descartados, porém podendo ser utilizados como referência.

A organização dos dados dos artigos foi realizada, após as leituras - analítica e sintética, e representada em quadro, contendo o nome dos autores, o ano de publicação, o objetivo e os principais resultados da pesquisa.

A análise procedeu com base nos aspectos positivos e negativos; evidência de contribuições, contradições, pontos de concordância e discordância ou divergências; e elaboração da crítica e/ou desenvolvimento de reflexões.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos selecionados foram organizados em um quadro com as informações: autores, ano de publicação, objetivo e principais resultados.

**Quadro** – Identificação dos artigos selecionados que falam da participação masculina no PF. Fortaleza, Junho, 2017.

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais resultados</b>
C o e l h o , A.C.S; Pereira, A.L.; N e p o m u ceno, C.C.	2016	Identificar, através das narrativas dos homens entrevistados, a percepção e o conhecimento dos mesmos acerca do planejamento reprodutivo, e analisar como o conhecimento sobre a temática influencia nas suas atitudes e decisões sexuais e reprodutivas.	Identificou a postura ativa dos homens em relação ao cuidado e à saúde sexual e reprodutiva, como também o reconhecimento da relevância do planejamento reprodutivo, apesar de nenhum entrevistado ter buscado tal assistência durante o processo da pesquisa.
Morais, A.C.B; Ferreira, A.G; Almeida, K.L; Quirino, G.S.	2014	Identificar as formas de participação masculina no processo de PF, bem como os fatores intervenientes nessa participação, conhecer os saberes masculinos acerca do método utilizado pelo casal e descrever como acontece o processo de negociação na escolha do método.	Os homens participavam do planejamento familiar, apoiando de forma logística suas companheiras. A responsabilidade sobre a contracepção era feminina, devido a pouca disponibilidade de tempo dos parceiros. Estes conheciam a camisinha e o contraceptivo oral hormonal, contudo pouco dialogavam sobre a negociação do uso do método contraceptivo.
Silva, G.S; Landerd ahl,		Descrever como as mulheres percebem a participação do companheiro no planejamento familiar.	Participação do companheiro se dá pelo apoio emocional e afetivo à mulher, pela ajuda no cuidado com os filhos e pelo provimento
M.C.;	2013		de recursos financeiros. O homem tem menor participação nas atividades de anticoncepção.
Langerd of, T.F.;			
P a d o i n , S.M.M;			
Vieira, L.B.;			
A n v e r s a , E.T.R.			

Casarin, S.T; Siqueira, H.C.H.	2014	Conhecer a visão das enfermeiras sobre a busca das ações e serviços de planejamento familiar pelos homens nos municípios de uma regional de saúde do Rio Grande do Sul.	Mostraram que os homens buscam os serviços para receberem preservativos ou para fazerem diagnóstico de alguma patologia, associada ou não à sua saúde sexual.
Soares, M.C.S; Souza, V.C.D; Costa, P.F.A; Paiva, R.M.O.A .S; Guerra, J.C.A; Freire, T.V.V.	2014	Analisar o conhecimento do gênero masculino frente aos métodos contraceptivos.	A visão masculina se processa diante de conhecimento limitado em relação à anticoncepção, que o gênero masculino ainda dita como a mulher deve se comportar diante da anticoncepção focando a responsabilidade apenas como feminina.
Pedro, V.M.; Mariano, E.C.; Roelens, K.; Osman, N.M.R.B	2016	Explorar as percepções e experiências dos homens que têm parceiras em idade reprodutiva sobre o PF no sul de Moçambique.	Os homens consideram que o seu papel no PF é de consentir que as parceiras façam planejamento.
Morais, A.C.B; Cruz, R.S.B.L. C; Pinto, S.L; Amorim, L.T.C.G; Sampaio , K.J.A.J;	2014	Conhecer a percepção feminina sobre a participação dos homens no planejamento familiar.	As mulheres percebem a participação do homem como insuficiente e acreditam que uma contribuição mais efetiva incluiria a ida do companheiro às consultas. Reconhecem ser importante essa contribuição, mas algumas mostram aceitação diante da ausência do homem, não cobrando esse envolvimento.

Coelho (2016) constatou que os homens acham relevantes sua participação no PF, porém não comparecem aos serviços de saúde, confirmando o que diz o estudo de Moraes (2014), que o homem não comparece devido a sua pouca disponibilidade de tempo, mas se reconhece como participante ao apoiar de forma logística suas companheiras. A maioria 5(71,42%) mostrou que o parceiro acredita que a anticoncepção seja uma responsabilidade somente feminina, no qual o papel deles é o de oferecer apoio emocional ou de consentir o uso do anticoncepcional. Pedro (2016) mostrou que os homens consideram o seu papel no PF apenas de consentir a mulher a fazê-lo, não sendo reconhecido como participante ativo, o que constata o resultado obtido no estudo de Soares (2014) ao afirmar que o gênero masculino ainda dita o planejamento reprodutivo como responsabilidade apenas feminina.

No estudo de Casarin (2014), foi evidenciada a presença do homem na unidade de saúde somente para adquirir preservativos ou para tratar de alguma infecção sexualmente transmissível (IST). O conhecimento dos homens acerca dos métodos contraceptivos é restrito a camisinha e ao oral hormonal, como diz no estudo de Moraes (2014), sem diálogo com a parceira sobre qual método utilizar.

Somente um estudo, Cruz (2014) citou a aceitação das mulheres acerca da não participação do parceiro nas consultas.

## CONCLUSÃO

Com esse estudo, constatou-se que os homens não se veem como participante ativo no planejamento reprodutivo. Apesar de conhecerem alguns métodos, acreditam que a sua participação se restringe a dar um suporte emocional a parceira, consentindo o método de escolha dela. A mulher é vista como a responsável pelo controle reprodutivo e o homem pelo apoio financeiro. Apesar das políticas públicas mais voltadas para o homem, ainda se vê uma deficiência, quando não se consegue reconhecer as singularidades existentes entre homens e mulheres. O planejamento familiar é um direito que está na Constituição Federal, e é direcionado para que a

paternidade e maternidade sejam vivenciadas de forma responsável, isto precisa ser respeitado. Necessita-se de mais ações dos profissionais, nos serviços de saúde, em busca de favorecer a participação masculina nas discussões sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

- Casarin, S.T.; Siqueira, H.C.H. Planejamento Familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2014; 18(4): 662-668.
- Coelho, A.C.S.; Pereira, A.L.; Nepomuceno, C.C. Saberes e práticas de homens perante o planejamento reprodutivo. Rev. Enfermagem. Cent. O. Min. 2016 set/dez; 6(3):2398- 2409
- Morais, A.C.B; Cruz, R.S.B.L.C; Pinto, S.L; Amorim, L.T.C.G; Sampaio, K.J.A.J; Participação masculina no planejamento familiar: o que pensam as mulheres? Cogitare enferm. vol.19 no.4 Curitiba Out./Dez. 2014.
- Moura, L.N.B; Gomes, Q.R.O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. Ciência & Saúde Coletiva, 19(3):853-863, 2014
- Pedro, V.M.; Mariano, E.C.; Roelens, K.; Osman, N.M.R.B. Percepções e experiências dos homens sobre o planejamento familiar no sul de Moçambique. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26(4): 1313-1333, 2016.
- Silva, J.M.B; Nunes, M.A. Planejamento familiar: uma base de dados. Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):510-519.
- Souza M.T.; Silva, M.D.; Carvalho, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. Einstein, 2010; 8(1 Pt 1): 102-6.

## AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos deste trabalho são especialmente para as orientadoras Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aline Feitoza, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isabela Melo Bonfim e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Zélia Maria de Sousa Araújo Santos que nos propuseram este desafio, o qual pude aprofundar mais sobre o tema. Também quero agradecer a colega Ana Renha pela disponibilidade em contribuir com esta pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE

**Mariza Araújo Marinho Maciel<sup>1</sup>(PG), Barbara Karen Matos Magalhães Rodrigues<sup>1</sup>(PG), Nathalie Barreto Saraiva Vilar<sup>1</sup>(PG), Cleciana Alves Cruz<sup>1</sup>(PG), Aimêe Veras Alexandre<sup>1</sup>(PG), Ana Paula Vasconcellos Abdon<sup>2</sup>(PQ).**

1. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE

2. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

Email: marizamarinho\_@hotmail.com

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Política de Saúde. Relação Médico-Paciente.

### INTRODUÇÃO

A ideia de humanização à saúde nos remete à alguns períodos em que houve importantes movimentos que contribuíram diretamente para a percepção da necessidade de um atendimento mais humano no âmbito da saúde: na década de 1960, lutas feministas reivindicavam direitos relacionados à saúde da mulher; nos anos de 1970, houve uma contribuição significativa da sociedade médica norte-americana; e em 1988, o Congresso Nacional brasileiro instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS (MELO; CIAMPA; ARAÚJO, 2014).

Embora o SUS tenha adotado a concepção de determinantes sociais da saúde ao atendimento, tradicionalmente historicamente voltado para os elementos biológicos, o sujeito ainda é visto como inerte ao seu próprio tratamento, e isso aponta a necessidade de um atendimento que se leve em consideração demandas subjetivas envolvidas na assistência de saúde, de humanizar o método de trabalho (MOIMAZ et al., 2016).

A humanização na saúde surge como uma alternativa para transformar o cenário do SUS. Humanizar quer dizer ofertar um atendimento de qualidade aos usuários, somar tecnologia, acolhimento, e também cuidado com as circunstâncias de trabalho dos profissionais (DODOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017). Diante dessa necessidade, o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Política Nacional de Humanização - PNH (MELO; CIAMPA; ARAÚJO, 2014).

O Ministério da Saúde tem se dedicado a humanizar os serviços em saúde, apostando na classificação de risco como uma estratégia de acolhimento. Essa classificação visa analisar o paciente no momento que chega; humanizar a assistência; desobstruir o serviço; diminuir o tempo de espera para a consulta médica; especificar o setor de atenção primária, devendo o paciente ser direcionado à especialidade necessária para a sua necessidade; comunicar o período de espera e retornar dados aos familiares (SILVA et al., 2016).

A expressão humanização abrange inúmeras interpretações, e na prática da assistência em saúde pode ser compreendida como o reconhecimento da importância dos diferentes indivíduos no processo de formação da saúde: usuários, profissionais e gestores (MOIMAZ et al., 2016).

A humanização, como uma política integrante do SUS, tem sido um tema bastante discutido no âmbito da formação dos profissionais de saúde, visando à preparação para o cuidado integral do paciente, da promoção da saúde e do reconhecimento dos elementos subjetivos na doença, além de modificar o processo saúde-doença-cuidado (CARVALHO et al., 2016).

As ações de humanização no sistema de saúde demonstram a importância de debater sobre a qualidade dos atendimentos prestados não só aos pacientes que utilizam o serviço de saúde, como aos seus familiares (EVANGELISTA et al., 2016).

Diante da relevância do tema, esse trabalho tem como objetivo analisar a importância da humanização na assistência à saúde.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada através de pesquisas nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e SciELO, cujo levantamento foi feito no dia 06 à 10 de maio de 2017. Como pergunta norteadora da pesquisa utilizou-se "qual a influência da humanização na assistência de saúde?"

Para tanto, foram adotados, como critérios de elegibilidade dos textos, artigos publicados de 2012 a 2017, nos idiomas inglês, espanhol e português, utilizando-se os seguintes descritores: "humanization of assistance" e "chronic disease".

Ao longo da pesquisa, foi possível notar que há escassez de artigos que avaliem como está o serviço de saúde no Brasil.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A humanização vem sendo estudada na área da saúde com o objetivo de possibilitar uma terapêutica que considere a integralidade do sujeito. É importante que a formação dos profissionais de saúde compreenda uma assistência humanizada. A palavra humanização da saúde tem sido erroneamente empregada e interpretada, e, em muitos casos, vem sendo confundida com assistencialismo. Compreende-se por humanização o direito de uma assistência digna e tratamento de indivíduos independentemente da classe social, devendo ser respeitada em sua completude (CAMPOS; SILVA; DIAS, 2012).

No Brasil, a experiência da assistência aos usuários do sistema de saúde e os resultados obtidos de pesquisas sobre a avaliação desses serviços apontam que a qualidade do atendimento aos pacientes é uma das questões mais preocupantes do sistema de saúde do país. Um levantamento público realizado pelo Ministério da Saúde evidenciou que o modo de atendimento, a habilidade dos profissionais de saúde de entenderem as necessidades e expectativa dos usuários são questões mais relevantes que a falta de médicos, estrutura e medicamentos (LIMA et al., 2014a).

Dessa maneira, os atributos da medicina voltada para o princípio da integralidade traduzem-se na prática médica focada na identificação das necessidades do paciente para além de sua condição de saúde biológica. A atenção integral ao sujeito contempla suas características biológicas, psicológicas e socioculturais, e valoriza as inter-relações desse paciente e o vínculo entre os cuidadores, articulação que proporciona o atendimento das demandas que direcionam a prática terapêutica-assistencial (FERREIRA, 2017).

O cuidado está diretamente vinculado à sobrevivência e à qualidade de vida dos sujeitos que se apresentam com enfermidades graves e sem perspectiva de cura. Os pacientes se apresentam debilitados por estarem nessa condição, que frequentemente está associada a fortes dores e aflição, demonstrando a verdadeira necessidade de se refletir sobre o cuidado na atenção à saúde (FERREIRA, 2012).

Poucos são as pesquisas realizadas com os usuários para conhecer o que eles pensam sobre a humanização dos atendimentos (MOIMAZ et al., 2016). Um SUS humanizado é aquele em que seus profissionais e gestores identifica o indivíduo como um autêntico cidadão de direitos, e todos estão envolvidos no desenvolvimento de produção de saúde (BRASIL, 2010).

Acredita-se que o desenvolvimento de pesquisas de satisfação dos usuários do sistema público de saúde pode contribuir na concepção de um novo cenário de cuidado, e que, mais do que acompanhar a performance desses serviços, pode vir a estimular o controle social e a atuação dos pacientes no processo de planejamento. Assim, pode colaborar para a elaboração de meios alternativos – entre serviço de saúde e paciente para então haver procedimentos mais apropriados, que sejam capazes de solucionar contratempos presentes no dia-a-dia do serviço de saúde, possibilitando o desenvolvimento na esfera do cuidado e gestão de serviços de saúde (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Um outro componente primordial na elaboração de um cuidado humanizado está associado ao aprimoramento da comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários e seu familiares, e isto se dá através de uma escuta mais sensível, do aperfeiçoamento da comunicação verbal e não-verbal, principalmente no que se refere à transmissão de informações sobre o estado de saúde dos pacientes (FERREIRA, 2012).

Dessa forma, é muito importante que o cuidar humanizado considere de fato o cuidar, isto é, tenha o paciente como um fim em si mesmo, e não somente com um meio para intenções científicas, técnicas ou institucionais. Para isso é necessário que exista uma empatia com as emoções alheias, mostrando interesse, respeito, zelo, compreensão, consideração e carinho, afim de estar apto a corresponder às experiências de angústia e dor trazidas pelos indivíduos que almejam a atenção dos profissionais de saúde (LIMA et al., 2014b).

Em 2003 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (PNH) baseada no reconhecimento de experiências inovadoras e concretas que formam um “SUS que dá certo”. Há um pouco mais de uma década a PNH estimula mudanças na atenção e na gestão ao estimular os sujeitos envolvidos a (re)pensar e interceder na rotina da saúde pública brasileira (MARTINS; LUZIO, 2017).

Tal política possui diversos dispositivos, meios pelos quais as ações são concretizadas, dentre eles estão os sistemas de escuta qualificada. A escuta do usuário representa, num primeiro momento, considerar todas as informações, mesmo que estas possam não parecer úteis ao diagnóstico e tratamento. O julgamento positivo quanto ao atendimento, baseado na escuta do usuário e do desempenho do profissional, proporcionam o vínculo do binômio usuário-serviço de saúde, aprimorando o processo da assistência, e permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um (MOIMAZ et al., 2016).



“Duas propostas da Política Nacional de Humanização estão contidas em previsão expressa no Projeto de Lei do Senado 378/2014: o direito ao acompanhante durante qualquer atendimento ou internação nos serviços de saúde e o direito à visita aberta. No projeto de lei, ficam estabelecidos estes direitos a todos os pacientes, tanto no SUS quanto na rede privada, em hospitais, ambulatórios e quaisquer serviços de saúde. O projeto prevê, ainda, a possibilidade de revezamento de acompanhantes, entre pessoas escolhidas livremente pelo paciente. Amplia-se, desta forma, o alcance da atual legislação que assegura acompanhantes a crianças, adolescentes, pessoas com deficiência, idosos e mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto” (PEREIRA; COLTRO; OLIVEIRA, 2016 p.299).

Para tal atuação, os profissionais de saúde, independente do seu grau de formação e/ou atuação (nível superior, médio ou um agente comunitário de saúde), todos devem estar preparados para terem uma postura mais humanizada. A humanização contempla, essencialmente, a democratização dos vínculos, o estímulo e melhora da comunicação entre profissionais de saúde e usuários, e a valorização dos direitos desses pacientes, de sua subjetividade e referências culturais. Além disso, esse atendimento humanizado simboliza o reconhecimento das perspectivas de profissionais e usuários como indivíduos do processo terapêutico (SANTOS; BEVILACQUA, 2012).

Valorizar o cuidar, isto é, considerar o outro como um fim em si mesmo e não apenas meio para fins científicos, técnicos ou institucionais. Isto exige sensibilidade para com as emoções do outro, manifestando interesse, respeito, atenção, compreensão, consideração e afeto, para ser capaz de responder às experiências específicas de aflição e sofrimento trazidas pelas pessoas que buscam a atenção dos profissionais de saúde (LIMA et al, 2014b).

O processo de humanização atualmente, com implantação clara através da PNH, vem ocorrendo de forma lenta, porém progressiva. O motivo é claro: nos dias de hoje a Medicina tem de ser forçosamente humana se quer pautar-se pela qualidade e pela excelência. Humanizar a Medicina é, assim, além de uma obrigação educacional uma condição de sucesso para o profissional de saúde (BLASCO, 2011).

## CONCLUSÃO

Humanizar a assistência à saúde é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. O compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e destes entre si. Cabe a esta rede promover as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, tendo como base fundamentalmente a ética, o respeito, o reconhecimento mútuo, a solidariedade e responsabilidade.

Uma cultura de humanização necessita tempo para ser construída, impõe a participação de todos os atores do sistema, determina a ruptura de paradigmas. Humanizar é verbo pessoal e intransferível, visto que ninguém pode ser humano em nosso lugar. E é multiplicável, pois é contagiante.

## REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília: MS; 2010. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014b. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

BRANDAO, Ana Laura da Rocha Bastos da Silva; GIOVANELLA, Ligia; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, Jan. 2013.

BERNAL, Regina Tomie Ivata et al. Método de projeção de indicadores das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 455-466, Sept. 2016.

CAMPOS, H.L.M.; SILVA, F.N.; DIAS, F.V. Humanização da saúde na fisioterapia: uma revisão sistemática sob a

perspectiva filosófica desse conceito. **Fisioterapia Brasileira**. v. 13, n.5, p. 390- 397, Set.-Out. 2012.

CARVALHO, NM et al. O ensino da humanização no curso de bacharel em enfermagem numa universidade pública. **Rev Bras Enferm** . v. 69, n. 6, p. 1037-44, 2016.

DODOU HD; RODRIGUES DP; ORIÁ MOB. The care of women in the context of maternity: challenges and ways to humanize. **Rev Fund Care Online**.; v. 9, n. 1, p. 222-230, jan/mar 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5369/pdf>>. Acesso em: 07 de maio de 2017.

EVANGELISTA VC, et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Rev Bras Enferm**. v. 69, n. 6, p. 1099-107, nov-dez 2016.

FERREIRA, F.O. **A percepção dos profissionais de saúde do Inca sobre os cuidados no fim de vida de crianças com cancer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOMES, G.C. et al. Doença crônica na criança: vivências da família no recebimento do diagnóstico. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 6, p. 4837-44, dez., 2016 . Disponível em: < [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10693/pdf\\_2000](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10693/pdf_2000)>. Acesso em: 07 de maio de 2017.

JUNGES, J.R.; BARBIANI, R. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. **O mundo da saúde**. v.36, n. 3, p.397-406, 2012.

LIMA, C. C. et al. Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, n. 48, p. 139-150, 2014a.

LIMA, T. J. V. de et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.1, p.265-276, 2014b.

MARTINS C. P.; LUZIO C. A. Política humanizadora: ancorar um navio no espaço. **Interface** (Botucatu). v. 21, n. 60, p.13-22, 2017.

MELO, Paulo Marcio Silva, CIAMPA, Amábele Lourdes, ARAÚJO, Sônia Regina de. **Humanização dos Processos de Trabalho** - Fundamentos, Avanços Sociais, Tecnológicos e Atenção à Saúde. Érica, 06/2014.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 12, p. 3879-3887, dez. 2016 .

PEREIRA, Tânia Silva, COLTRO, Antônio Mathias, OLIVEIRA, Guilherme (orgs.). *Cuidado e Afetividade - Projeto Brasil/Portugal 2016-2017*. Atlas, 10/2016.

SILVA, C.G. et al. Nursing care for patients with chronic health conditions: an integrative review. **Rev Fund Care Online**. v. 9, n. 2, p. 599-605, abr/jun 2017.

## AGRADECIMENTOS

À Universidade de Fortaleza e ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva pelo apoio e incentivo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## UTILIZAÇÃO DE JOGOS EDUCATIVOS SOBRE SÍFILIS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DA GESTANTE

Jamille Amorim Paz<sup>1\*</sup>, Ana Carolina Bezerra Moreira<sup>2</sup>, Socorro Milena Rocha Vasconcelos<sup>3</sup>, Aika Barros Barbosa Maia<sup>4</sup>, Aline Gomes de Oliveira Nascimento<sup>5</sup>, Raimunda Magalhães<sup>6</sup>

1. Mestranda do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR

2. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

3. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

4. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

5. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

6. Doutor. Docente da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

Email: militzza\_hotmail.com

Palavras-chave: Sífilis. Gestação. Pré-natal. Tecnologia em enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). A possibilidade de transmissão é maior nos estágios primário e secundário da infecção (BRASIL, 2015).

Dentre as formas de contágio da sífilis a transmissão vertical da mãe para o feto durante gestação constitui uma importante causa potencialmente evitável de óbito fetal bem como de outras intercorrências perinatais (NASCIMENTO, 2012).

Inúmeras são as consequências de uma transmissão vertical por sífilis: abortamentos, perdas fetais tardias, óbitos neonatais, enfermidades irreversíveis como surdez ou cegueira, má formação fetais e casos assintomáticos que podem evoluir com complicações graves se não tratados (DOMINGUES, 2014).

Conforme dados do Ministério da Saúde no último estudo entre parturientes, realizado em 2010 – 2011 com uma amostra de 36 mil gestantes, distribuídas entre as cinco macrorregiões brasileiras, a prevalência de sífilis em gestantes foi estimada em 0,85%. Em 2013 foram diagnosticados 98,0% dos casos de sífilis congênita em neonatos, sendo 96,4% na primeira semana de vida. Quanto ao diagnóstico final dos casos foi observado 92,7% classificados como sífilis congênita recente, sendo 0,1% os casos de sífilis congênita tardia, 3,4% os casos de abortos por sífilis e 3,9% os natimortos. (BRASIL, 2015).

Estudos evidenciam que no mundo cerca de dois milhões de mulheres grávidas são infectadas pela sífilis, o que torna a situação ainda mais grave, pois aproximadamente 50% das gestantes não tratadas ou tratadas de forma inadequada estarão transmitindo a patologia ao feto podendo causar prematuridade, baixo peso ao nascer, infecção congênita e morte fetal ou morte do neonato (MURICY, 2015).

Com o intuito de melhorar a cobertura e qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e neonato, o Ministério da Saúde (MS) criou um Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de resgatar a atenção obstétrica integrada e humanizada envolvendo estados, municípios e unidades de saúde juntamente com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) podendo assim proporcionar uma gestação saudável para o binômio mãe-filho (ALVES, 2015).

A qualidade da assistência pré-natal é de suma importância, uma vez que se percebe uma relevante relação entre a assistência pré-natal e o diagnóstico da doença, interferindo, assim, positiva ou negativamente nas repercussões para o feto.

Este trabalho justifica-se pela necessidade de enfatizar o compromisso do enfermeiro da atenção básica em utilizar uma tecnologia educativa na consulta de pré-natal a fim de facilitar no processo educativo para a compreensão da sífilis pela gestante por meio da promoção da saúde.

As atividades de Educação em Saúde individuais ou em grupos podem ser enriquecidas com o uso de jogos educativos que são instrumentos eficientes de ensino e aprendizagem, de comunicação e expressão, além de propiciarem satisfação emocional imediata aos participantes (TORRES, HORTALE, SCHALL, 2003).

Nesse contexto emerge um problema: Qual o manejo da sífilis na gestação e os recursos de tecnologia leve na assistência pré-natal utilizados pelos enfermeiros da atenção básica?

Através da pesquisa de diversos artigos, foi realizada uma discussão sobre a importância do manejo da investigação e tratamento da sífilis na gestação assim como o uso da tecnologia leve utilizada pela equipe da Estratégia Saúde da Família nas consultas de pré-natal.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa que visa sumarizar a literatura, gerando um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas sobre a temática pondo em foco a identificação das lacunas existentes (SOARES et al., 2014).

A busca dos estudos foi realizada em janeiro de 2017 nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Definiram-se como critérios de inclusão, os artigos com textos disponíveis na íntegra que apresentassem os descritores selecionados nos idiomas - português, inglês, com recorte temporal de 2011- 2017 e que abordassem o manejo da sífilis na gestação e o uso de tecnologia leve na consulta de pré-natal. Foram excluídas as publicações de trabalhos duplicados, cartas, editoriais, e resumos em anais de eventos.

Para a busca dos artigos foram utilizados os descritores que geraram respostas e estão enumerados abaixo, por base pesquisada:

SCIELO: sífilis e gestação/ pré- natal e tecnologia / tecnologia e enfermagem Lilacs: sífilis e tecnologia/ sífilis e gestação/ sífilis e gestação e tecnologia Medline: sífilis e tecnologia/ sífilis e pré-natal/ tecnologia e pré-natal.

Desta maneira, foram selecionados 11 artigos, expostos no quadro de resultados.

A organização das informações foi realizada, após as leituras - analítica e sintética, seguindo-se o registro de cada publicação em ficha bibliográfica. Os considerados pertinentes foram organizados em planilha do Programa *Excel for Windows*, com as principais informações de cada um: título, autores, ano de publicação, objetivo, participantes, método e resultados. Cada estudo foi catalogado através de um código numérico e realizado uma análise comparativa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas realizadas nas bases de dados retornaram 11 artigos considerados pertinentes e que puderam ser analisados depois de obtidos em sua forma completa. A tabela 1 mostra a distribuição de artigos selecionados por base em relação ao número total de artigos levantados com os descritores utilizados. Alguns artigos foram encontrados em mais de uma base, sendo enumerados dentro da base pesquisada em primeiro lugar. A ordem de bases pesquisadas é a mesma apresentada na tabela, ou seja, SCIELO, LILACS e MEDLINE.

**Tabela 1** - Artigos obtidos por busca direta e selecionados para análise, por base de pesquisa.

ARTIGOS	SCIELO	LILACS	MEDLINE	TOTAL
Obtidos	25 artigos	8 artigos	19 artigos	52
Analisados	7 artigos	2 artigos	2 artigos	11

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017

O panorama atual da evolução de tecnologia leve na consulta de enfermagem no pré-natal revela a escassez de dinamismo tecnológico nesta área.

Dos 11 artigos selecionados para análise final, apenas 01 foi investigativo, 01 foi metodológico e 01 foi pesquisa documental. O maior número de artigos foi transversal (0 artigos), seguidos por 02 artigos de coorte e 2 artigos retrospectivos descritivos.

Este panorama já revela a exiguidade do tema, caracterizado por poucos estudos abordando a tecnologia leve na consulta de pré-natal para nortear a triagem e o acompanhamento das gestantes com sífilis no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Duarte, Mamede e Mamede (2013) salientam que a enfermagem brasileira pode contribuir com a redução do índice de complicações obstétricas, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade através da consulta de pré-natal qualificada no âmbito da atenção primária. Visando nortear e sistematizar o

acompanhamento por parte dos profissionais de enfermagem durante as consultas se faz necessário sensibilizar os profissionais para que atendam conforme as normas e protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde.

Para Nonato, (2015) a infecção pelo HIV, o abuso de drogas, múltiplos parceiros, história de infecções sexualmente transmissíveis (IST), a subutilização do sistema de saúde entre outros são fatores de riscos para a sífilis congênita, porém o principal fator responsável pelo alto índice de sífilis congênita no mundo é a assistência pré-natal inadequada.

No cenário mundial a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 2007 e intensificou em 2012, estratégias de eliminação da sífilis e do controle da transmissão vertical do HIV e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) propôs meta de eliminação da sífilis congênita nas Américas de menos de 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos. No Brasil, o Ministério da saúde também adotou esta meta para o controle da sífilis congênita, pois o país está incluso na relação dos 15 países considerados prioritários para o controle da sífilis congênita, por seu tamanho populacional e alta prevalência de sífilis na gestação (DOMINGUES, 2013).

Saraceni e Miranda (2012) enfatizam que na atenção primária o enfermeiro juntamente com a equipe da Estratégia Saúde da Família atende as gestantes nas consultas de pré-natal, realiza pelo menos dois testes rápidos de triagem VDRL que é indicado no 1º e no 3º trimestre da gestação, respectivamente além de solicitar exames laboratoriais para triagem da sífilis e de outras infecções sexualmente transmissíveis de acordo com o caderno de atenção básica de atenção ao pré-natal de baixo risco instituído pelo Ministério da Saúde. Dentro do âmbito da unidade de saúde é realizado além da investigação de casos de sífilis na gestação o tratamento da gestante e do parceiro quando, apresentam testes positivos.

Muricy e Junior (2015) realizaram um estudo objetivando descrever a epidemiologia da sífilis materna e congênita do Distrito Federal Brasileiro e evidenciaram que a assistência pré-natal foi fornecida para a maioria das gestantes. A amostra do estudo correspondeu a 133 casos de sífilis congênita, destes 116 receberam cuidados pré-natais e 70 equivalente a 60,4% foram diagnosticadas com sífilis na gestação. Apenas uma mulher que foi diagnosticada com sífilis na gravidez foi tratada adequadamente e 100% dos parceiros das mesmas não receberam nenhum tipo de tratamento. Estes dados reforçam a necessidade da melhoria na assistência pré-natal prestada pela atenção básica.

Nascimento et al., (2012) relatam que no ano de 2005 através da (*Portaria MS/SVS nº. 33*) a sífilis materna foi incluída na relação nacional de doenças de notificação compulsória no Brasil visando acumular dados suficientes para intervir e reduzir de forma significativa a sífilis congênita. A sífilis materna continua impactando ao longo dos anos, a natimortalidade apesar do baixo custo do tratamento e disponibilidade de tecnologia leve para sua prevenção.

A falha na assistência pré-natal é considerada como um dos principais fatores responsáveis pela persistência dos elevados índices de sífilis congênita. Além disso, é evidente a falta de informação das gestantes sobre prevenção e agravos. O planejamento familiar, bem como o período do pré-natal são momentos oportunos para trabalhar esses processos educativos (ALVES e al., 2013)

Com o intuito de desenvolver nas mulheres grávidas uma nova percepção sobre a importância do acompanhamento pré-natal buscou-se identificar a percepção das gestantes em relação ao uso de jogos educativos que é uma tecnologia leve e inovadora, mas ainda não está sendo amplamente aplicada.

É imprescindível motivar os trabalhadores de saúde da atenção primária e a adoção de instrumentos de trabalho para as atividades educativas em saúde oferecendo para as gestantes informações sobre todas as mudanças do ciclo gravídico puerperal constituindo-se assim como ferramenta facilitadora do trabalho do enfermeiro (ALVES et al., 2013).

## CONCLUSÃO

No Brasil, a transmissão vertical da sífilis é considerada um grande problema de saúde pública. A sífilis congênita pode ser diagnosticada e tratada adequadamente durante a gravidez através dos serviços municipais de saúde com o intuito de diminuir a transmissão vertical já que essa redução pode ocorrer em 25% dos casos de infecção das mães.

Ficou evidente que a falta de informação e a carência de um manejo didático de abordar o assunto torna mais difícil à compreensão da gestante sobre a sífilis. As práticas educativas devem permitir aos indivíduos, a oportunidade de conhecer e reconhecer a obtenção de destreza para a tomada de decisões, na busca de uma melhor qualidade de vida.

Desse modo propõe-se a utilização de um kit lúdico com atividades educativo-informativas sobre a sífilis com aplicação contínua durante todo o período do pré-natal por meio de caça palavras, palavra cruzada e dominó. Esses jogos contemplam informações relacionadas a prevenção, aos fatores de risco, sintomas, transmissão da sífilis e possuem finalidades pedagógicas, pois promovem situações de ensino-aprendizagem e aumentam a

construção do conhecimento, introduzindo atividades lúdicas e prazerosas, desenvolvendo a capacidade de ação ativa e motivadora.

Diversos profissionais dos campos da Educação e da Saúde compartilham da ideia de que os denominados materiais educativos são elementos facilitadores e suportes complementares à prática educativo-pedagógica. Portanto, o desenvolvimento destes materiais educativos deve estar ancorado em uma proposta de educação libertadora, que valoriza a formação de cada pessoa com suporte na realidade do mundo em que ela vive.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados visando abordar o uso da tecnologia leve na consulta de pré-natal assim como a criação de instrumentos para serem utilizados pelos enfermeiros da atenção básica para sistematizar o atendimento, tratamento e acompanhamento das gestantes com sífilis e dos seus parceiros.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Ana Carla Pereira et al. Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.648-653, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300034>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Boletim Epidemiológico - Sífilis Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Brasília – DF, Ano IV-nº 1, 2015; disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>> Acesso em 12/06/2017.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. de Saúde Pública**, [s.l.], v. 47, n. 1, p.147-157, fev.2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102013000100019>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; MAMEDE, Marli Villela; MAMEDE,. AÇÕES DO PRÉ- NATAL REALIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE,

CUIABÁ1. **Cienc. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.117-129, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100011>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

MURICY, Carmen Lucia; PINTO Junior, Vitor Laerte. Congenital and maternal syphilis. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 2, n. 48, p.216-219, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0168-2014>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

NASCIMENTO, Maria Isabel do et al . Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, p. 56-62, 2012 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000200003>> Acesso em: 12 jan.2017.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Rev. Epidemiol. Saúde**, Belo Horizonte, v. 24, n. 4, p.681-694, out. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000400010>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.490-496, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300009>>. Acesso em: 08 fev. 2017.

SOARES, Cassia Baldini et al. Revisão Integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. Esco Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n.2, p.335-345, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102)>. Acesso em: 15 fev.2017.

SOEIRO, Claudia Marques de Oliveira et al. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 30, p.715-723, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300034>>. Acesso em: 17 jan . 2017.

TELES, Liana Mara Rocha et al. Development and validating an educational booklet for childbirth companions. **Rev. da Escola de Enfermagem da Usp**, Fortaleza, v. 48, n. 6, p.977-984, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000700003>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

TORRES, H.C; HORTALE, V.A; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad Saúde Pública**, v.19, n. 4, p.1039-1047.2003.

## AGRADECIMENTOS

A Universidade de Fortaleza por essa oportunidade e a professora Raimunda Magalhães pelo incentivo.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## FERRAMENTAS DE ABORDAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

José Auricélio Bernardo Cândido<sup>1\*</sup>, Geanne Maria Costa Torres<sup>2</sup>, Inês Dolores Teles Figueiredo<sup>3</sup>, Slayton Frota Sá Nogueira Neves<sup>4</sup>, Maria Rosilene Cândido Moreira<sup>5</sup>, Angelica Costa de Oliveira<sup>6</sup>.

1. Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Mestre em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

4. Cirurgião-dentista. Especialista em periodontia, Universidade Camilo Castelo Branco, São Paulo-São Paulo-Brasil.

5. Enfermeira. Professora Adjunta da Universidade Federal do Cariri, Juazeiro do Norte-Ceará-Brasil.

6. Graduada em Enfermagem, Faculdade Maurício Nassau, Fortaleza-Ceará-Brasil.

Email: Ang2014costa@gmail.com

Palavras-chave: família, promoção da saúde, ferramentas de abordagem.

### INTRODUÇÃO

Família é definida como o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar (DEL GROSSI e DA SILVA, 2013). É um tema que gera vários conceitos e opiniões e pode ser compreendida nas perspectivas biológica, sociológica, antropológica e psicológica, tendo variações na organização de uma sociedade para outra ou mesmo no interior de uma sociedade, onde as principais são família nuclear, família composta e família extensa (CHAPADEIRO, ANDRADE e ARAÚJO, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica descreve o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), orientando a prática para o cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa promover intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade (BRASIL, 2011).

A abordagem às famílias constitui-se em um elemento de gestão do cuidado, e também de prática diagnóstica e terapêutica que permite o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros (BRASIL, 2013).

Neste sentido, faz-se necessário repensar as concepções e práticas, do atendimento às necessidades de saúde da população sujeita do nosso cuidado. Para tal é importante que a equipe da ESF adquira conhecimentos e desenvolva habilidades que permitam uma abordagem integral à família através de uma prática que ofereça uma promoção de saúde crítica e reflexiva junto à família e a comunidade (DUTRA, VASCONCELOS e TEÓFILO, 2012).

O cenário da prática, na integração ensino-serviço, torna-se peça-chave da aprendizagem significativa, pois permite conhecer novas experiências com o mundo do trabalho e instiga a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, onde as práticas dos envolvidos transformam-se num processo de ação-reflexão-ação (HADDAD, 2011).

Neste contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) possibilita a utilização de ferramentas que facilitem o processo de aprendizagem no serviço e promovam uma reflexão crítica e discussão coletiva dos atores envolvidos, dentre elas destacam-se o Genograma, Ecomapa, Tipologia Familiar, P.R.A.C.T.I.C.E e Tipologia Familiar.

Percebe-se, no entanto, que as Equipes de Saúde da Família ainda não têm prática em fazer abordagem familiar, ficando a assistência prestada às pessoas na sua individualidade. Entende-se, portanto, a necessidade de se estimular a utilização da EPS buscando a capacitar os profissionais para além do acompanhamento individual dos usuários, mas proporcionando o entendimento do indivíduo dentro de seu ambiente familiar e social.

O objetivo do estudo foi aplicar as ferramentas de abordagem familiar em uma família com risco máximo em vulnerabilidade social.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com profissionais da Unidade Básica da Estratégia Saúde da Família do Distrito Sanitário de Buenos Aires I: Médico, Enfermeira, Odontólogo, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliar Administrativo e Gerente no período de janeiro a março de 2015 no município de Horizonte, Ceará, Brasil.

No primeiro momento foi realizada uma oficina para se identificar uma família com maior grau de vulnerabilidades, onde se aplicou a escala de risco familiar de Coelho (COELHO e SAVASSI, 2004). Os participantes dividiram-se em dois grupos e utilizando-se a ficha A dos usuários da UBASF, escolheram duas famílias e classificaram o risco em vulnerabilidade social.



Com a aplicação da escala de risco em todas as famílias, a equipe passa a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas. Além disso, a escala oferece subsídios para a equipe destinar tempo e metodologias de intervenções diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias de seu território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade.

A família eleita apresentou risco máximo (escore 19), possui uma pessoa idosa, Dona Maria, 84 anos, acamada, deficiente visual, mora com uma filha alcoólatra, um neto autista e um filho fumante e deficiente mental. Dona Maria é analfabeta e seus filhos são analfabetos funcionais. Sua residência possui três cômodos, sem saneamento básico, sobrevivendo por meio dos benefícios de D. Maria e de seu neto. Constantemente acontecem brigas entre os irmãos devido aos problemas mentais e alcoólicos.

No segundo momento, para facilitar a compreensão dos processos de saúde/doença e pensar na promoção da saúde desta família, utilizaram-se as ferramentas de abordagem familiar: genograma, ecomapa, tipologia familiar, PRATICE e apgar.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a utilização do **Genograma** destacou-se a idade dos sujeitos da família, o envolvimento familiar quanto a consangüinidade ou não, o estado civil do sujeito alvo do estudo e de sua filha, o relacionamento interpessoal entre os parentes, bem como a presença de comorbidades.

Após a aplicação do **Ecomapa**, perceberam-se as redes de apoio desta família. Notou-se que existe uma relação fraca e estressante com o Centro de Atenção Psicossocial, devido à falta de comparecimento ao tratamento do neto e do filho. Percebeu-se que a relação com a escola é mútua, porém bastante enfraquecida devido brigas entra a mãe da criança e o diretor da escola. Evidenciou-se uma relação totalmente fragilizada com a UPA. Quanto ao posto de saúde, observou-se uma relação forte e de duas mãos, pois tanto a família procura o posto em demanda espontânea quanto os profissionais realizam visitas domiciliares, uma vez por mês, com presença mais acentuada da agente de saúde.

Identificou-se, ainda, uma relação muito forte e de fluxo duplo em relação ao bar, ou seja, tanto a filha procura espontaneamente quanto é conduzida até o bar por amigos, levando ao caso de alcoolismo na família. O banco e a previdência social formam o um elo forte com a família, pois a família busca neles o sustento e eles oferecem um subsídio para essa família.

Em relação a **Tipologia Familiar**, observou-se que a família em estudo possui três gerações, podendo ser classificada como extensa.

O **PRACTICE** apresentou achados importantes para a família:

P- Problema (Presenting problem): família adoecida; mãe acamada; filho fumante e deficiente mental; filha etilista; separação conjugal da filha e neto autista;

R- Papéis e estrutura (Roles and structure): D. Maria (84 anos): Provedor de dinheiro; filha (40 anos): cuidadora, pilar da família; irmão (idade não identificada): gerador de brigas e filho (09 anos): necessita de cuidados especiais e provedor de dinheiro pela aposentadoria.

A - Afeto (Affect): relação harmoniosa entre Dona Maria e filha e entre a filha e seu filho de nove anos. Porém, nota-se uma relação estressante entre os dois filhos de dona Maria, a filha cuidadora e o irmão deficiente mental se enfrentam e brigam constantemente. Há também nessa família uma relação estressante entre a cuidadora e seu ex-marido.

C- Comunicação (Communication): observa-se afetividade entre mãe e filha e entre filha e seu filho de 09 anos e entre neto e avó. Porém, a comunicação entre os dois irmãos se dá de forma agressiva. A filha de dona Maria, a cuidadora, é a porta voz da família e percebe-se a falta de diálogo nesse lar porque dona Maria sempre aceita tudo de sua filha e o irmão dela nunca aceita nada e não responde, só revida com agressividade. Dona Maria possui uma relação boa com a equipe de saúde, mas quando a comunicação é sobre a utilização de medicamentos para seu tratamento de hanseníase ela não segue as recomendações.

T- Tempo (Time of life cycle): percebemos diversos ciclos de vida em um mesmo lar, tais como: Famílias com crianças em idade escolar (criança de 09 anos), família envelhecendo (Dona Maria), Famílias se separando, no caso da cuidadora.

I - Doenças na família, passadas ou presentes (Illness in family): membro idoso, que não deambula, levando a responsabilidade do cuidar para a filha. A mesma é responsável por tudo em casa, desde a alimentação, compras, limpeza, higiene. Dependência do álcool e fumo, além de transtornos mentais, o que interfere no relacionamento dos membros dessa família, gerando violência, afastamentos e agressões. Autismo gerando gasto financeiro maior na família e requer mais atenção da mãe/cuidadora.

C - Lidando com o estresse (Coping with stress): a família não consegue resolver as situações de estresse. Utilização de álcool e tabaco como forma de fuga. A religião era um sistema de escape do estresse na família, porém, hoje eles estão afastados da igreja e, conseqüentemente, não estão conseguindo praticar sua fé e religiosidade.

E - Ecologia (Ecology): a comunidade que rodeia dona Maria não é favorável, apresenta esgoto a céu aberto, dificuldade de acesso e pavimentação. A família tem pouco relacionamento com a vizinhança. A rede de apoio é a Unidade de Saúde e o CAPS, apesar da resistência do filho de dona Maria em comparecer as consultas e permanecer no tratamento, devido à deficiência mental.

O questionário **APGAR** foi aplicado a Dona Maria e sua filha. Não foi aplicado aos outros membros, pois um apresenta deficiência mental e outro é menor de 10 anos. Sendo assim, o somatório dos dois questionários foi de 01 ponto. Sendo classificada então como uma família severamente disfuncional.

## CONCLUSÃO

Trabalhar com famílias é desafiador. Sabemos que existem diversas formas de composição familiar, sendo fundamental que os profissionais de saúde compreendam o seu funcionamento, identificando suas vulnerabilidades e atuando em seu território.

Ao identificar as necessidades de saúde dessas famílias foi possível conhecer os determinantes sociais de saúde e os processos de saúde e doença, adotando, assim, medidas de promoção de saúde.

Com isto, entende-se ser necessário estimular os profissionais da ESF a identificar as famílias em situação de vulnerabilidade seja na saúde, habitação, educação, trabalho e socioambiental.

Outro aspecto importante foi a possibilidade de promover o conhecimento das diversas ferramentas de abordagem familiar e a sua aplicação em uma família vulnerável, pelos profissionais de saúde, facilitando o trabalho da equipe frente à promoção de saúde diante de problemas singulares da família abordada.

Conclui-se, então que o objetivo foi atingido e que a equipe se sentiu sensibilizada para o aprendizado e estimulada a dar continuidade ao processo de cuidado integral à família escolhida, preparando um plano de cuidados multidisciplinar e integral, direcionado à participação do indivíduo, da família e da comunidade.

Pela importância do assunto em estudo e com o objetivo de promover a saúde a partir da atenção domiciliar às famílias em risco e vulneráveis na Estratégia Saúde da Família, torna-se necessário fazer algumas recomendações, a fim de contribuir para um repensar nas atitudes, posturas e condutas na seleção dos cuidados para a promoção da saúde da família:

Realizar Educação Permanente em Saúde sobre as ferramentas de abordagem à família para as equipes de saúde, a fim de motivar a sua utilização e provocar mudanças de forma a garantir a integralidade da assistência e da promoção da saúde individual e coletiva;

Estabelecer a prática de classificação de risco familiar, considerando a vulnerabilidade social singular para que possa fornecer informações importantes e adotar medidas de promoção de saúde mais eficazes às famílias;

Utilizar ferramentas de abordagem familiar para se traçar planos terapêuticos singulares e coletivos, a fim de nortear as ações de promoção da saúde e estender à comunidade;

Promover a saúde da família com base em evidências científicas a partir da classificação de risco de vulnerabilidade social e da utilização de ferramentas de abordagens familiares.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. Brasília, DF; 2011. [Acesso em: 02 mai. 2015]. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

**Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 v.:il.

CHAPADEIRO, C.A; ANDRADE, H. Y. S. O; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

COELHO, Flávio; SAVASSI, Leonardo. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das visitas domiciliares. **RBMFC**, vol. 1, número 2, p.19-26. 2004.

DEL GROSSI, M. E.; DA SILVA, J. G. **A pluriatividade na agropecuária brasileira em 1995**. Estudos Sociedade e Agricultura, 2013.

DUTRA, E. M; VASCONCELOS, E. E; TEÓFILO, J. K. S. **Atenção integral aplicada à família**: relato de experiência. Rev políticas Públicas-SANARE, Sobral, V.11. n.1.,p. 55-59, jan./jun., 2012.

HADDAD, A. E. A enfermagem e a Política Nacional de Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS.

**Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(Esp. 2):1803-9.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário de Buenos Aires 1, Horizonte, Ceará e à família de D. Maria.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: O DIÁLOGO DO BEM FAZER, DO BEM CONVIVER E DO SENTIR-SE BEM

José Auricélio Bernardo Cândido<sup>1\*</sup>, Geanne Maria Costa Torres<sup>2</sup>, Inês Dolores Teles Figueiredo<sup>3</sup>, Slayton Frota Sá Nogueira Neves<sup>4</sup>, Maria Rosilene Cândido Moreira<sup>5</sup>, Leonardo Silva Cândido<sup>6</sup>

1. Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.
2. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.
3. Mestre em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.
4. Cirurgião-dentista. Especialista em periodontia, Universidade Camilo Castelo Branco, São Paulo-São Paulo-Brasil.
5. Enfermeira. Professora Adjunta da Universidade Federal do Cariri, Juazeiro do Norte-Ceará-Brasil.
6. Acadêmico de Educação Física da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

Email: leoscandido@hotmail.com

Palavras-chave: Educação. Educação Permanente. Diálogo.

### INTRODUÇÃO

Atualmente, tem se multiplicado o número de centros e postos de saúde pelos interiores e periferias do país. Busca-se um novo modelo de atuação em saúde que não se limite a medicina curativa tradicional, mas que direcione para outras formas de atuação que consiga interferir, positivamente, na dinâmica social das populações (MAGALHÃES, 2011).

No entanto, os profissionais de saúde que atuam nestes serviços vêm enfrentando reflexões críticas e profundas na formação do pessoal de saúde com o intuito de introduzir inovações pedagógicas no processo ensino-aprendizagem, buscando redefinindo suas práticas cotidianas (BRASIL, 2016).

Partindo desse pressuposto, resgatar a Prática de Educação Permanente em saúde (EPS) na atenção básica, reconhecer o seu valor para a qualificação dos processos de trabalho que ainda se encontram, muitas vezes, padronizados na saúde, são desafios a serem incorporados pela equipe de Saúde da Família.

A prática dialógica da educação no trabalho corresponde à proposta da integralidade ao favorecer o reconhecimento dos saberes dos usuários e trabalhadores sobre suas situações concretas de vida e processos saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005).

Os profissionais que atuam na atenção básica devem abrir caminhos que possa permear ensinamentos que se processem mudanças no modo de atuar na saúde da população. Para isso, torna-se necessário de faz atuar com novas práticas que fortaleçam as ações de saúde sob a égide da melhoria da saúde individual e coletiva. (OROFINO, 2011)

A EPS contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva. Assim, compreender, ampliar e transcender este processo para uma prática interdisciplinar é o caminho para vislumbrar melhoria no cuidado prestado à população, a fim de torná-la promotora da sua saúde. (BATISTA e GONÇALVES, 2011)

O objetivo deste estudo é relatar a experiência dos Agentes Comunitários de Saúde do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS), ofertado pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), diante da prática de EPS baseado na vivência problematizadora centrado em três níveis de diálogo: o diálogo do bem fazer, do bem conviver e do sentir-se bem. E sensibilizar a ESF para a importância da prática da EPS na unidade básica, reconhecendo sua importância na construção de novos aprendizados, favorecendo o diálogo e a reflexão, inovando e criando soluções refletidas na cultura da comunidade e permitindo mudanças significativas e transformadoras no processo do trabalho em saúde.

### METODOLOGIA

Tecendo diálogos é uma estratégia metodológica fundamentada na educação permanente em saúde. Seguem-se os princípios da educação popular de Paulo Freire, mas agrega a contribuição de novos autores para fazer frente aos desafios do atual cenário social, cultural e político da saúde pública no Brasil. Nesta perspectiva, a proposta metodológica, para etapa formativa III do CTACS, segue as diretrizes da PNAB/2012.

Por meio da problematização, baseada nos três níveis de diálogo, utilizam-se técnicas de facilitação da expressão oral, debates e dinâmicas de descontração e integração de grupo, tais como: confecção de painéis, vídeos, dramatizações, músicas, poesias, vivências com o propósito de mobilizar a positividade e o ânimo do grupo.

Esta proposta metodológica não se fundamenta nos esquemas de ensino-aprendizagem tradicional, embasado naquele que ensina e detém o saber e os outros aprendem e buscam o saber. Ele está direcionado à construção de um saber coletivo e original que se faz através de diálogos em equipe, reelaborando conceitos, experiências e ideias pessoais.

Na concepção de Freire (2011), a educação problematizadora insere a realidade dos sujeitos no contexto educativo mediante a valorização do diálogo, da reflexão e da criatividade de modo a construir a libertação.

A EPS, nos moldes da problematização, configura-se como uma estratégia que proporciona momentos lúdicos, fecundos de reflexões, vivências e aprendizado que proporcionam novas e diversificadas formas de fazer e atuar na saúde.

Para a realização do tecendo diálogos foi necessário planejamento para alcançar os objetivos como determinar o grupo a ser trabalhado, facilitadores, número de participantes, recursos metodológicos, tempo.

A experiência com o tecendo diálogos foi realizada com a equipe de saúde da família de atuação dos ACS, na Unidade Básica de Saúde do Distrito de Cajueiro da Malhada, no município de Horizonte-CE no dia 14 de junho de 2016. Foi facilitada pelos próprios ACS que conduziram as discussões permeadas pela relação dialógica e reflexiva, facultando a participação de todos. Estiveram presentes nesta experiência, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, quatro ACS, uma auxiliar de dentista e o gerente do posto de saúde. O ambiente utilizado foi a sala de educação em saúde da própria unidade.

Iniciou-se o tecendo diálogos com um rito de descontração e sensibilização para favorecer um ambiente informal, agradável e acolhedor. Foi realizado uma leitura compartilhada com o intuito de apresentar e contextualizar o tema a ser trabalhado. Após a leitura, propôs-se uma roda de diálogo direcionada por uma frase de cada participante, de acordo com seu conhecimento adquirido. Os recursos utilizados foram: músicas, vídeos, painéis, direcionados para abordar a temática em questão. Utilizou-se um tempo de 3 horas para a realização da experiência. Ao final cada participante completou o mote: “após este estudo, eu sinto que”..., as respostas foram colocadas em tarjetas e fixadas em um painel e compartilhado com todos do grupo. Finalizou-se o encontro com um momento ecumênico.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Evidenciou-se uma boa aceitação da metodologia utilizada, ressaltando a necessidade de outros momentos com essas práticas. Observado nas falas: “deveríamos sempre ter momento como estes, sendo imprescindível tirar um tempo para a equipe dialogar sobre os problemas; este momento nos trouxe a oportunidade de dialogarmos em equipe...”.

Percebeu-se que os participantes saíram da condição de espectadores para protagonistas, abrindo espaços para o diálogo, a participação, e a interação entre os agentes sociais, conforme destacado no depoimento, “quando tive de resolver uma questão com um usuário da comunidade, lembrei-me das conversas no grupo, contribuindo na solução, de forma satisfatória, do problema identificado”.

Outro ponto destacado, em relação a escuta: “estou mais preparada para ouvir o outro com atenção, procurando entender o seu ponto de vista, sendo um complemento importante para a resolução de problemas”.

O momento permitiu que alguns problemas de convivência que incomodavam a equipe fossem pronunciados, de forma dialógica, harmoniosa e madura, como evidenciado no relato: “sinto que agora podemos melhorar nossa convivência”.

## **CONCLUSÃO**

Trabalhar com a EPS proporciona um maior aprendizado, um crescimento e uma maior ampliação sobre a visão do cuidar, apontando para novos caminhos para a instauração de uma educação emancipadora dos agentes envolvidos.

No cotidiano pouco se dialoga sobre assuntos pertinentes ao trabalho. A dinâmica conferida e a reflexão provocada propiciaram um ambiente de diálogo extremamente rico. Ter um momento reservado para expressar as opiniões na convivência do grupo, exercitando e incentivando o diálogo, possibilita preencher o vazio de um cotidiano que não permite uma reflexão e uma qualificação do trabalho.

Diante disso, torna-se necessário a substituição de práticas tradicionais por outras que proporcionam momentos de debate e reflexão, ocasiona mudanças no processo de trabalho. Isso ressignifica o processo de educação em

saúde com o resgate da ludicidade e de ambientes fecundos de reflexões e vivências, promovendo a autonomia dos agentes, capacitando-os para escolhas mais conscientes.

Diante da experiência vivenciada, recomenda-se que seja substituído o processo de educação em saúde tradicional, abrindo espaços às práticas emancipatórias que contribuem para um repensar criticamente sobre formas de atuar e agir no cotidiano de trabalho dos profissionais; e seja potencializada a EPS na ESF e comunidade, a fim de promover a autonomia e permitir uma análise do processo de trabalho a partir das vivências do cotidiano.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 9, p. 39-52, 2005.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29725/31602>. Acesso em: 06.07.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 3. 2011. 268 p., il. – Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf). Acesso em: 06.07.2016.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. 19ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. 165 p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

MAGALHÃES, P. L. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção**. 201. 38f. UFMG, Corinto. 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>. Acesso em: 06.07.2016.

OROFINO, M. I. R. Produção coletiva de webnovelas: um estudo sobre metodologias dialógicas e participativas. **Revista comunicação & educação**, ano XVIII. São Paulo, SP. Jan/jun. 2013.

## AGRADECIMENTOS

Aos Agentes Comunitários de Saúde e aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família do Distrito de Cajueiro da Malhada em Horizonte, Ceará.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA AO PACIENTE ADICTO

**Maiara Araújo Pereira<sup>1\*</sup>, Elizabeth Yasmim da Silva Ferreira<sup>2</sup>, Francisco Antônio da Cruz Mendonça<sup>3</sup>, Bruna Michelle Belém Leite Brasil<sup>4</sup>, Natasha Marques Frota<sup>5</sup>.**

1. Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil. Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde do Idoso (GEPSI).

2. Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC). Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Doutorado em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

4. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Cear. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde do Idoso (GEPSI). Fortaleza-Ceará-Brasil.

5. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde do Idoso (GEPSI). Fortaleza-Ceará-Brasil.

Email: maiara\_amy@hotmail.com

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Alcoolismo. Enfermagem Psiquiátrica.

### INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica é uma temática delicada, que envolve o comprometimento antimanicomial, esta expressão é utilizada e aclamada internacionalmente, com forte impacto retórico. Reportando-se não apenas as modificações técnicas e administrativas, bem como socioeconômicas e culturais, que teve como objetivo maior auxiliar pessoas com sofrimento psíquico (GOULART; SILVA; SILVA, 2015).

A Enfermagem Psiquiátrica advém dos conhecimentos adquiridos nos hospitais psiquiátricos. Os profissionais de enfermagem consolidaram práticas importantes no antigo modelo dos manicômios, realizado por psiquiatras brasileiros em meados do século XIX. Entre os anos de 1890 e 1930, ocorreu de maneira formal o preparo de enfermeiras para a área da psiquiatria, para realizar o papel terapêutico, eram incumbidas de dar assistência aos médicos em procedimentos com os pacientes, administrando medicações e efetuando medidas terapêuticas (ESPIRIDIÃO et al., 2013).

Nos anos 70, as enfermeiras questionavam o modelo manicomial, diziam que a assistência poderia ser prestada fora dos muros dos asilos, sem que os indivíduos precisassem ser isolados de seus familiares e dos demais (ESPIRIDIÃO et al., 2013). A reforma psiquiátrica foi estimulada por movimentos sociais de trabalhadores e por familiares de pacientes com transtornos psíquicos, devido à situação calamitosa em que se encontravam esses pacientes, alocados de forma sub-humana em hospitais psiquiátricos.

A nova modulação em saúde mental vem com intuito principal de reestruturar a assistência, evidenciada pela desinstitucionalização de pacientes e pela criação de serviços que pudessem substituir o antigo modelo. Com a aprovação da Lei Nº 11.802, de 1995 e a Lei Nº 12.684, de 1997, criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) posteriormente na Lei Nº 10.216 de 04/06/2001 (GOULART; SILVA; SILVA, 2015; MINAS GERAIS, 2006).

Diante desse contexto, o enfermeiro é um dos integrantes da equipe interdisciplinar que atendem ao CAPS, com participação essencial no processo de implantação da reforma psiquiátrica, a formação multifacetada, contando sempre com a inovação no trabalho da saúde mental. O atendimento realizado no CAPS AD é realizado de forma sistemática, juntamente com o matriciamento da Estratégia Saúde da Família, trabalhando de maneira simultânea para melhoria da perspectiva da assistência aos usuários adictos.

Problemas relacionados à utilização de álcool são associados a diferentes causas e a periodicidade no consumo de bebidas alcólicas tem aumentado de forma significativa na sociedade brasileira (BRASIL, 2010). A bebida alcólica é uma droga psicotrópica legalizada e tem seu uso estimulado pela sociedade. Dentre as suas inferências, o álcool tem efeito depressor sobre o sistema nervoso central e ação negativa na concentração da corrente sanguínea. O álcool é muito utilizado devido a sua atuação sobre a inibição, dando a falsa impressão de popularidade e melhor comunicação ao indivíduo que o ingere, estando este associado ao desejo de consumir bebidas de fácil acesso, e sendo negativo na dificuldade em controlar o consumo (MASUR; MONTEIRO, 1983).

O abuso de bebidas alcólicas e a sua associação com transtornos psicológicos, são cada vez mais comuns, sendo caracterizada como problema de saúde pública, pois tem consequências desfavoráveis tanto para o usuário, quanto para seus familiares, incluindo incômodos no ambiente de trabalho, resultando na diminuição da produtividade, aumento no número de faltas e advertências devido ao comportamento deste indivíduo. E



conjuntamente com os problemas no emprego o paciente tem divergências familiares, causando a dissolução de matrimônios, afastamento e abandono dos filhos (ANDERSON; GUAL; COLON, 2008).

Segundo Martins e Farias Junior (2012), quando se observa o histórico familiar pode-se perceber que o modo comportamental de seus integrantes se repete com o passar dos anos, assemelhando-se aos seus antecessores. Logo, indivíduos que convivem com pessoas alcoolistas tendem a herdar tanto o conteúdo psicológico quanto as particularidades nos vícios. Para a saúde, o alcoolismo é uma doença crônica, em que o usuário se torna tolerante a intoxicação pelo álcool de forma progressiva, desenvolvendo sintomatologias como a abstinência quando fica sem utilizar a mesma.

A detecção ao uso abusivo e a dependência nas fases iniciais é de suma importância, pois os indivíduos iniciam de forma precoce o consumo de substâncias psicoativas e tendem a ter maiores problemas em relação ao uso e grande propensão ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (BRASIL, 2014).

O presente trabalho tem como função demonstrar a importância da atuação do profissional enfermeiro na viabilização do tratamento destes clientes, procurando sempre estimular que este continue com a participação nas terapias grupais, juntamente com a terapia medicamentosa dispensada nos serviços de assistência psicossocial. Diante desse contexto, objetivou-se relatar a experiência da assistência de enfermagem psiquiátrica ao paciente adicto.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência, a partir da vivência com um paciente adicto, realizado em um Centro de Assistência Psicossocial localizado no município de Fortaleza-Ceará-Brasil. A Rede de Atenção Psicossocial do Município de Fortaleza dispõe de 14 Centros, sendo seis CAPS GERAL, seis CAPS AD – Álcool e Drogas e dois CAPS Infantis. O perfil de atendimento são pessoas que apresentam sofrimentos psíquicos e/ou transtornos mentais severos e persistentes além de dependentes químicos. Nesses casos, o cuidado é partilhado com a Atenção Primária e com os recursos comunitários do território. Os serviços ofertados nos CAPS são; acolhimento diurno, acolhimento noturno, avaliação inicial/anamnese, atendimento intensivo, semi-intensivo, não intensivo, reavaliação, busca ativa, visita domiciliar, visita institucional, ações intersetoriais, apoio matricial, assembleia de usuários, abordagem de rua, encaminhamento, oficina terapêutica, oficina produtiva, grupo de arte, grupo de famílias, grupos diversos, terapia comunitária e atividades individuais.

A vivência foi realizada no mês de abril/2017 por discente e docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará, durante as atividades de campo desenvolvidas na Disciplina de Ensino Clínico em Saúde Mental.

Os dados para a elaboração do plano de cuidado de deu através da realização da anamnese, exame físico e consulta ao prontuário para complementação das informações, após essas etapas, foram identificados os problemas e realizado a sistematização da assistência de enfermagem conforme a taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (2017), NANDA, NIC e NOC, respeitando os aspectos ético-legais da Resolução 466/2012.

Este estudo fundamenta-se na literatura acerca das ações de enfermagem prestada ao paciente adicto e sua análise será realizada de acordo com o material disponível em publicações científicas acerca da sistematização da assistência de enfermagem prestada a esse tipo de paciente.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Paciente sexo masculino, 42 anos, natural da cidade de Fortaleza, católico, divorciado, foi admitido no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para acompanhamento em novembro de 2016, após queda da própria altura, em que relata não recordar dos acontecimentos subsequentes. Teve dois filhos que vieram a falecer pouco tempo após ao nascimento, diz ter relacionamento complicado com os demais familiares que moram em sua residência, principalmente com o pai que também é alcoolista.

Relata que se sente cansado e sonolento durante toda a parte do dia, devido ao uso da medicação prescrita pelo psiquiatra e que apresenta insônia do período noturno. Ao exame do estado mental, paciente manteve-se prestativo, atento e não estava sob o efeito de bebida alcóolica, apresentou boa higiene, com roupas limpas, consciência preservada, atenção preservada, orientação autopsíquica e alopsíquica preservadas, memória preservada, senso-percepção preservada, pensamento normal, insight preservado, julgamento preservado, humor eutímico, afeto congruente e psicomotricidade preservada.

Relatou sobre a sua vida pregressa e o mesmo informou que iniciou o consumo do álcool ainda na adolescência, no entanto não apresentava nenhum tipo de dano, também fez uso de maconha por um tempo, em ocasiões

esporádicas, e que suspendeu o uso por questão de não sentir prazer em sua utilização. Quando perguntado se já teve ou tem ideação suicida, o mesmo informa que na época em que ainda era casado, atentou contra a própria vida utilizando arma branca e foi impedido por seu enteado. Desde então, não tem mais estes pensamentos e diz sentir vergonha por tê-lo tentado anteriormente devido a sua religião. Relata não conseguir manter o emprego devido a problemas com a bebida, e durante o tempo ocioso procura ajudar o pai em um comércio próprio, no entanto, diz que nem sempre é possível devido ao relacionamento difícil dos dois.

Cliente informa que sua residência é bem localizada, com boas condições sanitárias, tem boa alimentação e não apresenta comorbidades prévias. Em alguns dias da semana é voluntário na Igreja Católica próximo de sua residência, onde realiza bazares e sopões para a população carente. Na assistência de enfermagem, identificou-se dificuldade para adaptação ao tratamento prescrito, pois apresentava alergias; verificou-se também maus hábitos alimentares, rico em sódio e gordura, hábitos estes vivenciados pela família, e não tem apoio necessário para o autocuidado.

Diante do exposto, foram traçados os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem necessárias para o tratamento: Controle ineficaz da saúde caracterizado pela dificuldade com o regime prescrito, relacionado aos padrões familiar de cuidados de saúde; Enfrentamento ineficaz caracterizado por habilidades insuficientes para solução de problemas, relacionado ao apoio social insuficiente. Em relação às intervenções de enfermagem: Orientações de auto-cuidado; Avaliar as capacidades e as habilidades para o enfrentamento, ouvir atentamente e reconhecer as percepções dos fatos ocorridos. As expectativas negativas, baixa autoestima e inexistência de autopercepção fazem com que indivíduos com problemas com álcool e outras drogas adquiram diversas morbidades. Fazendo com que estes venham a sobrecarregar os sistemas de saúde de sua localidade. Assim, o compromisso decorrente de uma ocupação ajuda os dependentes químicos a se manter em abstinência, já a falta de emprego/ocupação faz com que eles estejam mais propensos a recaídas, já que a ociosidade é um grande incentivador (CARVALHO et al, 2011).

A experiência vivenciada da assistência de enfermagem psiquiátrica ao paciente adicto possibilitou uma abordagem integralizada, pois se buscou abordar aspectos psicobiológicos e de promoção da saúde mental. Para que a equipe de enfermagem possa realizar um cuidado de qualidade a estes clientes é de grande relevância aprofundar o conhecimento sobre como ocorre o processo de recidiva do paciente adicto e principalmente o que leva este paciente a procurar a manutenção deste tratamento.

Vivenciar um ambiente familiar sem estabilidade, intolerante, sem afetividade, compreensão e muitas vezes sem um contexto disciplinar, favorece negativamente a autoestima do indivíduo, dificultando que este supere as adversidades do meio em que vive. Podendo ele sentir-se tão desolado ao ponto de retornar ao vício (CARVALHO et al., 2011).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que o enfermeiro cria um vínculo de grande relevância com o paciente adicto devido a aproximação com trabalho diário, principalmente estando este, com uma complicação tão importante em sua trajetória. O enfermeiro detém conhecimentos técnico-científicos para realização da assistência de enfermagem psiquiátrica com um plano de cuidados, estabelecendo um incentivo ao paciente para seu autocuidado, na manutenção de seus grupos terapêuticos, como uma fonte de auxílio, a educação em saúde, a fim de solidificar este trabalho, buscando sempre mostrar aos demais que o respeito entre as pessoas deve ser mantido independentemente de qual patologia este venha a apresentar.

Encontra-se nesse contexto a Sistematização da Assistência de Enfermagem, na qual trata seu cliente de maneira única, respeitando suas limitações, particularidades e necessidades, a fim da manutenção do relacionamento terapêutico. Desta forma o trabalho a ser desenvolvido no plano de cuidados ao paciente poderá alcançar melhores resultados e uma maior eficiência com o desenvolvimento da equipe no CAPS voltado para álcool e outras drogas é uma estratégia especializada, articulada, e de grande importância para população.

Faz-se necessário, por parte dos governos, incentivos financeiros cada vez maiores na implantação e consolidação dos CAPS pelo território nacional, bem como, sensibilização pelos gestores desses serviços, para capacitação dos profissionais atuantes.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, P.; GUAL, A.; COLON, J. **Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas.** Washington, D.C.: OPS, 2008.

BRASIL. **Oficina de qualificação do NASF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Guia do estudante.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

CARVALHO, F. R. M.; BRUSAMARELLO, T.; GUIMARÃES, A. N.; PAES, M. R.; MAFTUM, M. A. Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação.

**Colomb Med.**, v. 42, n. 2, Supl 1, 2011.

EDWARD, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O Tratamento do Alcoolismo**: Um Guia para Profissionais da Saúde. São Paulo: Artmed, 2005.

ESPERIDIAO, E.; SILVA, N. S.; CAIXETA, C. C.; RODRIGUES, J. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 66 (esp), p. 171-6, 2013.

GOULART, M. S. B.; SILVA, C. R.; SILVA, E. R. A universidade e a reforma psiquiátrica: fios e desafios. **Pesqui. prá. psicossociais**, v. 10, n. 2, p. 368-381, dez. 2015.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. **J Biol Res**, v. 16, n. 3, p. 215-8, 1983.

MARTINS, E. M.; FARIAS JUNIOR, G. O Alcoolismo e suas Consequências na Estrutura Familiar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, ano 1, n. 2, 2012.

MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Nursing Diagnoses**: definitions and classification: 2015-2017. Philadelphia: NANDA, 2017.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONSTRUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA DETECÇÃO PRECOCE DA HANSENÍASE

Erika de Vasconcelos Barbalho<sup>1\*</sup>, Samila Sousa Vasconcelos<sup>2</sup>

1. Centro Universitário UNINTA, Sobral-Ceará-Brasil

2. Centro Universitário UNINTA, Sobral-Ceará-Brasil

Email: erikavascb@gmail.com

Palavras-chave: Promoção da saúde. Hanseníase. Tecnologia educativa.

### INTRODUÇÃO

O conceito de promoção da saúde propõe a integração de diversos saberes, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos ou privados, para a sua implementação. Destaca-se, assim, a educação em saúde, que vista sob a ótica da promoção da saúde, denota mais do que o repasse de informações e indução de determinados comportamentos. Possibilita o desenvolvimento de uma concepção sanitária em sua integralidade, permitindo à comunidade tecer suas próprias análises por meio de uma consciência crítica e reflexiva, tornando-a apta a tomar decisões autônomas e coerentes com sua realidade (LOPES; SARAIVA; FERNANDES; XIMENES, 2010).

Na área da saúde, as tecnologias educativas são instrumentos importantes para a realização do trabalho educativo e do processo de cuidar. Podem ser classificadas como tecnologias leves, leve-dura e duras que possibilitam o desenvolvimento de relações, responsabilização, aplicação de saberes estruturados e uso de equipamentos tecnológicos, como forma de administrar os processos de trabalho e o cuidado em saúde (SOARES; JÚNIOR; FREITAS; DIÓGENES, 2016; MEHRY, 2002).

Segundo Lopes (2015), quando se discute os processos de ensino-aprendizagem empregados nas tendências pedagógicas mais dominantes no campo da saúde, percebe-se que a interseção dos campos da educação e da saúde se norteia, a partir de suas práticas educativas, por um “arcabouço de representações de homem e de sociedade que se quer formar” e que o sentido desta combinação estaria na ampliação do nível de saúde e na redução das iniquidades.

A utilização de materiais educativos impressos na área da saúde é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS). As tecnologias leves do tipo manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são capazes de promover resultados positivos para os participantes das atividades. A contribuição desses materiais para a promoção da saúde depende dos princípios e das formas de comunicação envolvidos nos processos de elaboração (SANTOS; MONTEIRO; ROZEMBERG, 2009).

A hanseníase é uma patologia com um percurso histórico estigmatizante, devido as sequelas oriundas. Caracteriza-se pela ocorrência de um processo infeccioso crônico, que atinge a espécie humana, tendo como agente causador o *Mycobacterium leprae* (Bacilo Hansen). Relatos históricos a retratam com uma imagem mutiladora e incapacitante, além de atribuir sua contaminação as pessoas profanadoras e merecedoras do castigo divino. Atualmente a concepção que se tem ultrapassa os conhecimentos históricos e incluem justificativas científicas reconhecidas pelos profissionais da saúde. No entanto, essa trajetória faz parte das construções sociais da doença e estão associadas a crenças tradicionais sobre a enfermidade (BERNARDES; MARQUES, 2015).

Sabe-se que a melhor maneira de se controlar a doença é o diagnóstico precoce, que, por sua vez, exige um trabalho sistematizado de orientação da população quanto aos seus sinais e sintomas. A produção de tecnologias leves em saúde se faz importante, pois pode promover a participação do usuário no processo de discussão, reduzindo as barreiras de conhecimento sobre a doença e favorecendo sua prevenção e diagnóstico precoce.

Sendo assim, torna-se importante desenvolver uma cartilha educativa a fim de promover a detecção precoce de casos com Hanseníase e minimizar o estigma imposto socialmente, possibilitando a tomada de decisão com vistas à melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica, fundamentada em uma revisão integrativa da literatura, que desencadeou a elaboração de uma tecnologia educativa do tipo cartilha, sobre a detecção precoce de casos de hanseníase. A segunda etapa, será composta pelo processo de validação das informações por juízes e pela população, a ser desenvolvida até o final do ano vigente.

No processo de construção da cartilha, foram seguidas cinco etapas: sistematização do conteúdo, adaptação de termos técnicos e científicos a linguagem popular, escolha das ilustrações, edição do material e construção da versão final.

O levantamento bibliográfico, correspondeu à seleção do conteúdo a partir das evidências na literatura sobre Hanseníase, sinais e sintomas, fatores de risco, prevenção, medo e detecção precoce. O desenvolvimento da revisão de literatura garantiu a fundamentação científica, condição essencial para a segurança do leitor, e definição apropriada, dos conceitos contidos neste material.

A imersão na literatura ocorreu no primeiro semestre de 2017, sendo realizada uma investigação aprofundada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), National Library of Medicine, Estados Unidos (MEDLINE) e na Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e manuais do Ministério da Saúde, através dos descritores em saúde (DeCs): hanseníase, tecnologia educacional, estigma e promoção da saúde.

Os critérios de inclusão aplicados foram publicações presentes nas respectivas bases de dados, datados entre 2007 e 2017, no idioma português. Foram excluídas as produções sem disponibilidade na íntegra e que não estavam relacionados com o tema central.

Posteriormente, foi realizado o trabalho de adequação dos termos técnicos a linguagem popular, seguido pela construção da diagramação e design da cartilha por um profissional de comunicação e publicidade. As imagens foram recolhidas da internet e editadas nos programas Adobe Illustrator e Power Point, uma vez que permite a criação e exibição de apresentações, cujo objetivo é informar sobre um determinado tema, podendo usar imagens, diagramas, gráficos, tabelas e textos, objetivando tornar a leitura mais descontraída e de fácil compreensão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 82 publicações selecionadas, foram analisados 15 artigos e 2 dissertações, pois se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos.

O desenvolvimento da cartilha foi fundamentado na proposta freiriana da pedagogia socioconstrutivista, que lança a concepção do empowerment, um conceito chave da promoção da saúde, no intuito de conduzir às mudanças sociais e auxiliar na aquisição de conhecimentos e criar a autonomia do cuidado em saúde (FREIRE, 2003).

A versão final da tecnologia produzida ficou composta por nove páginas, com dimensão de 200/140mm, impressas nas cores azul, vermelho e branca, sobre o papel couchê brilho de 180g/m<sup>2</sup>. Para o texto, priorizou-se letras na cor preta, em contraste com o fundo branco e, para as imagens utilizou-se as cores primárias. As páginas foram divididas por tópicos: capa, contracapa, apresentação, orientações quanto a identificação de casos e sinais e sintomas e, referências.



As tecnologias educacionais do tipo leve devem ser construídas para fortalecer orientações a familiares e pacientes, sendo imprescindível descrever as informações numa linguagem acessível a todas as camadas sociais, portanto, é importante inserir ilustrações das orientações para descontrair, animar, torná-las menos impactantes e facilitar o entendimento, já que, para algumas pessoas, as ilustrações explicam mais que as palavras (PIRES; GUILHEM; GÖTTEMS, 2013).

De acordo com Araújo et al (2017), a elaboração de uma tecnologia educativa leve permeia por um processo que envolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam nas variadas formas de conhecimento, como científico, técnico, pessoal, cultural, social, e psico-espiritual. Essa junção de diversos saberes tem por objetivo a efetividade da tecnologia para a promoção, prevenção, manutenção e/ou recuperação da saúde.

Segundo Echer (2005), é ainda necessário selecionar quais informações realmente são importantes para constar no material, porque, apesar dele precisar ser atrativo, objetivo e conciso, deve obedecer uma orientação

significativa sobre o tema a que se propõe. Precisa ser de fácil compreensão e atender às necessidades específicas de uma determinada situação de saúde para que as pessoas se sintam estimuladas a lê-lo.

Os autores Kelly-Santos, Monteiro e Ribeiro (2010), partem do pressuposto que os materiais de saúde cuja leitura é clara, aumentam a adesão e fazem com que o público mude seu comportamento em prol da saúde e do bem-estar, uma vez que estes dispositivos legitimam e socializam os saberes e as práticas realizadas na detecção precoce e recuperação da hanseníase.

Jotta Moreira et al. (2014), referem que para a orientação das estratégias de promoção da saúde para a hanseníase, a elaboração das tecnologias educativas leves vem ocorrendo de forma a facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação de pacientes e familiares no processo do autocuidado. Dispor de uma tecnologia educativa e instrutiva facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas, com vistas ao cuidado em saúde. Além disso, é também uma forma de ajudar os indivíduos no sentido de melhor entender o processo de saúde-doença e corresponsabilizá-los pelo processo de recuperação.

## CONCLUSÃO

A elaboração e construção da cartilha educativa para detecção precoce da hanseníase teve por embasamento a revisão de literatura, que é uma condição importante quando se trabalha com temas que não fazem parte do conhecimento básico do público a que se destina. A experiência da construção de uma tecnologia educativa, vivenciada com o uso da cartilha, constituiu-se um importante meio de informar, alertar, transmitir conhecimentos e promover reflexão acerca da integralidade em saúde e do bem estar do paciente e da família. Ressalta-se que para que o material educativo possa ser de fato adequado e efetivo, é fundamental um planejamento eficaz da equipe, dinamicidade e propostas que garantam a participação e aprendizagem de aspectos significativos, do processo de saúde-doença.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, S. N. M.; SANTIAGO, R. F.; BARBOSA, C. N. S.; FIGUEIREDO, M. L. F.; ANDRADE, E. M. L. R.; NERY, I. S. Tecnologías orientadas al cuidado del anciano en los servicios de salud: una revisión integradora. **Enferm. glob.**, v. 16, n. 46, abr., 2017.
- BERNADES, A. G.; MARQUES, C. F. Narrativas de existência: da lepra a hanseníase. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1291-1302, 2015.
- ECHER, I. C. Elaboração de Manuais de Orientação para o Cuidado em Saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 13, n. 5, p; 754-7, 2005.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 37a. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
- GUBERT, F.A.; SANTOS, A. C. L.; ARAGÃO, K. A.; PEREIRA, D. C. R.; VIEIRA N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1 , p: 165-72, 2009.
- JOTTA MOREIRA, A.; MOREIRA NAVES, J.; FERNANES, L. F. R. M.; CASTRO, S.; WALSH, I. A. P. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Saúde em Debate**, v. 38, abr-jun, 2014.
- KELLY-SANTOSI, A.; MONTEIRO, S. S.; RIBEIRO, A. P. G. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. **Interface** (Botucatu), v. 14, n.32, an./mar., 2010.
- LOPES, E. M et al. AIDS em crianças: a influência dos diferenciais socioeconômicos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 9, v. 31, 2015.
- LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; FERNANDES, A. F. C.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p: 461-8, jul-set, 2010. MEHRY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
- SANTOS, A. K.; MONTEIRO, S. S.; ROZEMBERG, B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 857-867, 2009.
- SOARES, F. M. M.; JÚNIOR, J. E. F. R.; FREITAS, J. G.; DIÓGENES, M. A. R. Construção de tecnologias em enfermagem para à promoção da saúde portadores de hanseníase. **Journal of Nursing and Health Science**, v. 5, n.3, p: 32-37, mai/jun, 2016.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## APGAR FAMILIAR DE UMA IDOSA COM BÓCIO ENDÊMICO: UM ESTUDO DE CASO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rômulo César Afonso Goulart Filho<sup>1\*</sup>, Flavio Araújo Prado<sup>2</sup>, Lucilla de Sousa Olímpio de Melo<sup>3</sup>, Patrícia Aragão Alves<sup>4</sup>.

1. Fisioterapeuta, Docente do Curso de Fisioterapia. Centro Universitário INTA. Sobral-Ceará-Brasil.

2. Enfermeiro, Coordenador de Vigilância à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Forquilha-Ceará-Brasil.

3. Enfermeira. Secretaria Estadual de Saúde. Piripiri-Piauí-Brasil. lucsouslv@hotmail.com

4. Enfermeira. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Escola de Saúde da Família Visconde Sabóia. Sobral-Ceará-Brasil. patyentf@bol.com.br

E-mail: romulocagf@hotmail.com

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Família. Relações Familiares.

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o conceito de família tem adquirido uma amplitude e uma diversidade social, além de uma pluralidade cultural. No entanto, seja qual for o modelo de família ela é sempre um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, num todo sistêmico em que se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior (DIAS, 2011).

Na contemporaneidade, com a mudança e inovação da atenção à saúde, o foco da atenção na família tornou-se um dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), situação prioritária, especialmente se a colocamos na estratégia de reorganização do sistema de saúde. É necessário, também, conhecer as configurações dessa família, seus arranjos, seus contextos, seu processo social de trabalho e vivência, sua cultura de características bem peculiares, nesse nosso tempo de diversidade e de transição demográfica e epidemiológica. Enfim, compreender a família como unidade de produção social (CHAPADEIRO, 2011).

No entanto, a Atenção Primária à Saúde ainda conta com fragilidades que necessitam ser superadas para se alcançar uma visão ampliada do processo saúde-doença: a formação de vínculos e a abordagem familiar (GIL, 2006).

Assim, os profissionais da saúde precisam compreendê-las na sua dinâmica e assisti-la em suas necessidades individuais e de grupo em interação, reconhecendo o contexto familiar como o espaço primeiro de identificação e explicação do adoecimento de seus membros (SILVA, 2010).

Na atenção à saúde, deve-se buscar importantes estratégias para se obter informações para o planejamento das ações em saúde. Assim, considerando a necessidade de critérios de coerência entre as bases teóricas utilizadas, a disponibilidade das informações e a coleta de dados válidos e confiáveis, destacam-se o APGAR da família, o genograma e o ecomapa como valiosos instrumentos para a compreensão dos processos familiares e das relações com a comunidade, no exercício do planejamento e das intervenções em saúde pública (MOIMAZ *et al*, 2011).

Rocha, Nascimento e Lima (2006) acreditam que através do uso de ferramentas como apgar familiar é possível aferir os níveis de adaptação à forma de compartilhamento dos recursos e satisfação ou insatisfação com a atenção recebida; os níveis de participação, ou seja, como as decisões são compartilhadas, satisfação ou não com a comunicação e formas adotadas para solução dos problemas familiares; o crescimento emocional, amadurecimento e satisfação com a liberdade para mudança de papéis; a afeição expressa na forma de compartilhamento e interação das experiências emocionais familiares e a capacidade de resolução, isto é, compartilhamento do tempo, do espaço e dos recursos financeiros.

Dessa forma, objetivou-se, com esse estudo de caso, realizar avaliação de risco familiar de uma idosa com bócio endêmico.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido com uma idosa diagnosticada com bócio endêmico, residente no distrito de Jaibaras, Sobral - Ceará, possuindo como referência o Centro de Saúde da Família (CSF) Leda Predo IV, no período de abril a maio de 2015. O referido distrito, localiza-se na zona rural, delimitado pelo rio Jaibaras e o açude Ayres de Sousa. Possui uma população de 8.200 habitantes, em torno de 2.393 famílias, com uma cobertura assistencial pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de 90,2%.



Optou-se por desenvolver o estudo com a referida idosa, por sua família apresentar situação de risco e vulnerabilidade social e sanitária, conforme Escala de Coelho e Savassi (2004). A partir da pontuação desta escala, com a soma do escore total, obtivemos a classificação de risco que varia de R1 – risco menor, R2- risco moderado e a R3 – risco máximo, descrito a seguir: Escore 5 ou 6 = R1; Escore 7 ou 8 = R2; Escore maior que 9 = R3.

Na família em estudo foram identificadas as seguintes informações da Ficha A: deficiência física, deficiência mental, maior de 70 anos, hipertensão arterial sistêmica (HAS), relação morador/cômodo maior que um, resultando assim num escore de 11 pontos, enquadrando-se no risco máximo (R3).

As visitas à família ocorreram do seguinte modo: Na primeira visita, foi realizado o convite para participar da pesquisa bem como o reconhecimento dos membros e verificação dos critérios de vulnerabilidade. Na segunda foi realizada entrevista objetivando aproximação com a famílias e obtenção das informações para a construção do Genograma, Ecomapa, bem como a aplicação do questionário do Apgar Familiar. A terceira visita foi realizada para complementação de informações e para o registro de autorização do consentimento de divulgação de imagem e som.

Quanto as ferramentas utilizadas para avaliação do caso da idosa aplicaram-se:

**Genograma:** O genograma é um instrumento elaborado por terapeutas familiares e tem sido vastamente utilizado por profissionais de diversas áreas, dentre elas a da saúde, como a Enfermagem, Psicologia, Medicina, Serviço Social, entre outras (MOIMAZ *et al.*, 2011).

**Ecomapa:** O Ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar as redes e apoio social disponíveis e sua utilização pela família, contendo os contatos das famílias com sujeitos, instituições ou grupos, representando ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos de um determinado momento do ciclo vital da família. Ressalta-se que uma família com poucas conexões junto à comunidade necessita maior investimento da ESF, em intervenções que auxiliam na busca por mais conexões ou estabilizações das relações (PEREIRA *et al.*, 2009).

**Apgar Familiar:** Uma ferramenta utilizada na identificação das relações e função familiar é o “*Family APGAR*”, questionário desenvolvido por Gabriel Smilkstein, em 1978. Após ser traduzido, adaptado e validado, foi renomeado para “APGAR de Família” (DUARTE, 2001).

Pode ser auto aplicado, permitindo a avaliação da satisfação subjetiva com o cuidado recebido do membro familiar por meio de cinco itens cuja denominação representa um acrônimo em inglês, derivado dos domínios: *Adaptation* (adaptação), o qual compreende os recursos familiares oferecidos quando se faz necessária assistência; *Partnership* (companheirismo), que se refere à reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; *Growth* (desenvolvimento), relativo à disponibilidade da família para mudanças de papéis e desenvolvimento emocional; *Affection* (afetividade), compreendendo a intimidade e as interações emocionais no contexto familiar; e *Resolve* (capacidade resolutive), que está associada à decisão, determinação ou resolutividade em uma unidade familiar (SILVA *et al.*, 2014).

O instrumento utilizado é composto por cinco questões, uma para cada domínio de avaliação, cujas opções de respostas são: sempre (2), algumas vezes (1) e nunca (0). Com a pontuação total variando de 0 a 10, com a classificação de 0 a 4, elevada disfunção familiar; de 5 a 6, moderada disfunção familiar; e de 7 a 10, boa funcionalidade familiar (BRASIL, 2007). Assim, a pontuação final possibilita a classificação dos níveis de funcionamento (disfuncionalidade e funcionalidade) familiar, sendo que o maior escore indica maior satisfação da pessoa índice que recebe o cuidado (DUARTE, 2001).

Não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa, pelo fato de ser um estudo de caso, no entanto, este estudo respeitou os princípios da Bioética, autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caso do estudo refere a senhora M.C.A.S., 60 anos, sexo feminino, G03P03A0, aposentada, casada, católica, sabidamente hipertensa, diagnosticada há 10 anos com nódulo/bócio tireoideano e atualmente em tratamento clínico. Recentemente passa por um processo de readaptação pós- morte de um dos seus filhos, tornando-a vulnerável em alguns momentos da visita.

Residem com a senhora M.C.A.S., seu esposo, o senhor F.J.S., 64 anos, aposentado, com histórico de etilismo, ciumento; seu filho, F.J.J. 38 anos, deficiente mental, beneficiário assistencial da previdência, agressivo; sua filha, M.S.F. 34 anos, sexo feminino; sua nora M. J.F., sexo feminino, 42 anos, portadora de HIV, diagnosticado há doze anos, passiva, conformada, mãe de E.F.A, 14 anos, sexo feminino, escolar e de J.L.F.A, 11 anos, sexo masculino, escolar. Além desses membros, reside, também neste domicílio, C.B.S., 77 anos, sexo feminino, pensionista, deficiente visual há 37 anos, madrasta de F.J.S. Há seis meses um dos membros desta família, A.A.S., filho de M.C.A.S e F.J.S, 36 anos, sexo masculino, veio a óbito por complicações de AIDS, deixando sua cônjuge, M.J.F., também portadora de HIV e dois filhos.

A visualização do genograma e ecomapa da família nos mostra como está formada a estrutura interna da família em estudo e como seus membros estão agrupados de acordo com a ordem de nascimento e subsistemas. Segundo Rebelo (2007), o genograma permite conhecer o indivíduo em seu contexto familiar e a influência da família em sua vida; conhecer as doenças mais frequentes e o padrão de repetição das mesmas, possibilitando ações efetivas de promoção de saúde nos seus descendentes; além de permitir ao profissional conhecer e explorar junto aos familiares suas crenças e padrões de comportamento.

Também é observado o forte vínculo entre a maior parte dos membros da família com o sujeito índice do estudo, M.C.A.S, e uma relação conflituosa desta com um filho, que tem transtorno bipolar, faz uso de medicação controlada e é agressivo.

É evidenciada ainda a morte recente de um membro deste grupo, que era soropositivo, o que está abalando fortemente a família, e causando uma readequação de papéis no contexto familiar.

A estrutura externa ainda nos mostra o bom acompanhamento da ESF (Estratégia Saúde da Família) em relação a saúde de todos os membros da família.

Segundo Pereira *et al.* (2009) a construção conjunta dessas duas ferramentas de análise familiar, ecomapa e genograma, permite avaliar a dupla, usuário e família, em seus processos de vida e de como vivê-la.

A avaliação funcional por meio do APGAR de Família é uma avaliação objetiva e sistematizada do nível de função familiar na visão do respondente, além de reconhecer rapidamente a disfuncionalidade familiar, de fácil interpretação, baixo custo (BRASIL, 2007) e alta confiabilidade (SANTOS, PAVARINI, BARHAM, 2011).

De acordo com Torres *et al.* (2010) conhecer a dinâmica familiar nos domínios avaliados em relação à adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva suscitarão em ações assertivas junto a esta população, uma vez que a satisfação do sujeito índice em relação à sua família contribuirá significativamente na “manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo”.

Em relação a Adaptação (A = Adaptation), primeiro componente do Apgar Familiar está relacionado aos recursos familiares oferecidos quando se faz necessária uma assistência e a Sra. MCAS atribuiu dois pontos, respondendo que QUASE SEMPRE está satisfeita com a atenção que lhe é prestada ao procurar a família quando algo lhe preocupa ou incomoda.

Na dimensão Companheirismo (P=Partnership), respondeu que “ÀS VEZES” (um ponto) está satisfeita com a forma com que sua família discute as questões de interesse comum e compartilha com ela que compreende a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas.

A participação do indivíduo nas questões de interesse comum e na resolução de problemas é de fundamental importância para que a família seja considerada funcional. Quanto maior a satisfação deste critério, menor será a vulnerabilidade da família diante de uma situação de crise, o que irá garantir maior interação entre os membros da família, sendo esta condição fator de proteção à estrutura e funcionamento do grupo familiar (HERNÁNDEZ & VALDES, 1996).

No aspecto do Desenvolvimento (G=Growth), refutou que QUASE SEMPRE a família aceita seus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças em seu estilo de vida. Para Domingues *et al.* (2012), este aspecto encontra-se associado à liberdade e disponibilidade da família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional.

Na dimensão da afetividade (A=Affection), relacionada à intimidade e às interações emocionais num contexto familiar referiu que “ÀS VEZES” está satisfeita com a forma com que sua família expressa afeição e reage em relação aos seus sentimentos. Hernández e Valdes (1996) afirmam que as famílias mais vulneráveis às crises caracterizam-se por escasso vínculo afetivo, seus membros sentem-se inseguros em relação ao apoio e compreensão, predomina um estilo de comunicação fechado e não há envolvimento da maioria dos membros nas decisões que afetam a todos.

Em relação a Capacidade resolutiva (R=Resolve), respondeu que “QUASE SEMPRE” (dois pontos) está contente com o modo que a família compartilha tempo juntos. Com essa dimensão percebe-se o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço) (BRASIL, 2012).

De acordo com Cianciarullo (2002) uma família que funciona adequadamente, ou família funcional, deve proteger a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes onde cada membro e cada subsistema devem negociar sua autonomia e sua interdependência, mantendo intercâmbios flexíveis.

Essa família é considerada funcional, o que foi destacado durante a roda de conversa, com os relatos de caso, e com a boa convivência entre os membros. A única relação conflituosa é de um filho com sua genitora e pode-se observar que a maioria das respostas foi “quase sempre”, o que demonstra a satisfação da genitora em relação ao companheirismo, afetividade, capacidade resolutiva e adaptação.

## CONCLUSÃO

As ferramentas de avaliação familiar utilizadas no acompanhamento da família, favoreceram a criação de vínculo da equipe com a família e possibilitaram uma melhor visualização das relações com a comunidade. Proporcionou, ainda, uma reflexão da postura em relação a forma de atendimento da equipe e de busca de novas abordagens.

Destaca-se ainda a importância do conhecimento dos vínculos e as redes de apoio social como estratégias facilitadoras e ampliadoras para o planejamento e gestão de ações de cuidados interdisciplinares continuados ao sistema familiar.

Assim, os resultados apontam para a importância do desenvolvimento de estratégias que envolvam os profissionais da saúde na utilização das ferramentas de avaliações com famílias, estimulando-os a adoção da proximidade ao contexto domiciliar e a rede social das famílias ao longo do ciclo vital, permitindo ações efetivas na intervenção familiar.

Vale ressaltar a escassez de estudos que orientassem a aplicabilidade do questionário da ferramenta em questão, e o fato do acrônimo APGAR de Família não ser um descritor controlado que corroborassem com o processo de trabalho, além da limitação de possibilitar a identificação de outros problemas que possam estar interferindo no contexto familiar.

Assim, com essa abordagem pode-se elencar algumas ações de intervenção que poderão ser realizadas a *posteriori*, como: Ressocialização do filho com deficiência mental, inserindo-o no atendimento do CAPS; Solicitar apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para acompanhamento psicológico, devido a perda do filho; Manter a família informada sobre a regulação e marcação da cirurgia de retirada do bócio, para as devidas orientações.

## REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, M. Ecomapa. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 23, p. 327-330, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CHAPADEIRO, C.A.; ANDRADE, H.Y.O.; ARAÚJO, M.R.N. A família como foco da atenção primária à saúde. **Belo Horizonte: Nescon/UFMG**, 2011.
- CIANCIARULLO, T.I. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.
- COELHO, F.L.G.; SAVASSI, L.C.M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19- 26, 2004.
- DIAS, M.O. **Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: o processo de comunicação no sistema familiar**. Comissão Política Distrital do Partido Social Democrata, Mangualde, 2011.
- DOMINGUES, M.A. ORDONEZ, T.N.; SILVA, T.B.L.; NAGAI, P.A.; BARROS, T.C.; TORRES, M.J. Revisão sistemática de instrumentos de avaliação de rede de suporte social para idosos. **Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v. 15, p. 333-354, 2012.
- DUARTE, Y.A.O. **Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. 2001.
- GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, p.1171-1181, 2006.
- HERNÁNDEZ, C.; VALDES, M. **Familia y adolescencia: indicadores de salud: manual de aplicacion de instrumentos**. Organización Panamericana de la Salud, 1996.
- MOIMAZ, S.A.S.; FADEL, C.B.; YARID, S.D.; DINIZ, D.G. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 965-972, 2011.
- NASCIMENTO, L.C; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, p. 280-6, 2005.

PEREIRA, A.P.S.; TEIXEIRA, G.M.; BRESSAN, C.A.B; MARTIN, J.G.I. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 407-416, 2009.

REBELO, L. Genograma familiar: O bisturi do Médico de Família. **Revista portuguesa de Clínica Geral**, 2007.

ROCHA, S.M.M.; NASCIMENTO, L.C.; LIMA, R.A.G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 709-714, 2002.

SANTOS A.A.; PAVARINI, S.C.I.; BARHAM, E.J. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. **Texto & Contexto Enferm.**, v.20, p.102-110, 2011.

SILVA, N.C. **Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo 'centralidade na família' no PSF de Manaus**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, M.J.; VICTOR, J.F.; MOTA, F.R.N.; SOARES, E.S.; LEITE, B.M.B.; OLIVEIRA, E.T. Análise psicométrica do APGAR de família. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v.18, n.3, Jul-Set, 2014.

TORRES, G.V.; REIS, L.A.; REIS, L.A.; FERNANDES, M.H.; XAVIER, T.T. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 21, 2010.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus em primeiro lugar, pois sem Ele não poderíamos executar o estudo e a todos colegas e mestres que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização do mesmo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IMPACTO DAS INTERVENÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NO NÍVEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Rômulo César Afonso Goulart Filho<sup>1\*</sup>. Darlene Maria Valentim Santos<sup>2</sup>.

1. Fisioterapeuta. Docente do Curso de Fisioterapia. Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral-Ceará-Brasil.

2. Fisioterapeuta. Egressa do Curso de Fisioterapia. Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral-Ceará-Brasil, dada\_santos16@hotmail.com

E-mail do apresentador: romulocagf@hotmail.com

Palavras-chave: Saúde da Pessoa Idosa. Qualidade de Vida. Atenção Primária a Saúde.

### INTRODUÇÃO

O aumento da população de pessoas idosas é um acontecimento mundial e está acontecendo de forma despreparada (BARBOSA *et. al.*, 2014), visto que, o envelhecimento populacional começou no início do final do século XIX e permanece de forma acentuada até os dias vigentes (CRUZ *et. al.*, 2015).

Nesse crescimento, as pessoas acima de 60 anos compõem o grupo que mais aumentou nos últimos anos, sendo que toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos é classificada como idosa, este crescimento se dá pelo progresso da medicina, dos meios de diagnóstico e intervenções, modificações na economia e ao acesso à informação, gerando uma possibilidade de prolongamento de vida (BARBOSA *et. al.*, 2014; TOLDRÁ *et al.*, 2014).

A capacidade funcional aumenta durante a infância, alcança o seu limite máximo nos primeiros anos da vida, quando a pessoa já esta totalmente desenvolvida, e começa a entrar em declínio logo em seguida, quando começa a envelhecer, no entanto a velocidade do declínio não é igual para todos, sendo determinados por fatores relacionados ao estilo de vida (CARMO; OLIVEIRA; MORELATO, 2016).

Ter a capacidade de realizar atividades de vida diária (AVD) é um dos sinais mais importante de funcionalidade das pessoas mais velhas. Elas são ordenadas em atividades básicas de vida diária (ABVD), que se relaciona com a capacidade de cuidar de si mesmo; e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que são relacionadas com as atividades que dão suporte as atividades de vida diária em casa ou na comunidade e que estão relacionadas à vida prática (LOPES; SANTOS, 2015).

Sendo assim, a funcionalidade pode ser compreendida como a habilidade do indivíduo de fazer qualquer atividade, usando sua capacidade para manter sua relação social, em ter seu momento de lazer, com isso, a autonomia e independência durante o processo de senescência é vista como um objetivo a ser atingindo (MACIEL, 2010).

Portanto, se torna essencial conhecer os fatores que podem ser determinantes para esse grupo de indivíduos para que possam ter a oportunidade de um envelhecimento com assistência e qualidade, visto que o idoso vem apresentando uma expectativa de vida maior que anos anteriores. Com isso, este estudo teve por objetivo descrever as intervenções em saúde da pessoa idosa no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

### METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada através de uma revisão integrativa, onde teve como objetivo reunir e sintetizar resultados ou orientações sobre determinada temática, de maneira sistemática e organizada, sendo um importante instrumento de investigação, para se obter um conhecimento aprofundado, sínteses de diversos estudos publicados e conclusões gerais a respeito do tema abordado (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). A amostragem ocorreu com o levantamento bibliográfico, sendo realizado através do acesso on-line nas duas bases de dados, acessada via Biblioteca Virtual da Saúde (BVS): Base 1 - Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Base 2 - Biblioteca científica eletrônica em online (SCIELO).

No levantamento dos artigos foram utilizadas as seguintes palavras chaves: Saúde da pessoa idosa, Qualidade de vida e Atenção Primária à Saúde; considerando as publicações dos últimos 6 anos afim de realizar um trabalho com dados mais atualizados, com isso, foram utilizados artigos de 2011 a 2016 que estivessem de acordo com os critérios adotados para a inclusão no trabalho.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram: estudos que respondiam à questão do impacto das intervenções da qualidade de vida das pessoas; artigos disponíveis eletronicamente de forma gratuita; estudos disponíveis no idioma português; artigos publicados em periódicos nacionais, revisão integrativa,

sistemáticas e experimental. Os critérios de exclusões adotados para a pesquisa foram dissertações e teses, artigos repetidos ou que estejam fora da discussão proposta.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente trabalho constituiu de nove artigos científicos para a amostra final, selecionados de acordo com os critérios de inclusão que foram previamente estabelecidos. Foram subdivididos em dois grupos, Fatores associados a qualidade de vida da pessoa idosa, que esta voltada para a identificação das características que podem compor a qualidade de vida do idoso, já o segundo foi a Percepção do idoso quanto a assistência na APS, onde descreve trabalhos de diferentes autores sobre a compreensão da Atenção Primária para a vida do idoso.

A qualidade de vida apresenta-se como um dos fatores mais importante durante a fase de senescência da pessoa e dentro desta categoria existem algumas questões que se sobrepõem para que isso aconteça, como a sua relação social, como é visto pelo Stival et. al. (2014) onde o domínio em que os idosos demonstraram melhor qualidade de vida foi às relações sociais, como também no trabalho de Lenardt et. al. (2014), onde as dimensões psicossociais obtiveram as melhores pontuações na qualidade de vida dos idosos, fruto das relações sociais mantidas pela maioria deles.

Gonçalves et. al. (2013), também apresenta em seu trabalho a melhor média no domínio relações sociais, porém para ele a qualidade de vida dos idosos revela que as pontuações sobre autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e participação social tendem a diminuir com o avançar da idade.

Confirmando essa linha de pensamento, Santos e Pavarini (2011), intensificaram, em seu estudo, que o aumento dos anos de vida é tido como uma causa favorável para o declínio funcional das atividades básicas da vida diária do idoso, sendo assim, ao passo que a faixa etária avança o nível de dependência dos idosos também pode aumentar.

Contudo, para Miranda, Soares e Silva (2016) a relação ao domínio físico; o psicológico; as relações sociais e o meio ambiente estão diretamente relacionados à qualidade de vida do idoso, onde de forma geral a grande maioria dos idosos percebe a sua saúde de forma boa ou muito boa e uma pequena quantidade avaliou como ruim ou muito ruim; mais da maioria também se sentiam satisfeitos ou muito satisfeitos, enquanto que alguns se consideravam insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a sua saúde.

A qualidade de vida para os idosos no trabalho de Marques, Sánchez, Vicario (2014), significa ter saúde, ter paz, harmonia, ser feliz, estar satisfeito com a vida, manter-se ocupado, seja com atividades de ócio, de voluntariado ou com o trabalho, visto que para o idoso continuar no seu trabalho pode ser algo muito valioso, manter relações interpessoais ou receber apoio da família, dos amigos e vizinhos.

Já no estudo de Paiva et. al. (2016) foi verificado menores pontuação de qualidade de vida no domínio meio ambiente ligados à ausência de escolaridade e renda, percepção de saúde de forma negativa e incapacidade funcional; e no aspecto autonomia à maior idade foi vista como um fator negativo, para esse autor o menor escore no domínio meio ambiente é um indicativo de que os idosos do seu estudo podem estar enfrentando dificuldades para adaptar-se ao local em que vivem, visto que estes fatores podem contribuir para dependência, a falta de autonomia e o afastamento social.

Para Carmo, Oliveira e Morelato (2016), as características do ambiente intervêm na capacidade funcional dos indivíduos e muitas pessoas poderiam conseguir um maior e melhor grau de funcionalidade caso vivessem em ambientes favoráveis para isto, ou seja, ter saúde está diretamente associado com a qualidade de vida, podendo se tornar a principal preocupação dos idosos, pois para eles o envelhecimento saudável podendo fazer suas atividades de vida diária se torna uma forma mais agradável para vivenciar essa nova fase da vida, já que as maiores taxas de idosos que conseguem manter uma vida social ativa são aqueles que ainda mantêm a sua independência, podendo assim realizar as suas atividades de vida diária sem ajuda de um cuidador, como tomar banho, ter a capacidade para vestir-se, usar o banheiro, locomoção e alimentação.

A visão do idoso sobre a atenção primária à saúde, onde no trabalho do Araújo et. al. (2014), foi verificado mediando a uma avaliação específica que mostrou como pior resultado a orientação familiar, considerado um atributo derivado da APS, e o melhor resultado ficou com a longitudinalidade. Destaca-se que este último atributo é considerado essencial para a APS; porém, outro atributo considerado essencial, é a integralidade, que ficou com a segunda pior avaliação, ou seja, apesar de os idosos utilizarem o serviço, ainda relatam barreiras para um acesso adequado.

Em compensação, no trabalho de Dibai Filho e Aveiro (2012), os sujeitos desse estudo consideraram positivo o cuidado com o idoso sob responsabilidade dos NASF, afirmando que são desenvolvidas ações primordialmente educativas, preventivas e promotoras de saúde, no entanto, os profissionais de saúde, como o fisioterapeuta, fala sobre as dificuldades vivenciadas nos NASF em relação ao trabalho com idosos, destacando a dificuldade da relação entre a equipe multidisciplinar e a falta de capacitação, materiais e infraestrutura.

No trabalho de Guedes et. al. (2012), o resultado dos estudos sobre satisfação dos usuários, independentemente do tipo de abordagem, existe uma elevada taxa de satisfação, mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas. Como sugestão para avaliar as dimensões da satisfação são aspectos dos serviços, existem itens como acesso, qualidade, estrutura física, organizacional e aspectos entre a relação médico – paciente, apesar dos idosos apresentavam dificuldades de relatar sobre suas necessidades de saúde de forma geral.

Por fim, Vello et. al. (2014), elabora uma divisão com questões satisfatórias e insatisfatórias a partir dos discursos feitos pelos sujeitos, onde foi possível ter um tema central, nomeado: a dualidade na percepção do atendimento na Atenção Básica, visto que as questões satisfatórias estão relacionadas à visita domiciliar, a distribuição de medicamento e a própria assistência já as questões insatisfatórias são o tempo de espera que pode ser muito longo e a demora para o agendamento. Os autores compreendem que um bom planejamento e a auto avaliação são formas estratégicas de gestão para o melhoramento da qualidade da atenção à saúde do idoso.

De acordo com os levantamentos feitos, foram verificados projetos que visam às intervenções e qualificações na saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária à saúde como a Estratégia de Saúde da Família, a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (2006), o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (2006), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (2007) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (2008) (BRASIL, 2006).

## CONCLUSÃO

Embora o envelhecimento não seja sinônimo de doenças, com o aumento da idade, os idosos tornam-se mais vulneráveis ao surgimento de uma ou mais doenças, principalmente as crônico-degenerativas; assim como a diminuição progressiva da capacidade funcional, o que pode interferir de forma negativa na qualidade de vida dos idosos.

As ações realizadas pela equipe da atenção primária muitas vezes surgem como uma forma de atividades de recreação e lazer para os idosos, pois possibilita uma melhoria da saúde, do nível de socialização e do interesse pela vida. São utilizadas estrategicamente pela pessoa idosa como uma forma de esquecer os problemas e repercutir positivamente para um bem-estar físico, mental e social.

Contudo, percebemos que apesar de toda transição demográfica relacionada a pessoa idosa e diante das previsões relacionadas ao Brasil, ainda é vago o contexto de políticas e estratégias voltadas as ações junto a este público. Com isso é necessário que ocorram mais pesquisas relacionadas ao contexto prático das ações em saúde á nível primário para pessoas idosas.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.U.A.; GAMA, Z.A.S.; NASCIMENTO, F.L.A.; OLIVEIRA, H.F.V.; AZEVEDO, W.M.; ALMEIDA JÚNIOR, H.J.B. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 19, v. 8, p. 3521-3532, 2014.

BARBOSA, B.R.; ALMEIDA, J.M.; BARBOSA, M.R.; BARBOSA, L.A.R.R-. **Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade**. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 19, v.8, p. 3317- 3325, 2014.

CARMO, J.F.; OLIVEIRA, E.R.A.; MORELATO, R.L. Incapacidade funcional e fatores associados em idosos após o Acidente Vascular Cerebral em Vitória – ES, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro; n. 19, v. 5, p. 809-818, 2016.

CRUZ, D.T.; CRUZ, F.M.; RIBEIRO, A.L.; VEIGA, C.L.; LEITE, I.C.G. **Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos**. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, n. 23, v. 4, p. 386-393. 2015.

DIBAI FILHO, A.V.; AVEIRO, M.C. Atuação dos Fisioterapeutas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família entre Idosos do Município de Arapiraca-Al, Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, out./dez, n. 25, v. 4, p. 397-404. 2012.

GONÇALVES, L.T.H.; LEITE, M.T.; HILDEBRANDT, L.M.; BISOGNO, S.C.; BIASUZ, S.; FALCADE, B.L. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 315-325. 2013.

GUEDES, H.M.; BATISTA E. A.P.; ROSA J.A.; ALMEIDA, M.E.F. O Olhar do Idoso Sobre o Atendimento em Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano-MG. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 75-80. jan./mar. 2012.

LENARDT, M.H.; CARNEIRO, N.H.K.; ALBINO, J.; WILLIG, M.H. **Qualidade de vida de idoso fragilizado da atenção primária**. *Universidade Federal do Paraná*, Curitiba, PR, Brasil. *Acta Paul Enferm*,v. 27, n. 5, p. 399-404, 2014.



LOPES, G.L.; SANTOS, M.I.P.O. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 71-83, 2015.

MACIEL, M.G. **Atividade física e funcionalidade do idoso**. Escola de Educação Física, Fundação Helena Antipoff, Ibité, MG, Brasil. Motriz, Rio Claro, v.16, n.4, p.1024-1032, out./dez. 2010 .

MARQUES, E.M.B.G.; SÁNCHEZ, C.S.; VICARIO, B.P. Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. **Revista de Enfermagem Referência** - IV - n.º 1. Guarda (Portugal), pp. 75-84. Fev./mar. 2014.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento da Pessoa Idosa**. Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica. Nº 19. Série A. Normas e Manual técnicos. Brasília – DF, 2006

MIRANDA, L.C.V.; SOARES, S.M.; SILVA, P.A.B. **Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa**. Ciência & Saúde Coletiva, Belo Horizonte, v. 21, n. 11, p. 3533- 3544, 2016.

PAIVA, M.H.P.; PEGORARI, M.S.; NASCIMENTO, J.S.; SANTOS, A.S. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil**. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, vol.21, n. 11. Nov. 2016.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Acta Paul Enferm**; v. 24, n. 4, p. 520-6, 2011.

STIVAL, M.M.; LIMA, L.R.; FUNGHETTO, S.S.; SILVA, A.O.; PINHO, D.L.M.; KARNIKOWSKI, M.G.O. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 395-405, 2014

TOLDRÁ, R.C.; CORDONE, R.G.; ARRUDA, B.A.; SOUTO, A.C.F. **Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais**. O mundo da Saúde, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 158-168, 2014.

VELLO, L.S.; POPIM, R.C.; CARAZZAI, E.M.; PEREIRA, M.A.O. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 330-335, Abr-Jun. 2014.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, que é a nossa fonte inspiradora para tudo o que fazemos, e por nos permitir vivenciar mais uma experiência em nossas vidas.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SOBREPESO E OBESIDADE

**Diane Nocrato Esmeraldo Rebouças<sup>1\*</sup> (PQ), Herika Paiva Pontes<sup>2</sup> (PG), Raissa Freitas Gomes<sup>3</sup> (PG), Mônica Helena Neves Pereira Pinheiro<sup>4</sup> (PQ), Carminda Maria Goersch Fontenele Lamboglia<sup>4</sup> (PQ), Mirna Albuquerque Frota<sup>5</sup> (PQ)**

1. Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil,

2. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil,

3. Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil,

4. Programa de Pós-Graduação em Personal Training e Fisiologia do Exercício, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

5. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil,

E-mail: herikapp@hotmail.com

Palavras-chave: Qualidade de vida. Obesidade. Criança.

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; além de mais de 700 milhões, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito (BRASIL, 2010).

Sendo a obesidade definida como um excesso de gordura corporal relacionado à massa magra, e o sobrepeso como uma proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura são condições de etiologia multifatorial, cujo desenvolvimento sofre influência de fatores biológicos, psicológicos e socioeconômicos (RECH; HALPERN, 2011).

Soares et al. (2011) apresentam a qualidade de vida como um conceito multidimensional, objetivo e subjetivo, pois compreende uma diversidade de significados, reflexos de diferentes pessoas, sociedades, épocas e locais diferentes, constando as seguintes dimensões: (1) física, que compreende a percepção do indivíduo sobre sua condição física, (2) psicológica, ou seja, a percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva e (3) social, que é a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida.

A mensuração da qualidade de vida se tornou um importante indicador de saúde, pois fornece informações a respeito da interferência da condição clínica na vida do paciente, podendo direcionar para políticas públicas que visem à melhoria desse índice. Esta avaliação deveria ser considerada em crianças com excesso de peso e utilizada como argumento no tratamento (POETA et al., 2010).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade.

### METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal de natureza quantitativa com crianças e adolescentes com idade compreendida entre 8 e 12 anos inscritas da Escola de Esportes da Universidade de Fortaleza. A amostra aleatória foi composta por 75 crianças com base no cálculo amostral realizado de acordo com os seguintes critérios: tamanho da população de 250 crianças, prevalência de 10%, intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%.

Inicialmente os participantes, assim como seus responsáveis, foram informados sobre os objetivos da pesquisa, seguida do convite para a participação. Confirmado a aceitação, o responsável assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a criança o Termo de Assentimento.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2016, as crianças foram avaliadas em relação a sua composição corporal através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC):  $IMC = \text{Peso kg (quilogramas)} / \text{Altura}^2 \text{ m (metros)}$ . A classificação do IMC seguiu os seguintes parâmetros: peso normal: entre 18,50 e 24,99  $\text{kg/m}^2$ ; sobrepeso: entre 25 e 29,99  $\text{kg/m}^2$ ; obesidade: maior que 29,99  $\text{kg/m}^2$ . Em seguida, ocorreu a aplicação do questionário *Pediatric Quality of Life Inventory TM* (Peds - QLTM), que avalia a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) pediátrica. O instrumento possui 23 itens que abordam dimensões físicas, emocional, social e escolar.

Os dados foram tabulados no programa EpiData 3.1 e exportados para análise estatística no STATA 13. Esta pesquisa atende aos princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), com parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (COÉTICA), sob o número 225/2010.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As crianças avaliadas foram classificadas em dois grupos distintos, segundo IMC: Risco à Saúde (crianças com sobrepeso e obesidade) e Saudáveis (crianças com peso normal, eutróficas). Em relação a idade, foi observado que ambos os grupos possuem idades homogêneas, não sendo identificado diferença significativa ( $p>0,05$ ) entre o grupo risco à saúde (média de 10,81 anos de idade) e saudáveis (média de 10,62 anos), conforme a tabela 1.

**Tabela 1.** Comparação das idades (anos e meses) das crianças com excesso de peso/obesidade (risco à saúde) e na zona saudável, segundo classificação do índice de massa corporal, PROESP. Fortaleza-Ce, 2016

	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
Risco à saúde	17	10,81	1,23	8,57	12,53
Saudável	31	10,62	1,28	8,00	12,52

DP = Desvio Padrão

$p>0,05$

No que concerne ao IMC, verificou-se na tabela 2 que não há diferença significativa ( $p>0,05$ ) quando comparamos os grupos e o sexo da amostra estudada, ou seja, são similares. Das crianças classificadas com risco à saúde, 39,3% são do sexo feminino e 30% masculino. Já no grupo saudável, 60,7% são do sexo feminino e 70% masculino.

Para a prevenção e o tratamento da obesidade é necessário utilizar um método confiável de avaliação, dos vários métodos desenvolvidos para estudos no campo da epidemiologia da obesidade, o que foi internacionalmente aceito para avaliar a condição de obesidade em estudos populacionais é o Índice de Massa Corporal (IMC).

Diversos estudos constataam que a prevalência de excesso de peso e obesidade é alarmante. Fernandes, Penha e Braga (2012) observaram uma prevalência de 11,48% de crianças, com obesidade e 6,44%, com sobrepeso. Ferreira et al. (2013) destacaram que a maioria (83%) das crianças participantes dos seus estudos foram classificadas como normal, seguidos por 12,8%, como sobrepeso. Rech et al. (2010) mostraram que 27,9% dos escolares de ambos os sexos estavam acima do peso, ou seja, em risco à saúde. Valores estes semelhantes ao do presente estudo.

**Tabela 2.** Associação entre sexo e classifica do IMC em excesso de peso/obesidade (risco à saúde) e zona saudável, segundo PROESP. Fortaleza-Ce, 2016

Classificação IMC	Risco à saúde	Saudável	Total
Sexo	f (%)	f (%)	f (%)
Feminino	11 (39,3%)	17 (60,7%)	28 (58,3%)
Masculino	6 (30%)	14 (70%)	20 (41,7%)
Total	17 (35%)	31 (64,6%)	48 (100%)

$X^2 = 0,44$ ;  $p>0,05$

Na comparação da qualidade de vida entre os grupos risco à saúde e saudável verificou-se que não houve diferença significativa ( $p>0,05$ ) nas dimensões avaliadas (saúde, sentimentos, convívio e escola) e na qualidade de vida geral, como pode ser observado na tabela 3. No entanto, a diferença percentual (Delta %) entre os grupos apresenta que as crianças do grupo risco à saúde possuem resultados inferiores em todas as dimensões (saúde, -5,9%; sentimentos, -10,6%; convívio, -2,1; escola, -10,1%) e na qualidade de vida geral (-6,9%), quando comparado com o grupo saudável.

**Tabela 3.** Comparação das quatro dimensões da qualidade de vida e da qualidade de vida geral das crianças com sobrepeso/obesidade (risco à saúde) e na zona saudável, segundo classificação do índice de massa corporal, PROESP. Fortaleza-Ce, 2016.

	N	Média	DP	Mínimo	Máximo	Delta %
Dimensão 1. Saúde Risco à saúde	17	72,07	12,02	46,90	93,80	-5,9
Saudável	31	76,63	12,37	46,90	96,90	
Dimensão 2. Sentimentos Risco à saúde	17	60,00	18,29	15,00	80,00	-10,6
Saudável	31	67,10	15,32	35,00	90,00	
Dimensão 3. Convívio Risco à saúde	17	72,35	17,60	35,00	100,00	-2,1
Saudável	31	73,87	18,34	45,00	100,00	
Dimensão 4. Escola Risco à saúde	17	63,24	15,71	35,00	95,00	-10,1
Saudável	31	70,32	17,93	20,00	100,00	
Qualidade de Vida Geral Risco à saúde	17	67,58	10,92	46,70	89,10	-6,9
Saudável	31	72,58	10,40	52,20	90,20	

p>0,05

DP = Desvio Padrão

Delta % = (Média Risco Saúde - Média Saudável)/Média Saudável\*100

Souza et al. (2014) utilizaram o questionário PedsQL em um estudo comparativo entre 50 crianças obesas e 81 eutróficas (sem excesso de peso), com faixa etária de 8 a 12 anos, mostrando que as crianças obesas apresentaram menor qualidade de vida em relação ao grupo eutrófico nas quatro dimensões (física, emocional, social, psicossocial e na qualidade de vida geral). Os autores identificaram mediana de 69,9 escores para as crianças obesas e 82,2 escores para as eutróficas, numa escala de 0-100 escores.

No presente estudo, observou-se resultados semelhantes ao estudo de Souza et al. (2014), no qual o grupo denominado Saudável apresentou uma mediana de 71,7 escores e o grupo de Risco à Saúde uma mediana de 67,40 escores para a qualidade de vida geral. Assegurando que as crianças e adolescentes que apresentam um estilo de vida mais ativo e saudável possuem escores mais elevados referente à qualidade de vida.

As esferas de percepção sobre qualidade de vida, objetiva e subjetiva, têm suas fronteiras muito tênues. Autores relatam que o fato de lidar com qualidade de vida implica em considerar inúmeras variáveis que a compõem e as relações entre elas, entre uma esfera objetiva (melhor expressa pela análise de indicadores sobre as condições de vida) e subjetiva (ações próprias do estilo de vida do sujeito) são inevitáveis (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

O fato da qualidade de vida possuir significados individuais diferentes dificulta sua avaliação e utilização em pesquisas científicas e deve ser superado considerando diferentes perspectivas de ciência. A forma como a qualidade de vida é abordada e os indicadores adotados estão diretamente ligados aos interesses científicos e políticos de cada estudo e área de investigação, bem como das possibilidades de operacionalização e avaliação, entretanto, para além destes interesses e da sua objetividade, a qualidade de vida é, conceitualmente uma construção cultural, às vezes, contraditória e, portanto, com uma demanda de discussões e revisões constantes, a fim de acompanhar as mudanças na sociedade e as inovações no conhecimento científico (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa evidenciou o risco à saúde do grupo que apresentou sobrepeso e obesidade perante as avaliações de qualidade de vida. As crianças do grupo Saudável apresentaram diferença percentual expressiva na maioria das variáveis analisadas, quando comparadas ao grupo Risco à Saúde, ou seja, as crianças saudáveis possuíam melhor qualidade de vida. Tal resultado indica que as crianças classificadas com excesso de peso e obesidade se encontram com comprometimento da sua saúde, não apenas nos seus aspectos físicos, mas também no que diz respeito a sua qualidade de vida, especificamente em relação à sua percepção de saúde, seus sentimentos, convívio e bem-estar na escola.

Tal situação retrata a preocupação dos pesquisadores e dos órgãos de saúde mundial em relação a esta questão de saúde pública. Vale ressaltar, que cada vez mais seja apresentado à população informações e projetos a respeito do perigo à saúde do excesso de peso e obesidade, do sedentarismo e de hábitos não saudáveis, buscando estimular ações de incentivo a prática de exercícios físicos, promoção à saúde e qualidade de vida da população.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de artes, ciências e humanidades – EACH/USP, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de Dez/2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília; 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Depto. de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132p.
- FERNANDES M. M., PENHA D. S. G., BRAGA F. A. Obesidade infantil em crianças da rede pública de ensino: prevalência e consequências para flexibilidade, força explosiva e velocidade. **Rev Educ Fís**, v. 23, n. 4, p. 629-34, 2012.
- FERREIRA M. V. N. et al. A prevalência da obesidade e sobrepeso e níveis de flexibilidade em adolescentes de 14 a 18 anos. **Fiep Bulletin**, v. 83, Special Edition, Article II, 2013. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net>>. Acesso em: 15 mar 2016.
- PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-50, abr./jun, 2012.
- POETA, L. S. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas. **Rev Assoc Med Bras**, Florianópolis, v. 56, n. 2, p.168-172, 2010.
- RECH, R. R.; HALPERN, R. **Obesidade infantil**: perfil epidemiológico e fatores associados. Rio Grande do Sul: Educs, 2011.
- RECH R. R. et.al. Prevalência de obesidade em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade Serrana do RS, Brasil. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 12, n. 2, p. 90-7, 2010.
- SOARES, A. H. R. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3197-3206, 2011.
- SOUZA, J. G. S. et al. Instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida de crianças brasileiras. **Rev Paul Pediatr** v. 32, n. 2, p. 272-8, 2014.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## HUMANIZAÇÃO AOS PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Lidiane Marha de Souza Oliveira<sup>1</sup>, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup>, Luiziany Pontes Rios<sup>1</sup> (PQ), Mylena Nonato Costa<sup>1</sup>, Heda Carolina<sup>1</sup>, Jaqueline Guabiraba Forte<sup>1</sup>.

1. Mestranda Profissionalizante em Tecnologias e Inovação na Enfermagem, UNIFOR, Fortaleza- Ce,

2. Professora da disciplina de Integralidade do Mestrado Profissionalizante em Tecnologias e Inovações em Enfermagem, UNIFOR, Fortaleza/ Ce.

E-mail: lidi\_marha@hotmail.com

Palavras-chave: Humanização. UTI. Adulto.

### INTRODUÇÃO

As UTI são ambientes onde se reúnem recursos e profissionais que trabalham na observação constante e contínua para atender as necessidades de pacientes críticos em estado grave, mais tidos ainda como recuperáveis. Estes locais são ideais para o atendimento especializado onde se exige competência tanto técnica quanto ética da equipe multiprofissional e ainda impõe uma rotina ao paciente onde há separação do convívio familiar e dos amigos, que pode ser amenizada através das visitas diárias e da interação dos mesmos junto aos profissionais de saúde que atuam na recuperação do paciente (LOPES, 2009).

A palavra humanização pode ser entendida como a maneira de ver e considerar o ser humano a partir de uma visão global, buscando superar a fragmentação da assistência. Um dos aspectos que envolvem uma prática dessa natureza está relacionado ao modo como lidamos com o outro. Assim, essa característica implica em fazer a diferença no modo como se lida com outro, tratando-o com dignidade e respeito, valorizando seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e crenças, estabelecendo momentos de fala e de escuta (REICHERT, 2017).

Ao discutir a humanização na atenção hospitalar, mais especificamente nas UTI, emergem fragilidades, desafios, potencialidades e prioridades. Pelo fato da UTI ser uma unidade preparada para o atendimento a pacientes graves ou potencialmente graves, a assistência de qualidade e humanizada deve ser priorizada a fim de maximizar as chances de sobrevivência de cada paciente. Sabe-se que não existem soluções mágicas, nem caminhos fáceis para estas transformações, pois a construção da assistência hospitalar humanizada, além de complexa, é um processo lento e gradual. Para que essa prática ocorra, é necessário o envolvimento de diversas instâncias, com alterações de antigos paradigmas por novos hábitos, e busca da participação democrática, com soluções úteis e adequadas a cada realidade (SALICIO, 2017)

Tendo em vista que o cenário que compõe a UTI é repleto de tecnologias duras, surgem sempre preocupações sobre a questão da humanização. Geralmente, as discussões sobre as práticas de desumanização na assistência estão associadas às alusões ao convívio humano com alto desenvolvimento tecnológico, em que ocorre predominância da máquina e dos dados objetivos encontrados por ela, em detrimento dos procedimentos ligados ao cuidado direto aos usuários e da subjetividade implicada nas relações humanas. Desse modo, a relação do ser cuidado e de quem cuida é considerada eventualmente suplementar, dispensável ou até mesmo ausente.<sup>9,10</sup>

Nessa perspectiva, o estudo justifica-se pela necessidade de descrever o conhecimento produzido em publicações sobre a humanização aos usuários internados em unidades de terapia intensiva disponíveis na literatura.

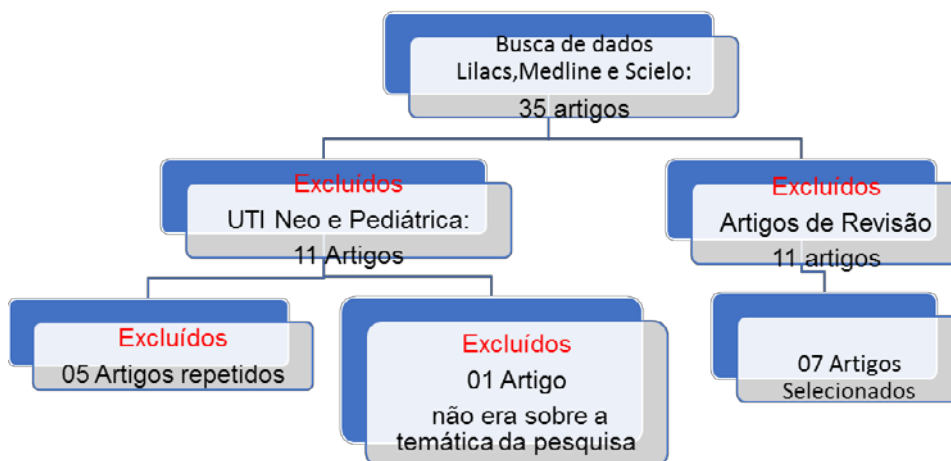
### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa (RI), que segundo MENDES (2008), que tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o entendimento aprofundado acerca do mesmo.

Inicialmente foi definida como questão norteadora do estudo: O que está disponível na literatura científica sobre a Humanização do cuidado ao usuário internado na Unidade de Terapia Intensiva no Brasil? Para ao levantamento de estudos selecionou-se os descritores em português: Humanização, UTI e paciente adulto.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigo completo, estudo em UTI adulto e estudos dos últimos 10 anos. Utilizou-se de termos selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A busca foi realizada no mês de abril de 2017 nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe de informação em Ciências da Saúde (LILACS), e Medical Literature Analysis and

Retrieval System Online (MEDLINE). A seguir o Fluxograma 1 são apresentados os artigos encontrados, excluídos e selecionados nas bases de dados.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o processamento da análise, agruparam-se os resultados em caracterização dos estudos e descrição sobre a humanização aos usuários internados em unidades de terapia intensiva.

Quadro 1 – Distribuição dos estudos segundo ano, título, objetivos, idioma, método e local de estudo.

Estudo	Ano	Título	Objetivos	Idioma	Método	Local de Estudo
01	2010	A Comunicação no processo de humanização da assistência em UTI: vivência de familiares e cuidadores	Relatar a experiência vivenciada pela equipe de enfermagem e familiares de pacientes internados em uma UTI	PT	Estudo exploratório e quantiquantitativo	Hospital Universitário em João Pessoa
02	2012	Discursos de enfermeiros sobre a humanização na UTI	Identificar os elementos da prática dos enfermeiros de UTI que dificultam a implementação da humanização da assistência	PT	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	Um centro de terapia intensiva do Rio de Janeiro
03	2012	Ética e humanização na UTI: relato de experiência	Relatar a experiência de estudantes de enfermagem sobre a ética e a humanização na UTI	PT	Relato de experiência	Hospital Universitário de Pernambuco



04	2012	Percepção do paciente sobre a equipe de enfermagem acerca da humanização em UTI	Descrever a percepção de pacientes que estiveram internados em uma UTI, acerca da humanização da equipe de enfermagem	PT	Pesquisa qualitativa	Hospital Privado de Teresina
05	2015	Humanização em UTI adulto: relato de experiência	Relatar a experiência da atividade educativa sobre humanização com os profissionais de saúde em uma UTI	PT	Estudo descritivo, relato de experiência	Em 02 UTI'S da Bahia
06	2016	Percepções de profissionais de saúde sobre humanização na UTI adulto	Compreender a percepção dos profissionais de saúde quanto ao cuidado humanizado em uma uti	PT	Estudo qualitativo	Hospital universitário do Paraná
07	2016	Humanização hospitalar em UTI: a percepção de familiares visitantes	Analisar a percepção de familiares visitantes sobre humanização hospitalar na UTI	PT	Estudo qualitativo e quantitativo	UTI em Fortaleza

Os artigos foram publicados em português e no período de 2010 a 2016. Atualmente percebemos a importância da temática humanização, no entanto foram encontradas dificuldades no número de produção científica, dos 17 artigos pré selecionados 10 eram artigos de revisão, demonstrando uma pequena produção nesse período sobre o tema “Humanização em UTI”, apenas 7 artigos eram pesquisa de campo e na língua portuguesa. Nos artigos constituíram a amostra, constata-se que todos apresentavam os objetivos do estudo e suas problemáticas, de forma clara e concisa, qualificando e facilitando seu entendimento.

Ao fazer análise de acordo com os objetivos, identificou-se que 71,42% no total de 05 artigos (estudo número: 1, 3,4, 6, e 7), buscaram relatar, descrever, analisar e compreender acerca do cuidado humanizado na UTI na perspectiva da equipe e dos estudantes de enfermagem, dos pacientes e dos seus familiares. O artigo número 06 relata a experiência da atividade educativa sobre humanização com os profissionais de saúde em uma UTI.

Objetivou-se no estudo número 02 identificar os elementos da prática dos enfermeiros de UTI que dificultam a implementação da humanização da assistência, analisando-a à luz da PNH e no estudo número 05 estudar o impacto da humanização na qualidade na assistência ao paciente internado em UTI.

Em relação aos delineamentos, observa-se que 50% dos estudos (04 artigos) utilizaram o método qualitativo. De acordo com Polit e Beck (2011), abordagem qualitativa caracteriza-se como flexível e elástico, capaz de se ajustar ao que vai sendo descoberto e com frequência envolve uma mescla de várias estratégias de coleta de dados, tendendo a ser holístico, buscando uma compreensão do todo, exigindo intenso envolvimento dos pesquisadores.

Os estudos foram realizados na sua maioria em Hospitais de referência do Brasil, 71,42% (05 artigos) foram realizados em unidades hospitalares do nordeste e 28,58% (02 artigos) dos estudos foram realizados em hospitais

do sul. Observa-se a importância de mais estudos em campos de locais diversificados no restante do país são necessários para uma visão ampliada do problema.

## CONCLUSÃO

Verificamos através do estudo que a humanização do cuidado em UTIs é indispensável o cuidado ao usuário, sendo fundamental o relacionamento interpessoal terapêutico, assegurando à promoção de saúde segura. Para o alcance desejado da PNH é necessário um acolhimento resolutivo, com um estrutura física desejável, tecnologia beneficente, uma equipe de saúde valorizada, a garantia da educação permanente, isso devem ser priorizados com o intuito de levar aos pacientes, famílias e trabalhadores de saúde, um atendimento integral e com respeito.

A humanização em UTI visa o paciente de forma geral, inclusive englobando o contexto familiar e social. Constituem estratégias para melhorias da humanização em UTIs a necessidades e prioridades de desenvolvimento de mais estudos e pesquisas científicas relacionadas ao tema que é de grande relevância, visto que podem revelar como os profissionais se percebem diante da política e prática em saúde, podendo esclarecer os princípios, métodos e diretrizes que fundamentam a PNH, devendo haver um comprometimento de todos os envolvidos no ato do cuidar. Verificamos nesse estudo a falta de artigos científicos a cerca do tema, principalmente estudos de campo.

## REFERÊNCIAS

LOPES, F. M., BRITO, E. S. Humanização da assistência de Fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter Intensiva**. v.21, n.3, p. 283-291, 2009

Maciak I, Sandri JVA, Spier FD. **Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário**. Cogitare Enferm 2009 Jan/Mar; 14(1):127-35.

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. **Revisão Integrativa: Método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-64

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos De Pesquisa Em Enfermagem: Avaliação De Evidências Para A Prática Da Enfermagem**. 7º Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2007; 9(1):200-213. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em 02 abr. 2017.

Salicio DMBS, Gaiva MAM. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2017;8(3):370-6

Silva FD, Chernicharo IM, Silva RC, Ferreira MA. **Discurso do Enfermeiro sobre humanização na UTI**. Esc Anna Nery (impr.). 2012; 16(4):719-727.

## AGRADECIMENTOS

À Universidade de Fortaleza, e a segunda turma do mestrado em Tecnologia e inovação da enfermagem.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERCEPÇÃO DE IDOSOS EM RELAÇÃO À INSTITUCIONALIZAÇÃO

**Bruna Michelle Belém Leite Brasil<sup>1</sup>, Débora Moreira de Araújo Varela<sup>2</sup>, Samila Torquato Araújo<sup>3</sup>, Marcielma de Souza Oliveira<sup>4</sup>, Maiara Araújo Pereira<sup>5</sup>, Rafaella Dandara Nunes de Oliveira<sup>6</sup>**

1. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde do Idoso (GEPSI). Fortaleza-Ceará- Brasil.

2. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Grupo Reanimar Estácio. Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde do Idoso (GEPSI). Fortaleza-Ceará- Brasil.

4. Enfermeira Assistencial do Hospital Central de Fortaleza (SOS). Fortaleza-Ceará-Brasil.

5. Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde do Idoso (GEPSI). Fortaleza-Ceará-Brasil.

6. Enfermeira Assistencial da Unidade de Pronto Atendimento de Messejana. Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail:brunaufc@hotmail.com

Palavras-chave: Idoso.Institucionalização.Enfermagem

### INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o envelhecimento pode ser incluído como método natural, individual, do ser humano, caracterizado pela redução progressiva da restrição funcional dos indivíduos (BRASIL, 2006).

Para Guedes (2004) o envelhecimento é um evento fisiológico da conduta social ou cronológica. É um processo biopsicossocial de retorno, analisado em todos os seres vivos evidenciado na perda da capacidade ao longo da vida, devido à atuação de diferentes variáveis, tais como, a genética, danos acumulados e estilo de vida, além de transformações psicoemocionais.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), há 865 milhões de idosos no mundo. Estima-se que até 2050 existirá 2,4 bilhões de idosos. No Brasil, há cerca de 21 milhões de pessoas com mais de 60 anos, é o sexto país do mundo em taxa de envelhecimento, segundo o que vai proporcionar uma mudança do perfil de mortalidades e morbidades, sendo necessária a criação e elaboração de políticas de saúde voltadas para a população idosa. (OMS, 2015).

Segundo dados do IBGE (2015) a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população do país. A expectativa de vida, para ambos os sexos, aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. Esse aumento representa uma enorme conquista social e deriva de avanços das condições de vida, com ampliação da promoção a serviços médicos preventivos e curativos, melhoria da tecnologia médica, acréscimo da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes. (BRASIL, 2015).

Com o processo do envelhecimento o corpo passa por diversas alterações fisiológicas dentre estas Wolfson (2001) evidencia que as doenças neurológicas são mais prevalentes, tais como: demência, perda da sensação vibratória, por isso a noção do processo biológico é fundamental no envelhecimento do Sistema Nervoso.

Devido às alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento ocorre um comprometimento das Atividades Básicas de vida Diárias (AVD), tais como: banhar-se; vestir-se; alimentar-se; ir ao banheiro, transferência, continência.

Com o avançar da idade e devido às transformações que o corpo passa durante o processo do envelhecimento, a dependência acaba por acometer essa população, sendo uma das principais causas que levam o idoso a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). São evidenciadas outras causas, tais como: dificuldades familiares, problemas de saúde, restrições das atividades de vida diária, estado mental comprometido, ausência de suporte social e violência doméstica (BORN ; BOECHAT, 2002).

A enfermagem tem dentre as suas especialidades a gerontologia, que tem uma grande participação na assistência qualificada e planejada ao idoso, a partir de ações voltadas aos cuidados coletivos e individuais centrados na promoção, prevenção e reabilitação buscando a manutenção na vida dessa população, criando uma relação interpessoal e centrada no cuidado holístico.

A Enfermagem exerce um papel importante visto que há aptidões e capacidades que podem colaborar para o refinamento das práticas de cuidados com os idosos institucionalizados, principalmente no incremento de ações educativas em saúde. Além disso, a enfermagem tem potencialidade junto a uma equipe multiprofissional,

promovendo o acolhimento das necessidades multidimensionais dos idosos, sendo extraordinário que o envelhecimento saudável não faça parte apenas das inquietações do setor saúde, necessitando ser prioridade na agenda social do país (CALOME et al., 2011).

O presente estudo partiu de uma inquietação de uma experiência como cuidadora de uma idosa o que foi evidenciado que com o avançar da idade o idoso vai deixando de realizar de forma independente as suas atividades básicas de vida diária o que culmina com a institucionalização desse idoso. Diante desses fatos surgiu o seguinte questionamento “Qual a percepção do idoso em relação à institucionalização?”.

A relevância deste estudo é evidenciar a percepção do idoso em relação à institucionalização com a finalidade de proporcionar uma melhoria na qualidade de vida, através da promoção da saúde minimizando os agravos característicos do processo do envelhecimento.

Neste contexto o estudo tem como objetivo geral identificar a percepção dos idosos em relação à institucionalização.

## **METODOLOGIA**

Para o alcance do objetivo proposto nesta pesquisa, optou-se pelo estudo descritivo com abordagem quantitativa e delineamento transversal procurando aprender o fenômeno da realização das atividades básica de vida diária das idosas institucionalizada em um determinado momento, portanto transversal quanto à coleta de dados em um ponto do tempo. Os fenômenos sobre o estudo são obtidos durante um período de coleta de dados determinado. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o perfil do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um determinado tempo (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004).

O estudo foi realizado em uma instituição de longa permanência localizado na cidade de Fortaleza sem fins lucrativos, fundada em 1941, por membros da igreja católica, com a finalidade de abrigar em suas dependências senhoras carentes com idade mínima de 55 anos e máxima de 75 anos sem dependência de cuidados. A instituição é assistida atualmente através de doações e possui 39 idosos, sendo também a população do estudo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão a amostra final da pesquisa foi de 23 idosas. A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2015, obedecendo todos os princípios éticos e legais regidos pela pesquisa em seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação emitida pelo Comitê de Ética em pesquisa com parecer de aprovação Nº 1.784.720 e CAAEE: 60577116.3.0000.5512.

A escolha da instituição ocorreu devido à experiência de um estágio curricular realizado no sétimo semestre da graduação, no qual foi identificado que muitas idosas foram institucionalizadas por conta própria.

Foram excluídas as idosas que não se enquadravam nos critérios de inclusão, havendo recusa de três idosas em participarem da pesquisa.

Foram considerados critérios de exclusão quaisquer motivos que inviabilizem o processo de comunicação, desde barreiras verbais, barreiras circunstanciais e problemas de cognição.

Após a autorização da representante legal da instituição, no mês de setembro de 2015 foi aplicado o instrumento para a identificação do perfil sociodemográfico e de saúde das idosas e a da percepção das idosas em relação à institucionalização. Os dados foram analisados tendo como suporte teórico a literatura existente acerca das temáticas idoso e institucionalização.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra foi composta por vinte e três idosas do sexo feminino, para o perfil sócio demográfico das idosas da ILP, as evidências científicas do estudo nos mostra que na sua grande maioria as idosas encontram-se na faixa etária acima de 75 anos 13 (56,5%) o que se assemelha aos resultados encontrados por Oliveira et al(2012), num estudo piloto de caráter descritivo com idosas institucionalizadas, na cidade de João Pessoa, onde a população do estudo apresentou idade acima de 80 anos, sendo a mínima de 62 anos e a máxima 105 anos o que equipara-se com as evidências dessa pesquisa. O fato mostra que a média de idade da população em estudo está dentro da expectativa de vida do país, que é de 71,3 anos.

Em relação à escolaridade obteve-se que 13(56,5%) cursaram menos de cinco anos de estudo o que esta de acordo com Lisboa et al.(2012) que em sua pesquisa com idosos institucionalizadas em Belo Horizonte evidenciou que em ambos os sexos houve um predomínio de analfabetismo por parte das mulheres, sendo que dos 55% dos idosos institucionalizados eram analfabetos, em que 28% eram homens e 72% mulheres o que coincide com as evidências dessa pesquisa.

Para Freitas e Schneider (2010) o alto índice de analfabetismo presente na população idosa feminina se deve, principalmente, às dificuldades de acesso à escola no passado devido a uma cultura que não valorizava a

educação escolar para as mulheres, que muitas vezes eram criadas tão somente para serem boas esposas, mães e donas de casa, e que em sua grande maioria por possuir grau de instrução e nível de renda baixa, ingressam em instituições de longa permanência.

Quanto ao estado civil foi analisado que 14(60,9%) eram solteiras. A maioria não possui filhos 18(78,3%) o que corrobora com estudo feito por Quintao et al (2013), numa instituição filantrópica, localizada na cidade de Tocantins, e em um Centro de Convivência da Melhor Idade, localizado na cidade de Ubá, onde caracterizou-se que os idosos institucionalizados de ambas as regiões, 66,7% eram solteiros diferentemente do Centro de Convivência, em que a maioria era viúva (46,6%) o que se assemelha com as evidências dessa pesquisa.

Com relação à aposentadoria a totalidade das idosas eram aposentadas e durante a pesquisa não quiseram informar a renda.

Na pesquisa verificou-se que 10 (43,5%), apresentam mais de uma doença crônica degenerativa o que corrobora com um estudo realizado por Carvalho et al (2014) com idosos integrantes de grupos de convivência localizados no município de Santa Cruz, interior do Rio Grande do Norte onde ele apresenta a incidência de doenças crônicas como um fator importante capaz de influenciar diretamente na qualidade de vida da população idosa.

Para Zaslavsky e Gus (2002), ao avaliar o idoso, quanto ao predomínio das doenças crônico- degenerativas se destacam entre elas a doença coronariana, a cardiopatia isquêmica. Com diagnóstico clínico, a doença coronariana aumenta para 20% tanto no homem quanto na mulher. Estudos de autópsia em clínicas de pacientes com idade de 90 anos ou mais revelaram que 70% desses tiveram uma ou mais oclusões de vasos coronarianos. A idade tem sido mostrada como um fator independente para a doença coronariana. De acordo com esse mesmo autor frente às doenças crônicas que atingem esta faixa da população, se faz necessário um programa direcionado a prevenção primária ao idoso para que no futuro as doenças degenerativas causem menos danos na qualidade de vida do idoso.

Quanto à medicação verificou-se que 15 (65,2%) fazem uso de mais de um medicamento, já a maioria absoluta 23(100,0%) não faz uso de cigarro e nem de bebida alcoólica. Em estudo realizado por Oliveira et al.(2012) numa Instituição de Longa Permanência, localizada na cidade de João Pessoa, a maioria dos idosos tem pelo menos uma doença crônica e fazem uso de pelo menos uma medicação o que se assemelha com as evidências dessa pesquisa.

Em relação à percepção da institucionalização, quando questionadas em relação ao motivo de estar morando em uma ILP's, a maior parte declarou ser por vontade própria 16 (69,6%), relatando que chegaram a casa por conta própria e 7 (30,4%) foram acompanhadas por irmão(a) que coincide com pesquisa de Aires(2006) realizada sobre o grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas, onde observou-se que, em se tratando de velhice, espera-se que os filhos ou os demais integrantes da família assumam a responsabilidade pelos cuidados ao idoso, uma vez que isso não venha a acontecer, seja por incapacidade da família para o cuidado ou por apresenta-se comprometida ou fragilizada, na percepção deste, o ingresso a instituição de longa permanência passa a ser a solução para o problema, uma vez que esse fato, ocorre por livre e espontânea vontade do idoso.

Com relação à moradia na casa, foi relatado que ali tem tudo que querem, e algumas consideram a instituição um paraíso, tendo em vista que a assistente social providencia tudo que é necessário, cativando as idosas há permanecerem mais tempo na instituição. Obteve-se 06 (26,09%) idosas que estão na casa com tempo de um ano a 5 anos, enquanto as idosas que residem entre 06 e 10 anos, corresponde a 07 (34,8%). A percepção das idosas em relação à casa, 11 (47,8%) dizem ser ótima e 10 (43,5%) dizem ser boa o que se assemelha com as evidências do estudo de Rodrigues e Silva (2013) realizado em Minas Gerais, em que o tempo médio de institucionalização dos idosos eram de seis anos e cinco meses, variando entre um mês a 34 anos de institucionalização.

## CONCLUSÃO

Considerando que o idoso institucionalizado pode ter dependências na realização de suas atividades básicas diárias, apresentando ou não as patologias degenerativas geriátricas. Verificou-se, neste estudo, que a institucionalização é bem vista pelas idosas, o que pode estar relacionada com a missão da instituição que é de acolher idosas independentes e estimular diariamente o envelhecimento ativo e saudável que foi possível ser observado nas atividades propostas pela casa, tais como: terapia com cães, psicoterapia, atividades educativas de saúde bucal e terapias ocupacionais.

Dentre as atividades desenvolvidas diariamente pelas idosas, as mesmas tinham independência para saírem da instituição para consultas médica, irem ao posto de saúde da área para receberem as suas medicações, fazerem compras e visitarem familiares.

Através das evidências desse estudo, analisou-se que a enfermagem tem um papel de estimular a atividade de idosos que necessitem de menos assistência, promovendo atividades que estimulem a promoção, prevenção ou progressão de patologias relacionadas à idade, estimulando, dessa forma, o envelhecimento ativo e saudável.

Frente a essa realidade, a Enfermagem tem um papel fundamental, pois uma vez identificando os idosos que tem dependência é preciso traçar um plano de cuidado individualizado e personalizado.

Acredita-se que se faz necessário uma maior investigação científica dos enfermeiros no cuidado com idoso institucionalizado, bem como, um maior interesse na avaliação das AVDs, seja do idoso institucionalizado ou não. Dessa forma, sugerem-se novas pesquisas nessas áreas.

## REFERÊNCIAS

BORN, T.; BOECHAT, N. S. **A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado**. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A.; CANÇADO, F. A.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. Tratado de Geriatria e Gerontologia: Rio de Janeiro RJ: Guanabara, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CARVALHO MP, LUCKAW ELT, SIQUEIRA FV. Quedas e Fatores Associados em Idosos Institucionalizados no Município de Pelotas (RS, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2014; 16 (6): 2945-2952.

COLOME ICS, MARQUI ABT, JANH AC, RESTA DG, CARLI R, WINCK MT. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem** 2011, 13(2):306-12.

FREITAS CAS, TEÓFILO TJF. Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersetorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral (CE, Brasil). **Ciencia & Saude Coletiva**. 2010; 15(6):2825-33.

LISBOA CR, CHIANCA TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional. **Revista Brasileira. Enfermagem**. 2012; 65(3):482-8.

OLIVEIRA EA, SILVA RR, CARVALHO AGC, CARVALHO SMCR, MACIEL LFM, ALVES EVC.

Capacidade funcional de idosas de Instituição de Longa Permanência no Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil: estudo piloto. **Revista Brasileira Ciência da Saúde**. 2012; 16(s2):83-8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The World Health Report 2015**. Geneva: WHO; 2015.

**Instituto Brasileiro de Geografia Estatística**. (IBGE). Tábua completa de mortalidade – 2015. [Acesso em: 21 Mai. 2015]; Disponível <http://www.ibge.gov.br/home/estatis/popula/tabuadevida/2010/notas.pdf>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLE, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Art Med, 2004.

QUINTAO SMJ, LIMA GEG, PEDROSA RL, PAULA JÚNIOR JD, REIS DR, AMARAL J. Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados de Ubá e microrregião. **Revista Portal de Divulgação (São Paulo)**. 2013; 32(3):18-31.

RODRIGUES AG, SILVA A. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2013; 16(1):159-70.

WOLFSON C, WOLFSON DB, ASGHARIAN M, M LAN CE, OSTBYE T, ROCKWOOD K, et al. A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. **N Engl J Med**. 2001; 344(15):1111-6. ZASLAVSKY C, GUS I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. **Arq Bras Cardiol**. 2002; 79(6):635-9.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECIMENTO DO PROCESSAMENTO DE ALIMENTOS À LUZ DO GUIA ALIMENTAR DE PACIENTES NUMA REDE ONCOLÓGICA

Eliane Mara Viana Henriques<sup>1</sup>, Patrícia Cândido Alves<sup>2</sup>, Helena Alves de Carvalho Sampaio<sup>3</sup>, Ruth Pereira Costa Silva<sup>4</sup>, Francisca Vilma de Oliveira<sup>5</sup>, Soraia Pinheiro Machado Arruda<sup>3</sup>.

1. Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE); Professora da Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [elianemara@unifor.br](mailto:elianemara@unifor.br)

2. Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil

3. Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE);

4. Graduanda do Curso de Nutrição na Universidade Estadual do Ceará (UECE)

5. Mestrado Profissional em Gestão da Saúde na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: [elianemara@unifor.br](mailto:elianemara@unifor.br)

Palavras-chave: Processamento de alimentos. Guia alimentar. Pacientes oncológicos.

### INTRODUÇÃO

O câncer de mama configura-se como um dos sítios anatômicos mais comuns em mulheres, tanto no mundo em geral, como no Brasil. Relativamente raro antes dos 35 anos, sua incidência aumenta muito após os 50 anos de idade. Embora acometa também os homens, é raro entre estes, representando em torno de 1% dos casos. Estima-se que, no biênio 2016-2017, no Brasil ocorreram em torno de 600mil casos novos de câncer, com um perfil epidemiológico semelhante ao da América Latina e do Caribe, com destaque principalmente para os cânceres de próstata em homens (61mil) e mama em mulheres (58 mil) (BRASIL, 2015).

É sabido que existem várias causas no que diz respeito à etiologia do câncer e dentre estas estão o sedentarismo, a obesidade e hábitos alimentares inadequados, os quais podem aumentar o risco em torno de 40% (LIMA, 2008). Nesse contexto, o *World Cancer Research Fund* (2017) relaciona algumas recomendações preventivas através de *Continuous Update Project* (CUP) dentre as quais podemos citar: a) Mantenha-se dentro de uma faixa de peso saudável; b) Exercite-se pelo menos 30 minutos por dia e sente-se menos; c) Evite alimentos de alto teor calórico e bebidas açucaradas; d) Coma mais grãos, verduras, frutas e legumes; e) Diminua carne vermelha e evite alimentos processados; f) Coma menos sal e evite grãos e cereais polidos; g) Na prevenção de câncer, não dependa de suplementos; h) Se for possível, amamente seu bebê durante seis meses e h) Após o tratamento do câncer, o melhor conselho é seguir estas recomendações de prevenção do câncer.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), referente a 2008 e 2009 constatou, em relação a alimentação dos brasileiros maiores de 10 anos, que 69,5% é proveniente de alimentos in natura ou minimamente processados, 9,0% de alimentos processados e 21,5% de alimentos ultraprocessados. No mesmo estudo foi destacado o impacto negativo na qualidade dos alimentos, no que diz respeito ao aumento no consumo de açúcares, gordura saturada e de gordura trans, com redução nos teores de fibras e de potássio (LOUZADA et al., 2015).

Uma prova da alimentação inadequada são as vendas de macarrão instantâneo, para citar apenas um alimento, no mercado brasileiro, as quais já superaram R\$ 1,5 bilhão, representando 14% do consumo nacional de macarrão. As famílias de baixa renda (classes C, D e E) representam mais de 70% desses consumidores, sendo consideradas as mais susceptíveis a fazer escolhas alimentares inadequadas, devido ao seu baixo nível de instrução (TOLONI et al., 2014).

Nas últimas décadas vários estudos associaram o consumo de carne vermelha e/ou processada com o aumento de morbidades (LARSSON; ORSINI, 2014), como diabetes (AUNE; URSIN; VEIEROD, 2009), acidente vascular cerebral (CHEN et al., 2013), eventos coronarianos agudos (KONTOGIANNI et al., 2008), além de alguns tipos de câncer (LARSSON; WOLK, 2012).

Nesse contexto, merece destaque o papel do Guia Alimentar para a População Brasileira, como prática de orientação nutricional, contribuindo para “melhorar os padrões de alimentação e nutrição da população e contribuir para a promoção da saúde” (BRASIL, 2014, p.7).

Atualmente, o Guia Alimentar para a População Brasileira se institui em uma das estratégias na perspectiva da promoção de saúde, no que diz respeito à melhoria da alimentação. Com isso, ele tem como papel fundamental auxiliar no apoio de informações atualizadas sobre alimentação e nutrição e no subsídio de políticas e programas nacionais com ênfase nessa temática (BRASIL, 2014).



Um dos capítulos do Guia Alimentar trata da escolha dos alimentos e discorre sobre o tipo de processamento a que são submetidos os alimentos. Assim, foram definidos alguns conceitos de acordo com o processamento a que foram submetidos, conforme descritos a seguir (BRASIL, 2014, pag 25):

Alimentos in natura são aqueles obtidos diretamente de plantas ou de animais (como folhas e frutos ou ovos e leite) e adquiridos para consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza;

Alimentos minimamente processados são alimentos in natura que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas;

Alimentos processados são produtos relativamente simples e antigos fabricados essencialmente com a adição de sal ou açúcar (ou outra substância de uso culinário como óleo ou vinagre) a um alimento in natura ou minimamente processado;

Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes).

As orientações contidas no Guia alinham-se perfeitamente a uma conduta preventiva do câncer em geral e do câncer de mama em particular, conclamando para a exclusão ou redução de alimentos processados e ultraprocessados, que são prejudiciais tanto pela quantidade excessiva de alguns nutrientes neles disponíveis, como pelo excesso, muitas vezes, de compostos cancerígenos presentes nos aditivos utilizados no processo industrial.

Dessa forma, o objetivo dessa pesquisa foi identificar o conhecimento sobre processamento de alimentos e o uso de alimentos processados e ultraprocessados por pacientes atendidos em uma rede oncológica, de acordo com os conceitos utilizados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e analítico. A amostra correspondeu a 50 mulheres, acometidas por câncer de mama, atendidas em uma unidade oncológica de atenção secundária, o Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO).

O CRIO é uma das referências para tratamento de pacientes oncológicos, no estado do Ceará, atuando desde a prevenção até o tratamento (CRIO, 2017).

As pacientes foram entrevistadas e responderam a um questionário que investigava o conhecimento dos quatro conceitos de processamento de alimentos, enunciados como apresentados no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014). Foram, ainda, indagadas quanto ao tipo de alimentos utilizado na alimentação diária. Para isto foram enunciadas algumas afirmações quanto a utilizar frequentemente ou raramente alimentos in natura/minimamente processados, processados e ultraprocessados, com exemplos de alimentos nos enunciados. As respostas eram respondidas através de uma escala tipo Likert: Discordo totalmente; Discordo; Nem concordo nem discordo; Concordo e Concordo plenamente.

A tabulação e análise dos dados foi feita em planilha Excel, por meio de estatística descritiva, utilizando-se medidas de tendência central (média), e medidas de dispersão (desvio-padrão), além das frequências absolutas e percentuais. Inserir a metodologia (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais. Espaçamento 1,5

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A média de idade das pacientes foi de  $49 \pm 9,4$  anos (29-68 anos), com média de de 8 anos de estudo (DP=4), com faixa salarial mensal predominante de 1 (Hum) salário mínimo (54%), variando de zero a 3 salários mínimos. Dentre as entrevistadas havia 37 (74%) mulheres que trabalhavam.

A maior parte das pacientes não conhecia a classificação de alimentos quanto ao grau de processamento. Sobre o conceito de alimentos in natura, 31 (62%) mulheres responderam que nem concordavam e nem discordavam com o mesmo. Em relação tanto ao conceito de alimentos minimamente processados, como de processados, 40 (80%), relataram nem concordar e nem discordar dos mesmos. Também quanto ao conceito de ultraprocessados, 41 (82%) mulheres assinalaram nem concordo e nem discordo.

O estudo demonstra que os novos conceitos trazidos pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) ainda são bastantes desconhecidos pelas pacientes. Verifica-se no estudo que mais da metade (64%) delas referiram se alimentar de alimentos in natura e o consumo de alimentos ultraprocessados ficou em torno de 20% das mulheres, dado que a maioria afirmou evitar a utilização dos mesmos (80%), quando se soma as que concordam (72%) e

concordam totalmente (8%). Contudo, é necessário um olhar diferenciado para esse percentual menor, tendo em vista esses alimentos estarem relacionados a diversas doenças. A ingestão desses alimentos foi associada à obesidade em adultos (CANELLA et al., 2014), à síndrome metabólica em adolescentes (TAVARES et al., 2011) e às dislipidemias em crianças (RAUBER et al., 2015).

Em relação ao consumo alimentar, quando questionadas sobre a afirmativa “Faço minha alimentação baseada em alimentos in natura ou minimamente processados”, 32 (64%) assinalaram que “concordo”; em relação a “Utilizo óleos, gorduras, sal e açúcar em grandes quantidades, quando tempero e cozinho alimentos”, 39 (78%) responderam “concordo” e 6 (12%) concordaram plenamente. No quesito “Evito alimentos ultraprocessados, como biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerante e macarrão instantâneo, a maior parte das mulheres, um total de 36 (72%) concordaram e 4 (8%) concordaram plenamente que evitavam esses alimentos. Na afirmativa do “Consumo água, leite e frutas no lugar de refrigerantes, bebidas lácteas e biscoitos recheados” 37 (74%) concordaram e 6 (12%) concordaram plenamente, mostrando que 43 (86%) utilizavam os referidos alimentos. De acordo com o item “Prefiro a comida feita na hora como caldos, sopas, saladas, arroz, feijão, macarronadas do que produtos que dispensam preparação culinária como: sopa de pacote, macarrão instantâneo, maionese, sanduiches frios e embutidos (salsichas, linguiças, salames, mortadelas, etc), 38 (76%) concordaram e 12 (24%) concordaram plenamente. Na última afirmativa “Eu como com frequência sopa de pacote, macarrão instantâneo, maionese, sanduiches frios embutidos (salsichas, linguiças, salames, mortadelas, etc), os itens discordo e discordo totalmente foram referidos por 90% das mulheres, com resultados de 15 (30%) e 30 (60%), respectivamente; já os itens nem discordo e nem concordo foi respondido por 3 (6%) e o concordo por 2 (4%).

É sabido que o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, aqueles que estão prontos para o consumo, que precisam de pouca ou nenhuma preparação (MONTEIRO et al., 2010) está relacionado à mudança no estilo de vida, pouca educação alimentar e nutricional, aos recursos da mídia, e, muitas vezes, à complexidade da rotulagem nutricional, que dificulta escolhas alimentares apropriadas devido ao baixo conhecimento dos consumidores (TOLONI, et al., 2013). Esses alimentos são em geral baratos e considerados hiper-palatáveis, levando à alta incidência de excesso de peso (RAUSSER, 2005), devido ao elevado nível de energia e aos aditivos presentes em tais alimentos.

De acordo com Mourouti et al. (2015), a ingestão diária de carne processada foi consistentemente associada ao aumento do risco de câncer de mama, especialmente em mulheres com sobrepeso, obesidade e que estavam no período de pós menopausa. Além disso, estudo realizado com 20 anos de seguimento, considerando 88.803 mulheres na pré-menopausa, constatou que a maior ingestão de carne vermelha estava associada ao aumento do risco de câncer de mama (RR 1,22; IC = 95%, 1,06 – 1,40; p = 0,01).

Num estudo transversal realizado com 509 adultos também no Reino Unido (*UK National Diet & Nutrition Survey-NDNS*), em 2008 e 2009, os resultados apontaram que alguns marcadores de habilidades e comportamentos de preparação de alimentos domésticos próprios foram significativamente associados ao consumo de alimentos ultraprocessados. Os autores acrescentam que quando haviam uma maior habilidade para cozinhar, ocorreu um menor consumo desses alimentos e destacam que um maior encorajamento para aumentar as habilidades de preparação dos alimentos, poderá ajudar a diminuir o uso desses alimentos ultraprocessados (STEELE et al., 2016).

Com o objetivo de obter uma dieta mais equilibrada, o Reino Unido criou o programa *Food Standards Agency* (FSA), a fim de orientar as pessoas em escolhas de produtos saudáveis. O programa fornece subsídios para adicionar informações práticas nos rótulos dos alimentos, e foi adaptado as normas brasileiras, em que as quantidades de gordura total, gordura saturada, gordura trans, açúcar, sódio e fibra dietética são classificados de acordo com as cores do *Traffic Light Labelling*, (LONGO-SILVA; TOLONI; TADDEI, 2010) com sinal vermelho para aqueles alimentos que apresentam quantidade excessiva dos componentes, amarelo indicando uma quantidade média, e o sinal verde indica pouca quantidade, podendo ser uma boa opção adotada para melhorar o entendimento dos consumidores no consumo de tais alimentos (LONGO-SILVA et al., 2015).

Um dos direitos humanos básicos, reconhecido no Pacto Internacional de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais, é a garantia de uma alimentação adequada e saudável, tendo como premissa o acesso regular ao alimento, com vista a atender todas as necessidades fisiológicas do indivíduo e os aspectos culturais que envolvem essas práticas alimentares (VALENTE, 2002).

Nesse contexto, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 estabeleceu a promoção da saúde na alimentação como uma das estratégias principais. Dentre os diversos objetivos existentes, merece destaque o acordo com a indústria de alimentos para promover a redução da quantidade de sal e açúcar de alimentos processados e restringir a comercialização de alimentos e bebidas com alto teor de sal, gordura e açúcar (BRASIL, 2011). Além disso, a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação e o Ministério da Saúde também assinaram um pacto para reduzir o conteúdo de sódio em alimentos ultra-processados, tais como a salsicha, o macarrão, o bolo, as bolachas e biscoitos, e caldos. Deste

modo, espera-se que haja uma diminuição de 68% de sódio de produtos lácteos, carnes processadas e refeições prontas, proporcionando uma redução de 28 mil toneladas de sódio no mercado até 2020 (BRASIL, 2014).

As condutas alimentares do grupo entrevistado não colocam a maioria em risco à saúde, pois há baixa referência ao uso de processados e ultraprocessados. No entanto elas afirmam utilizar grande quantidade de óleos, gorduras, sal e açúcar, o que deve ser modificado através de ações educativas.

Vale refletir sobre a ausência da compreensão das definições do Guia Alimentar para a População Brasileira quanto ao grau de processamento dos alimentos, mas ao mesmo tempo a presença de condutas mais adequadas frente a eliminar os principais maus alimentos, que são os processados e ultraprocessados. Será apenas uma falta de acesso a estes alimentos que são mais onerosos ou realmente o grupo populacional tem ideia de que estes alimentos são prejudiciais à saúde. Estudos mais aprofundados poderão responder a esta indagação.

## CONCLUSÃO

No grupo avaliado, a versão atual do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) não permite o empoderamento de seu conteúdo de forma a viabilizar adoção de condutas nele apoiadas. É importante que se promovam estratégias educativas para melhorar o conhecimento das mulheres sobre grau de processamento alimentar e suas implicações para a saúde e, ao mesmo tempo, de incentivo às condutas já adequadas detectadas. Além disso, deve-se promover a redução da utilização de óleos, gorduras, sal e açúcar na alimentação.

## REFERÊNCIAS

AUNE, D., URSIN, G., & VEIEROD, M.B. Meat consumption and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Diabetologia*, v. 52, p. 2277–2287, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. INCA- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa | 2016 Incidência de Câncer no Brasil. 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>> Acesso em 08 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal de Atenção Básica. Promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável: redução de sódio, açúcar e gordura *trans* - 2013/2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_promocao\\_da\\_saude.php?conteudo=reducao](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_promocao_da_saude.php?conteudo=reducao)>. Acesso em: 10 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.p. 7-8.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. p.25-51.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. INCA- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer\\_mama+](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama+)> Acesso em 08 jul. 2017.

CANELLA DS, LEVY RB, MARTINS APB, CLARO RM, MOUBARAC JC, BARALDI LCET AL. Ultra-Processed Food Products and Obesity in Brazilian Households (2008 – 2009). *PLoS ONE*, v.9. n. 3, , 2014. CHEN, G.C.; LV, D.B.; PANG, Z.; LIU, Q.F. Red and processed meat consumption and risk of stroke: A meta-analysis of prospective cohort studies. *European Journal of Clinical Nutrition*. v. 67; p. 91–95, 2013.

KONTOGIANNI, M.D., PANAGIOTAKOS, D.B., PITSAVOS, C., CHRYSOHOOU, C., & STEFANADIS, C.

Relationship between meat intake and the development of acute coronary syndromes: The CARDIO2000 case-control study. *European Journal of Clinical Nutrition*, , p. 171–177, 2008.

LARSSON, S.C.; ORSINI, N. Red meat and processed meat consumption and all cause mortality: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*. v. 179; p. 282–289, 2014.

LARSSON, S.C.; WOLK, A. Red and processed meat consumption and risk of pancreatic cancer: Meta- analysis of prospective studies. *British Journal of Cancer*. v. 106; p. 603–607, 2012.

LIMA F, LATORRE MRD, Costa MJC, FISBERG, RM. Dieta e câncer no Nordeste do Brasil: avaliação da relação entre alimentação e consumo de grupos de alimentos e câncer de mama. *Cad Saude Publica*, n.24, v.4, p.820-828, 2008.

LONGO-SILVA, G.; TOLONI, M. H. A.; MENEZES, R. C. E.; ASAKURA, L.; OLIVEIRA, M. A. A.; TADDEI, J. A. A. C. Alimentos ultra-processados: consumo entre crianças em creches públicas e análise da composição nutricional segundo a ferramenta “Traffic Light Labelling”. *Rev. Nutr., Campinas*, 28(5):543- 553, set./out., 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732015000500543](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732015000500543)>. Acesso em 10 ago. 2017.

LONGO-SILVA, G.; TOLONI, M. H. A.; TADDEI, J. A. A. C. Traffic light labelling: traduzindo a rotulagem de alimentos. *Rev Nutr.* 2010; 23(6):1031-40. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000600009>>. Acesso em 10 ago. 2017.

LOUZADA et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. *Rev Saúde Pública*. p. 49-38. 2015.

MONTEIRO, C. A.; LEVY, R. B.; CLARO, R. M.; CASTRO, I. R. R.; CANNON, G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saúde Pública*. v. 26; n. 11; p. 2039-49; 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001100005>>. Acesso em 10 ago. 2017.

MOUROUTI, N.; KONTOGIANNI, M. D.; PAPAVALAGELIS, C.; PLYTZANOPOULOU, P.; VASSILAKOUE, T. et al. Meat consumption and breast cancer: A case–control study in women. *Meat Science*. v. 100; p; 195–201, 2015.

RAUBER F, CAMPAGNOLO PD, HOFFMAN DJ, VITOLO MR. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children’s lipid profiles: a longitudinal study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, v25, n.1, p.116-222, 2015.

STEELE, E. M. Ultra-processed foods and added sugars in the US diet: evidence from a nationally representative cross-sectional study. *BMJ Open*. v. 6. p.1-8. 2016

TAVARES LF, FONSECA SC, ROSA MLG, YOKOO EM. Relationship between ultra-processed foods and metabolic syndrome in adolescents from Brazilian Family Doctor Program. *Public Health Nutrition*, v.15, n1, p.82-8, 2011.

TOLONI, M. H. A.; LONGO-SILVA, G.; KONSTANTYNER, T.; TADDEI, J. A. A. C. Consumo de alimentos industrializados por lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr.* 2014; 32(1):37-43. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822014000100007>>. Acesso em 10 ago. 2017.

VALENTE, F.L. S. *Direito Humano à Alimentação: desafios e conquistas*. São Paulo: Cortez, 2002. p.37-38. WORD CANCER RESEARCH INTERNATIONAL. Continuous Update Project (CUP). Disponível em <http://www.wcrf.org/int/research-we-fund/our-cancer-prevention-recommendations>. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guideline: sugars intake for adults and children*. Geneva: World Health Organization, 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimento a Profa. Helena Sampaio, pela dedicação e a todas as mulheres da pesquisa, que se propuseram a participar da Pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE EM TEMPOS DE ZIKA VÍRUS, DENGUE E CHICUGUNYA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mabel Osório Rodrigues<sup>1</sup>, Mirna Albuquerque Frota<sup>2</sup>

1. Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Enfermeira, Pós-doutor em Pédiopsiquiatria pela Universidade de Rouen- França. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Graduação em Enfermagem e Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Coordenadora do curso de Especialização em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Email: alexemabel@hotmail.com

Palavras-chave: Educação em saúde, Enfermagem, *Aedes aegypti*.

### INTRODUÇÃO

Apesar de todas as facilidades de acesso à informação e aos serviços de saúde que a população dispõe atualmente ainda podemos observar que o conhecimento acerca de questões de saúde e prevenção de doenças ainda é escasso e superficial, o que nos leva a questionar de que maneira essa população está sendo informada e se essa maneira tem sido suficiente para gerar o impacto necessário que virá a provocar a mudança de atitude dos indivíduos em busca do bem comum, ou seja, a prevenção de doenças para si e para sua comunidade.

A promoção da saúde se refere as ações que atuam sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promova qualidade de vida como direito há informação e redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde. O amplo acesso da população a informações claras consistente, e culturalmente apropriadas a cada território deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis. (BRASIL, 2006)

Um gritante problema de saúde atualmente no Brasil são as doenças que tem como vetor os mosquitos do gênero *Aedes*, tendo mais importância no país do *Aedes aegypti*, a exemplo da Dengue e seus diversos subtipos, o vírus Zika e a Febre Chikungunya. O *Aedes aegypti* também é responsável pela transmissão de Febre amarela em áreas endêmicas, como a região Norte do país.

É um mosquito doméstico, antropofílico, com atividades hematofágicas diurna, utiliza-se preferencialmente de depósitos artificiais de água limpa para colocar os seus ovos. Estes têm uma alta capacidade de resistir à dessecação, mantendo-se viáveis na ausência de água por até 450 dias. (TAUIL, 2002).

Seus criadouros artificiais, por sua vez, podem ser tanto aqueles abandonados pelo homem a céu aberto, preenchidos pelas águas das chuvas, como aqueles de uso doméstico, utilizados para armazenamento de água. Como exemplos de criadouros artificiais, podemos citar: pneus, latas, vidros, caixas d'água, latões, piscinas, vasos de flores. Em todos os criadouros supracitados, há proliferação de *Aedes aegypti*, com a condição de que a água seja limpa, isto é, não turva. Nesses criadouros, as 33 fêmeas depositam seus ovos, isoladamente, em substrato úmido, próximo a água ou em local inundável (FOREZI, 2011).

O ciclo de reprodução é extremamente rápido, por isso é tão importante a vigilância constante, já que em cerca de 8 (oito) dias os ovos colocados pela fêmea, tendo contato com água podem eclodir, e se faz importante também lembrar que tais ovos podem sobreviver por até 1 (um) ano.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2016 foram registrados 802.429 casos prováveis de dengue no Brasil até o dia 02/04/2016, sendo 158.235 casos (19,7%) no Nordeste, e na Paraíba uma incidência de 472.1 casos/100 mil habitantes. Da Febre Chikungunya foram notificados 39.017 casos prováveis no país, e destes, 6.159 foram confirmados. O Ministério da Saúde afirma também que das taxas de incidência analisadas, o Nordeste se destaca pelo maior número de casos, sendo de 56,0 casos/100 mil habitantes. Dos 12 (doze) óbitos confirmados por Febre Chikungunya, 2 (dois) foram na Paraíba. (BRASIL, 2016)

Já do vírus Zika, até a data de 02/04/2016, o Ministério da Saúde diz que haviam sido notificados 91.387 casos prováveis, dos quais 31.616 foram confirmados. Em relação às gestantes, foram notificados 7.584 casos prováveis, sendo 2.844 confirmados por critério clínico-epidemiológico ou laboratorial. Acerca da relação levantada entre o vírus Zika e os crescentes números de casos de microcefalia, o Ministério da Saúde, cautelosamente, afirmava que, apesar dos estudos que detectaram o vírus Zika em gestantes e mães de recém nascidos com microcefalia, era preferível que se esperasse a conclusão de estudos mais aprofundados para que se afirme essa relação, tendo em vista de que, no Brasil, o vírus começou a aparecer no ano de 2015, e tantos os estudos sobre o vírus Zika quanto sobre suas possíveis consequências são muito recentes. (BRASIL, 2016).

Em tempos em que as estatísticas mostram o crescente número dos casos de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, e frente a realidade observada de terrenos contendo recipientes que facilmente tornar-se-iam focos de criação do mosquito acrescentados de relatos de agentes comunitários de saúde que muitos moradores negligenciam os cuidados, apesar de, supostamente, conhecerem os riscos e as formas de prevenção, me induziu a realizar uma atividade educativa acerca da prevenção dessas doenças, combate ao mosquito, e cuidados caso haja o adoecimento.

Diante de tal fato observado, e tendo em vista as estatísticas levantadas, e baseados no princípio de integralidade do SUS, que, segundo Ministério da Saúde, em seu Caderno de Educação Popular e Saúde, diz respeito também à integralidade dos saberes, práticas, vivências espaços de cuidado, justificasse, portanto, a realização de tal ação educativa pela necessidade de intervir de alguma forma na vivência daquela comunidade, podendo alertá-los de forma mais clara, e esclarecer suas dúvidas, para tornarmos a comunidade uma aliada da equipe no combate ao *Aedes aegypti* e as doenças que ele transmite. (BRASIL, 2007).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvido na sala de espera da Unidade Básica de Saúde da Família São Januário II, no bairro São Januário, município de Campina Grande – PB, no dia 30 de março de 2016, que contou com a participação de gestantes, que estavam à espera para realização de consulta pré-natal e mães, que esperavam para puericultura de seus filhos, bem como com alguns colaboradores da unidade e membros da equipe, como recepcionista, técnico de Enfermagem, agente comunitária de saúde e vigilante. Foi realizado uma atividade educativa acerca do tema “O combate ao mosquito *Aedes aegypti* e a prevenção de Zika Vírus, Dengue e Febre Chikungunya”.

A questão da dengue foi abordada numa visão transdisciplinar, haja visto que “é um novo paradigma, que permite distinguir, separar, opor, mas que também possa fazer comunicação entre si, sem operar redução”. Tendo por base as concepções de Paulo Freire, onde ao estimular o diálogo, educador e educando passam a ser sujeitos de um processo em que crescem juntos, porque “ninguém educa ninguém, pois os homens se educam entre si, mediados pelo mundo”. (FREIRE, 2011)

Foi utilizado cartazes com exposição das informações de forma didática, ilustrada e de fácil compreensão, além da exposição de questões, e também uma dinâmica de ‘Mitos e verdades’, onde levou para a comunidade as principais questões levantadas, tomando como base o que estava disponível no site do Ministério da Saúde. Todo o conteúdo levado à unidade, incluindo alguns panfletos disponibilizados pela secretaria de saúde do município, foi construído, elaborado e preparado seguindo as recomendações do Ministério da Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No primeiro momento, em que foi exposta a temática da atividade, os usuários ali presentes se mostraram extremamente interessados, visto que o crescente número de casos preocupa a comunidade. Aproveitando então o interesse demonstrado, foi abordado questões relacionadas ao mosquito, como ele se reproduz, como a transmissão das doenças acontece a partir da picada da fêmea e como é possível prevenir que o mosquito se reproduza.

Foi percebido também que é de extrema importância o fortalecimento da ideia de que a minha falta de cuidado pode trazer danos ao meu vizinho, como foi colocado em um cartaz levados à unidade, onde estava escrito “*Quantas pessoas mais vão ter que morrer para que você limpe o seu quintal?*”, e que causou aos usuários um certo impacto.

Esclarecidas as questões ligadas à reprodução do mosquito, foi realizada uma dinâmica de ‘Mitos e verdades’, onde fora perguntado aos presentes as formas de tratamento para Zika, Chikungunya e Dengue, se havia a necessidade de procurar a unidade e as sintomatologias de cada uma. Esclareceu-se que para dengue, o grande risco é o uso de medicamentos que diminuam a agregação plaquetária, aumentando o risco de Febre Hemorrágica da Dengue, que nos casos do vírus Zika o tratamento da sintomatologia inclui o uso de antialérgicos, para diminuição do desconforto causado pelo prurido inerente à doença, e nos casos de febre Chikungunya, o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINE’s), para controle das dores articulares que são relatadas como maior problema ligado à doença pelos pacientes.

Em seguida foram esclarecidas as respostas, explanadas as formas de tratamento das sintomatologias de cada uma, bem como a diferença desses sintomas entre elas. É importante frisar que foi ressaltada a necessidade de procurar a unidade básica de saúde da família ao aparecimento de quaisquer sintomas, tanto para que o usuário possa ter o tratamento adequado quanto para que a equipe possa realizar a notificação das doenças.

A população presente mostrou forte sentimento de preocupação em relação a tais doenças, principalmente as gestantes que estavam na unidade, visto a possível ligação entre o vírus Zika e os crescentes números de recém-nascidos com microcefalia no país como um todo, e especialmente na região.

Há evidências de que as gestantes estavam melhor informadas, e realizando os cuidados para evitar a contaminação pelo mosquito, como a importância da realização das consultas pré-natal, o uso regular e diário de repelentes, de calças e blusas de manga longa, bem como os cuidados com a limpeza da casa. Fez-se naquela ocasião um registro de que o Ministério da Saúde passaria a disponibilizar repelentes para aquelas mulheres que fossem beneficiárias dos programas sociais do governo federal, a exemplo do Bolsa Família. Além disso, trouxe informações e esclarecimentos das questões pertinentes à microcefalia, como por exemplo, que há acompanhamento com equipes multidisciplinares, que vão buscar a reabilitação e o melhor desenvolvimento e crescimento da criança, assim como uma qualidade de vida e longevidade das mesmas.

Afirma-se que a educação em saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida. (BRASIL, 2007)

É notório perceber que a forma como se aborda a temática faz diferença no aprendizado, e que a dinâmica com que a atividade educativa foi elaborada traz aos usuários uma possibilidade maior de absorção dos conhecimentos, além de que a própria interação e participação durante a atividade educativa incentiva que o que foi passado ali não seja esquecido nem simplesmente deixado pra trás, já que agora, os usuários conhecem um pouco mais sobre a temática e sabem ainda mais sobre os riscos que o mosquito traz à saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade como um todo.

## CONCLUSÃO

Acredita-se que a atividade educativa proporcionou ir além do tradicionalismo cartesiano, permitindo uma abordagem da questão da dengue que leve uma reflexão crítica, mas que acima de tudo impulse uma mudança de paradigmas e transformação de modelos educativos.

A experiência contribuiu no enriquecimento pessoal como cidadão bem como no âmbito profissional, visto que o enfermeiro é um educador durante toda sua vida, e as ações e atividades de educação em saúde são inerentes da própria profissão, impulsionando portanto a reflexão do nosso papel na comunidade, cientes de que a população carece de conhecimento e necessita estar bem informada, o que compete dentre nossas atribuições esclarecer à comunidade as dúvidas que ela possa ter a fim de lutarmos por uma vida saudável, promovendo saúde e prevenindo doenças.

Percebe-se também que, tendo a educação como parte inerente da Enfermagem, é possível que nós façamos muito com muito pouco. Não é necessário que se tenha muitos recursos para trocar conhecimentos com a população.

Acerca da temática em si, conclui portanto que embora o tema seja abordado constantemente em meios de comunicação de massa, como TV, jornais e rádio, ainda é deficiente a qualidade dessa informação, que de tão superficial, dificulta o esclarecimento pleno da população. Constata-se que os usuários que estavam melhor informados sobre as doenças eram aqueles que tinham mais acesso à internet, no geral mulheres mais jovens, e ainda assim, não tinham informações obtidas de forma concreta e segura, apenas informações que encontraram em redes sociais, compartilhadas por amigos e portais de notícias que trazem pequenas notas.

Acredito que através da educação a mudança acontece, e espero profundamente que aquela simples atividade educativa realizada tenha surtido efeito positivo, pois, se um único usuário daqueles presentes durante a atividade passou a refletir um pouco mais sobre seus hábitos e sobre sua responsabilidade na comunidade, meu objetivo e dever como profissional de saúde e agente de mudança foi cumprido.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2006. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Boletim epidemiológico. Vol. 47. N° 18, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e combate: Dengue, Chikungunya e Zika. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/index.php/tira-duvidas#zika-microcefalia>. Acesso em: 12 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FREIRE P. Pedagogia do oprimido. 50 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FOREZI, L. da S. M. Síntese de carboidratos modificados precursores de ribonucleosídeos quinolônicos



candidatos a compostos antivirais frente ao vírus da dengue. 2011. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Química, 2011.

TAUIL P. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18: 867-871, 2002.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora e professores pelo auxílio nas etapas desta pesquisa. Aos colegas de sala que colaboraram com esse estudo. Ao meu esposo pela compreensão e apoio. E principalmente a meu querido Deus, Jeová.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA) - MORB CID -10 COMO MOTIVO DE INTERNAMENTO NO ESTADO DO CEARÁ, NO PERÍODO DE 2008 A 2016

Eva Dáks Leite Parente Lima<sup>1</sup>, João Agostinho Neto<sup>1</sup>, Myrlla Soares Aguiar<sup>1</sup>, Verineida Sousa Lima<sup>1</sup> Alice Maria Correia Pequeno<sup>1</sup>.

*1º Programa de Pós-Graduação do Curso Mestrado Profissional em Ensino na Saúde-CMEPES, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: verineida@gmail.com*

*Palavras-chave: Hipertensão. Morbidade. Promoção da Saúde.*

### INTRODUÇÃO

O presente trabalho possui como objeto de estudo a Hipertensão Essencial Primária ou Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS como motivo de internamento no Estado do Ceará no período de 2008 a 2016. Para compreensão do objeto cita-se Santos e Vasconcelos (2013) que definem a Hipertensão Essencial Primária como uma patologia multifatorial, cuja principal característica condiz ao aumento nos níveis pressóricos de forma contínua, podendo potencializar problemas de saúde que culminam em altos índices de morbidade e mortalidade relacionados.

Para a ocorrência da HAS existem fatores de risco que são prevalentes, como a relação direta e linear com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos. Além da idade, deve-se considerar o gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, sedentarismo, excesso de sal, ingestão de álcool e a própria herança genética merecem destaque (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Comparando os dados obtidos através do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL, em 2013 e 2015 observou-se que no Brasil, em 2013 a hipertensão arterial atingia 22,7% da população adulta e tendo como base o ano de 2015 esse percentual aumentou para 24,9%, sendo a ocorrência da hipertensão mais comum nas mulheres (BRASIL, 2016).

Esses altos índices de Hipertensão na população conduziram ao desenvolvimento de políticas e programas, os quais são iniciados em 2002 a criação do HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Silva et al, 2015), e com isso a incorporação do atendimento ao hipertenso como uma prioridade da atenção básica (Brasil, 2013). Além destas, destaca-se a reorganização da Política de Assistência Farmacêutica e a incorporação de programas voltados à ampliação da oferta e distribuição de fármacos para o atendimento dos hipertensos (PORTARIA Nº 184, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2011) e a Política de Promoção da Saúde (PNPS, 2006).

Assim, a importância de se compreender os dados relacionados à Hipertensão Essencial Primária como motivo de internamento no Estado do Ceará nos remete à preocupação com o elevado número de pessoas que lidam diariamente com esta patologia, e que podem desenvolver complicações à medida que a doença evolui. Por isso, é importante conhecer a situação atual da morbidade por Hipertensão Essencial Primária identificando por meio destas informações o público incidente, faixa etária, e a evolução da doença ao longo dos anos.

Neste sentido, tem-se como objetivo de estudo dimensionar as internações por Hipertensão Essencial Primária em pacientes adulto jovem, adulto e meia idade no Estado do Ceará no período de 2008 a 2016. Ressalta-se que atuar na prevenção da hipertensão e na promoção da saúde condiz a ajudar na implementação de um plano de cuidados a ser realizado por uma equipe multiprofissional associada à prática do autocuidado para o controle e redução das complicações, resultando na melhoria da qualidade de vida (Fortaleza, 2012), e também a efetiva implantação da Política de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010).

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e transversal. Um estudo descritivo, conforme Gil (2010, p. 28), “tem como objetivo a descrição das características de determinada população”. A abordagem quantitativa, segundo Oliveira (2011, p. 27) “significa quantificar os dados obtidos através de informações coletadas [...]”. Já o delineamento transversal é caracterizado por Bordalo (2006) como aquele estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico.

A coleta de dados refere-se às informações sobre as internações por Hipertensão Essencial Primária no Estado do Ceará retirados através do banco de dados secundários, obtidos no Sistema de Informação Hospitalar do

Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) na página eletrônica do DATASUS. Considerou-se para a coleta a faixa etária de pacientes em vida adulta, distribuídos em: adulto jovem, adulto e meia idade. Para Silva (2004), a vida adulta compreende três períodos: adulto jovem, para a faixa etária entre 18 e 21 anos, adulto, a faixa etária de 21 aos 45 anos, e meia-idade, para as pessoas entre 45 e 60 anos.

A coleta eletrônica foi realizada nos meses de junho e julho/2017. Destaca-se que a base utilizada possui uma padronização previamente estratificada, não sendo possível coletar na faixa de 18 a 60 anos conforme a classificação de vida adulta referida por Silva (2004), assim optou-se por considerar as idades mais próximas desta classificação, ou seja, 15 a 59 anos.

Como critérios de inclusão utilizou-se a faixa etária de 15 a 59 anos no período de 2008 a 2016, sendo áqueles fora desta identificação excluídos automaticamente. Feito isso, os dados foram inseridos em planilhas do Microsoft Office Excel – 2010. Foram consideradas as seguintes variáveis: sexo (masculino e feminino), região (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Cariri e Litoral Leste/Jaguaribe) e faixa etária (15 a 19 anos, 20 a 49 anos, 50 a 59 anos). Foi analisada as internações por hipertensão arterial essencial (primária) segundo o ano, sexo e a faixa etária. Os resultados são apresentados com uso de Figuras e Tabelas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Estado do Ceará entre os anos de 2008 a 2016 foram registrados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) um total de 20.423 internamentos categorizados no CID 10 de Hipertensão essencial primária. Considerando o público-alvo deste estudo, ou seja, o adulto jovem, adulto e meia idade, os quais compreendem a faixa etária entre 15 a 59 anos tem-se um total de 7.981 internamentos neste mesmo período, correspondendo a 39% dos internamentos.

Destacando os internamentos com o CID 10 Hipertensão Essencial Primária na faixa etária de 15 a 59 anos de acordo com a linha histórica entre 2008 a 2016, observa-se que os internamentos diminuíram gradativamente, principalmente após 2011. Ressalta-se que em relação ao ano de 2016 deve-se considerar que o banco de dados pode ser alterado devido a retroalimentação que o sistema ainda permite, mesmo assim os números ainda são muito inferiores quando comparados aos anos anteriores a 2011 (Figura I).

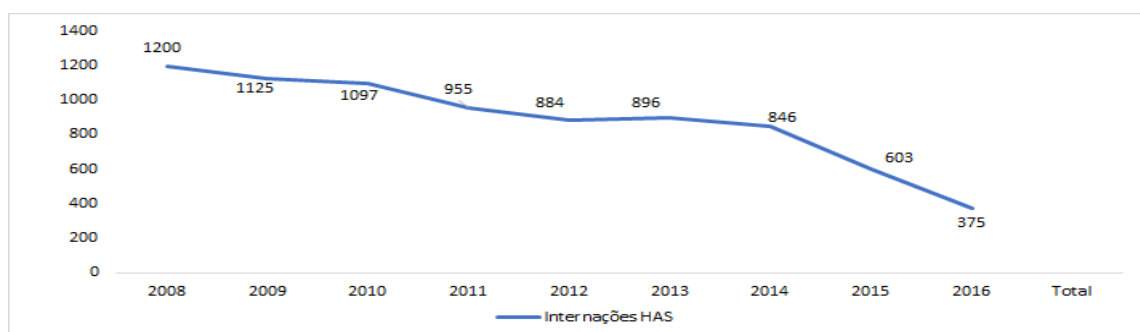


Figura I - Distribuição dos internamentos por Hipertensão Essencial Primária no Estado do Ceará entre os anos de 2008-2012 nas faixas etárias entre 15 a 59 anos.

Fonte: SIH/Datasus, 2017

Observa-se que os internamentos diminuíram gradativamente, tendo uma pequena elevação entre os anos 2012 e 2013. Esta diminuição de internações neste período pode estar relacionado a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2006) que prioriza o incentivo às práticas corporais e reconhece a relevância epidemiológica do tema do sedentarismo que é um fator agravante da hipertensão essencial. Destaca-se também em 2011 a Portaria 184/2011, assinada em 03 de fevereiro, que no Programa Farmácia Popular do Brasil lança a campanha “Saúde não tem preço” incorporando os medicamentos de hipertensão e diabetes sem custos para os usuários.

Considerando o Estado do Ceará e reconhecendo o território conforme distribuição Regionalizada, tem-se que o Estado se divide em cinco macrorregiões cuja população distribui-se conforme Coelho (2014) em: Região do Cariri com uma população de 1.455.588 (16,5%) pessoas do total da população, Região de Fortaleza com 4.602.052 (51,9%), a Região de Sobral com 1.616.125 (18,3%), Sertão Central 634.209 (7,2%) e Litoral Leste com 534.817 (6,1%).

Mapeando os internamentos em relação a Macrorregião de Saúde do Ceará e o ano de ocorrência, identificou-se que a região do Cariri apresenta o maior número de internamentos por Hipertensão essencial primária nas faixas etárias entre 15 a 59 anos, correspondendo a 3845 (48%) , seguindo da macro Sobral com 1980 (25%) e macro Fortaleza com 1003 (12%), conforme (Tabela I).

Ressalta-se que esta pesquisa teve como parâmetro os internamentos por local e não por residência e que a Região do Cariri apresentou maior número de internamentos, sabe-se que esta Região representa um sítio de peregrinação no Estado e pode ser um dos fatores para este resultado. Avaliando pesquisas que abordam a relação entre os sítios de peregrinação e a ocorrência de internamentos por hipertensão, cita-se Vasconcelos et al (2015) e Carmo e Valente (2017), cujas pesquisas demonstraram que o atendimento por hipertensão é presente nestes espaços de turismo religioso.

Tabela I - Internamentos por Hipertensão essencial primária por ano e Macrorregião de Saúde

Macrorregião de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total por Região	Percentual
Fortaleza	228	194	161	117	68	63	59	54	59	1003	12,5
Sobral	289	294	325	231	247	244	169	112	69	1980	24,8
Cariri	502	505	494	422	437	467	490	312	216	3845	48
Sertão Central	52	31	40	58	27	27	22	23	14	294	3,7
Litoral Leste/Jaguaribe	129	101	77	127	105	95	106	102	17	859	11
Total por ano	1200	1125	1097	955	884	896	846	603	375	7981	100

Fonte: SIH/Datasus, 2017

Considerando as variáveis faixa etária, sexo, ano e o quantitativo geral de internamentos entre os anos de 2008-2016, observa-se na relação faixa etária e sexo que o sexo feminino apresenta os maiores índices distribuídos nas três faixas etárias, chegando a compor 4.632 (58%) do total. Em relação à idade a faixa etária, que apresentou maior percentual de ocorrência foi entre 20 a 49 anos com 443 (56%), no entanto, entre 50 a 59 anos apresentaram percentuais altos chegando a 3367 (42%) e entre 15 a 19 anos observa-se alguns eventos de maior incidência nos anos 2014 e 2015, (Tabela II).

Os estudos realizados por Reis et al (2015) e Santos e Vasconcelos (2013) também evidenciaram que o número de internações de mulheres foi maior do que o de homens. De acordo com dados do Portal Brasil (2014) a HAS atinge 23,3% dos brasileiros e a maioria são mulheres, o que pode significar um sinal de alerta, mas pode ser controlada com remédios, alimentação saudável e exercícios físicos apropriados.

Tabela II - Internamentos por Hipertensão essencial primária e a relação entre faixa etária, sexo e ano.

Faixa etária	Sexo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
15-19 anos	F	18	7	11	11	19	10	20	20	7	123
	M	8	9	8	8	3	5	8	5	2	56
20-49 anos	F	384	383	355	299	263	291	187	256	134	2552
	M	254	221	234	228	213	223	317	114	79	1883
50-59 anos	F	316	308	277	236	222	204	182	122	90	1857
	M	220	197	212	173	164	163	132	86	63	1410
Total por ano		1200	1125	1097	955	884	896	846	603	375	7981

Fonte: SIH/Datasus, 2017

Estes dados após avaliados destacam que o número de internamentos por Hipertensão essencial primária apesar de terem diminuído ao longo dos anos, e demonstrado resultados positivos também acabam por despertar que ainda há necessidade de intervenções voltadas a prevenção da hipertensão essencial primária no público jovem e adulto jovem, tendo em vista que estes estão de certo modo ainda no mercado de trabalho de forma ativa, sendo a ocorrência da hipertensão um grave problema que pode trazer outros potenciais problemas de saúde para estes indivíduos.

## CONCLUSÃO

Com base nos dados coletados e na literatura estudada, destaca-se que o número de internamentos por Hipertensão essencial primária vem diminuindo até o ano de 2016 no Estado do Ceará, o que nos leva a supor que este fator tem relação direta com incentivo do Governo Federal na qualificação e ampliação de programas, dentre estas, as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

Observou-se também que o processo de organização do território em Regiões de Saúde, facilitou o controle e a efetivação das ações de saúde. Passou a garantir acesso e resolutividade de qualidade através de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso, em todos os níveis complexidade do Sistema. Fato este comprovado através dos dados que referenciam uma queda conceituada nos números de internações por Hipertensão Essencial ao longo dos anos.

Fica evidente que as mulheres têm um maior número de internações por Hipertensão Essencial do que os homens, sendo importante destacar a faixa etária do adulto com um percentual importante na morbidade por Hipertensão essencial primária. Assim, observa-se que ainda há desafios, porém é evidente que a promoção da saúde é sem dúvida o caminho certo para novas construções na qualidade de vida e saúde da população.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Vigitel, 2015. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-06/um-em-cada-quatro-brasileiros-e-hipertenso-mostra-pesquisa>> Acesso em: 09 de agosto de 2017
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011: Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0184\\_03\\_02\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0184_03_02_2011.html)> Acesso em: 06 de agosto de 2017
- \_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde. 2. ed. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2013. p. 1-70.
- \_\_\_\_\_. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006
- BORDALO, A. A.. Estudo transversal e/ou longitudinal. Revista Paranaense de Psicologia, 20 (4), 5. 2006.
- CARMO, Hercules de Oliveira; VALENTE, Tânia Cristina Oliveira. Características dos atendimentos aromeiros no Santuário de Nossa Senhora Aparecida, São Paulo, 2011- 2014 Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 26(3):493-502, jul-set 2017 Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v26n3/2237-9622-ess-26-03-00493.pdf>> Acesso em: 06 de agosto de 2017
- COELHO, V. Análise da Conjuntura Política e Técnica do COAP no Estado do Ceará (2014). Disponível em: <<http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2014/12/Vera-Coelho-An%C3%A1lise-Conjuntura-Pol%C3%ADtica-e-T%C3%A9cnica-do-COAP-no-Cear%C3%A1.pdf>> Acesso em: 29/07/2017.
- FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2010/2013. Fortaleza: 2012.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. - 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- OLIVEIRA, Maria Marly De. Como Fazer Projetos, Relatórios, Monografias, Dissertações e Teses. Editora: Elsevier. Edição: 5ª, 2011.
- REIS, Andreia Francesli Negri ET AL. Tendência da morbimortalidade associada à hipertensão e diabetes em município do interior paulista. Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dez. 2015;23(6):1157-64 Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281442811022/>> Acesso em: 06 de agosto de 2017
- SANTOS, Suelen Silva; VASCONCELOS, Darizy Flavia Silva Amorim de. Hospitalizações por hipertensão arterial essencial em caráter de urgência no Brasil, 2008-2012. Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v.12, especial, p.465-471, dez.2013 Disponível em: <<https://rigs.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/9191/6758>> Acesso em: 06 de agosto de 2017.
- SILVA, Juliana Veiga Mottin da ET AL. Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. Rev Bras Enferm. 2015 jul-ago;68(4). Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0626.pdf>> Acesso em: 09 de agosto de 2017
- SILVA, N. Ser adulto: alguns elementos para a discussão deste conceito e para a formação de professores de adultos. Millenium - Revista do Instituto Politécnico de Viseu, n. 29, junho, 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. In: Rev. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, jan/mar 2016.
- VASCONCELOS, Marina Pereira de et al. Romarias no município de Juazeiro do Norte, Ceará: perfil da demanda por atendimento de saúde e sazonalidade de internações. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(1):39-48, jan-mar 2015 Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00039.pdf>> Acesso em: 06 de agosto de 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho dos colegas e dos professores do Curso de Pós-Graduação e Mestrado em Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará, em especial a professora Alice Pequeno, pela amizade e companheirismo que todos dedicaram no empenho desta produção. Por este fato, expressa-se toda gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade. A todos participantes manifesta-se sinceros agradecimentos.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A FARMACOTERAPIA NA SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO INSTITUCIONALIZADO EM UNIDADE DE ABRIGO DE FORTALEZA

André Luiz Cunha Cavalcante<sup>1</sup>; Rafaelly Maria Pinheiro Siqueira<sup>2,3</sup>

1. Acadêmico do curso de Medicina – UNIFOR;

2. Docente do curso de Farmácia - FAMETRO e

3. Docente do curso de Farmácia e Medicina da Faculdades INTA.

*E-mail:*

*Palavras-Chave:* Psicotrópicos. Hipoglicemiantes. Idosos Institucionalizados.

### INTRODUÇÃO

Interações medicamentosas são tipos especiais de respostas farmacológicas que ocorrem quando os efeitos de um fármaco são alterados pela presença de outro fármaco, alimento, bebida ou algum agente químico ambiental e constituem causa comum de efeitos adversos. Os eventos adversos a medicamentos e as reações adversas a medicamentos constituem um desafio para os médicos e um problema para a saúde pública. A politerapia exige um maior conhecimento das classes medicamentosas por parte da equipe de saúde, principalmente quanto às interações fármaco-fármaco. O objetivo desse trabalho foi analisar as interações medicamentosas entre hipoglicemiantes orais e psicotrópicos utilizados por idosos de uma unidade de abrigo de em Fortaleza, Ceará.

### METODOLOGIA

Estudo quantitativo, observacional, transversal e prospectivo. No estudo foi acompanhado um grupo de idosos institucionalizados, durante o estágio em Farmácia Clínica nos meses de agosto e setembro de 2016. As interações medicamentosas entre psicotrópicos e hipoglicemiantes orais foram classificadas quanto a natureza e gravidade da interação. A natureza da interação foi identificada entre farmacocinética, farmacodinâmica ou de efeito. Quanto a gravidade, as interações foram classificadas como leve, moderada ou grave baseado em programas como drugs.com, plataforma MEDSCAPE e MICROMEDEX.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados foi verificado que 87,95% (n=73) dos idosos pesquisados faziam uso de psicotrópicos e 15,66% (n=13) faziam uso de hipoglicemiantes. Destes 12,04% (n=10) faziam uso concomitante de psicotrópicos e hipoglicemiantes. A análise das informações permitiu a identificação de 16 interações entre os princípios ativos de ambas as classes de medicamentos. Quanto a natureza da interação medicamentosa, foi identificada que 75% (n=12) é classificada como de efeito, 12,5% (n=2) se apresentaram de origem farmacocinética e 12,5% (n=2) de origem farmacodinâmica. Ao analisarmos as interações medicamentosas quanto a gravidade foi possível classificar como: moderada 75% (n=12) e leve 25% (n=4). Quando analisados os princípios ativos



dos hipoglicemiantes orais envolvidos em interações com psicotrópicos a Metformina, Glibenclamida e Glicazida foram os principais. A classe terapêutica dos psicotrópicos envolvidos nestas interações são: antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, fármacos usados no tratamento de demências e transtorno bipolar. Dentre esses princípios ativos, alguns possuem “janela terapêutica”, estreita e, o fato de elevação nos níveis plasmáticos por interações farmacocinéticas, eleva o risco de eventos adversos como hipoglicemia, expõe os idosos a um risco maior para desenvolver intoxicações além de comprometer a segurança do tratamento.

## **CONCLUSÃO**

O estudo apresenta limitações como o fato de não analisar a relevância clínica no paciente das interações encontradas, visto que os pesquisadores não tiveram acesso aos prontuários. Foi avaliado a relevância clínica referente ao risco de agravos das interações medicamentosas investigadas com a gravidade potencial da associação entre duas importantes classes de medicamentos usadas nos idosos do abrigo, bem como, na população em geral. Salienta-se a necessidade de realização de mais estudos relacionados, abordando outras classes terapêuticas.

## **REFERÊNCIAS**

Sociedade Brasileira de diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>

Brunton, L.L. Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 12ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012. Caps 19, 20 e 61.

Tratado de geriatria e gerontologia. Freitas E V & Ligia Py. – 4. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os participantes da pesquisa. À direção da instituição de longa permanência – UNIDADE DE ABRIGO.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ACADEMIA DA SAÚDE: CENÁRIO E DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO NO CEARÁ.

**Eva Dáks Leite Parente Lima 1, Francisca Diana da Silva Negreiros 2, João Agostinho Neto 3, Myrla Soares Aguiar 4, Verineida Sousa Lima 5, Alice Maria Correia Pequeno 6.**

1. Programa de Pós-Graduação e Mestrado Ensino na Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil  
E-mail: evadaks@hotmail.com

Palavras-chave: Academias de Ginástica; Atividade Física; Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

O Programa Academia da Saúde foi efetivamente lançado em 2011, surgindo como um eixo da Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de desenvolver ações estratégicas para enfrentar as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNs) e contribuir com a promoção da saúde, com a produção de cuidado e com os modos de vida saudáveis na população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados (MALTA, 2014).

Em 2013 o Programa Academia da Saúde foi redefinido e ampliado por meio da Portaria Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, que estabelece princípios, diretrizes, ações, atividades e as competências dos três entes federativos (BRASIL, 2013). Tal ampliação fez com que o Ministério da Saúde durante o ano de 2013, institua o monitoramento junto aos municípios para acompanhar os avanços e desafios da implantação. Por meio desse monitoramento, percebeu-se ao longo dos anos que apesar dos avanços, há desafios significativos, principalmente no tocante a construção dos polos, custos e qualificação dos serviços (2017).

Ressalta-se que esse estudo justifica-se por contribuir para a consolidação do monitoramento das ações realizadas pelo Programa Academia da Saúde, através da transparência da atual situação das ações em municípios cearenses, atuação dos profissionais e a relevância deste dispositivo para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis e o alcance da promoção da saúde na comunidade. Compreende-se que reconhecer a situação atual do Programa Academia da Saúde é uma forma efetiva de potencializar sua ação.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo descrever o cenário de implantação e desenvolvimento do Programa Academia da Saúde no Ceará.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e transversal. Thomas, Nelson e Silverman (2012) argumentam que a pesquisa descritiva busca apresentar detalhadamente os fenômenos, almejando desta forma compreender a situação presente. Para Mingoti (2005) a pesquisa quantitativa transversal busca a validação das hipóteses mediante a utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de casos representativos, recomendando um curso final da ação.

A coleta de dados foi realizada utilizando as páginas eletrônicas de base nacional; o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - CNES e Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SISAB, todos vinculados ao Ministério da Saúde e disponibilizados em formato livre. A coleta ocorreu nos meses de junho e julho de 2017, sendo utilizado o CNES para identificação do quantitativo de estabelecimentos da academia da saúde existentes no Ceará, bem como o levantamento do perfil de categorias profissionais lotadas nestes polos, por fim, o SISAB para identificar se estes estabelecimentos estavam enviando informações de produção dos profissionais.

Utilizou-se como competência de avaliação a referência do mês de maio de 2017, por ter sido o último período de dados enviados à base nacional antes do início da coleta das informações deste estudo. Após a identificação do período, buscou-se as seguintes variáveis: número de estabelecimentos tipo polo academia da saúde no Estado do Ceará, profissionais vinculados de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, envio de produção pelo sistema ESUS AB, distribuição por macrorregião de saúde; Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Cariri e Litoral Leste/Jaguaribe.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha no Microsoft Office Excel 2010, sendo os resultados expressos pela estatística em frequência absoluta e relativa e apresentados por meio de tabelas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Estado do Ceará é dividido em cinco macrorregiões de saúde: Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Cariri e Litoral Leste/Jaguaribe, contemplando os 184 municípios cearenses. Considerando a divisão regionalizada e correlacionando a implantação dos polos do Programa Academia da Saúde tendo como competência de referência o mês de maio de 2017, o Ceará possui 79 estabelecimentos cadastrados, destes 01 encontra-se desativado por falta de profissionais vinculados há mais de 06 meses.

Deste modo, distribuindo os estabelecimentos ativos que somam 78 polos da academia da saúde conforme a macrorregião de saúde, tem-se a seguinte configuração: Macro Fortaleza com 23 (29,4%) polos da academia da saúde, macro Sobral com 21 (27%), macro Cariri com 21 (27%), macro Sertão Central com 4 (5,1%) e macro Litoral Leste/Jaguaribe 9 (11,5%), conforme descrito na Tabela I.

TABELA I - IMPLANTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS POLOS DA ACADEMIA DA SAÚDE NO CEARÁ, COMPETÊNCIA MAIO, 2017

Macrorregião	Academias da Saúde implantadas (n=78)	
	N	%
Fortaleza	23	29,4
Sobral	21	27,0
Cariri	21	27,0
Sertão Central	4	5,1
Litoral Leste	9	11,5
Total	78	100

FONTE: CNES (2017).

Ressalta-se que os 78 estabelecimentos tipo Academia da Saúde estão distribuídos em apenas 67 municípios, tendo em vista que há alguns que possuem mais de um polo da academia da saúde (Tabela II). Destaca-se que os 67 municípios correspondem a apenas 36% do território do Estado.

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) com base no monitoramento realizado em 2016, o Ceará possui 113 municípios habilitados ao Programa Academia da Saúde, porém muitos ainda não estão em funcionamento.

Relacionando os dados deste estudo ao monitoramento divulgado tem-se que apesar do Ceará possuir 113 municípios habilitados para receber o Programa Academia da Saúde, apenas 67 até o presente momento implantaram o serviço, demonstrando que há muito o que desenvolver no Estado acerca do processo de implantação e avanços do Programa Academia da Saúde.

TABELA II - DISTRIBUIÇÃO DOS POLOS DA ACADEMIA DA SAÚDE NO CEARÁ CONFORME NÚMERO DE POLOS, COMPETÊNCIA MAIO, 2017

Macrorregião	Municípios contemplados (n= 67)		
	1 Academia	2 Academias	3 Academias
Fortaleza	17	3	0
Sobral	15	3	0
Cariri	13	3	1
Sertão Central	4	0	0
Litoral Leste	7	1	0
Total		67	

FONTE: CNES (2017).

Malta et al. (2014) referem que o PAS faz parte das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde, representando um importante espaço de práticas corporais e estímulo à atividade física, aliando ainda temas como a alimentação saudável, bem como prevenção da violência, álcool, drogas, entre outras.

Para o desenvolvimento destas ações é necessária a integração de vários profissionais. Assim, a Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016 descreve que há necessidade de vínculo de pelo menos um profissional com carga horária de 40 horas ou dois profissionais de 20 horas cada. Além destes, os polos da Academia da Saúde devem também ser utilizados pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família e os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (BRASIL, 2016).

Deste modo, considerando a formação de recursos humanos nos polos do Ceará, tem-se que 42 (53,8%) estabelecimentos são formados por apenas 01 profissional cadastrado, 27(34,6%) por 02 profissionais cadastrados e 9 (11,6%) por 3 ou mais profissionais (Tabela III).

TABELA III - ESTABELECIMENTOS E COMPOSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS, COMPETÊNCIA MAIO, 2017

Região	Composição das Equipes		
	1 profissional	2 profissionais	3 a mais profissionais
Litoral Leste	5	3	1
Sertão Central	3	1	0
Cariri	9	9	3
Sobral	10	8	3
Fortaleza	15	6	2
Total (n)	42	27	9
Total (%)	53,8	34,6	11,6

FONTE: CNES, 2017Atualmente, encontram-se cadastrados 131 profissionais, sendo as cinco principais categorias: Educador físico/avaliador, Fisioterapeuta, Nutricionista, Enfermeiro e Auxiliar ou Tec. Enfermagem, (Tabela IV).

No monitoramento nacional sobre o Programa Academia da Saúde, obteve-se que 90% dos polos possuem educador físico, 55% fisioterapeutas e 54,1% de nutricionistas (Brasil, 2017), dados semelhantes ao encontrado. Destaca-se em relação a esse número significativo de educadores físicos, que os mesmos foram incorporados nos serviços de saúde a partir da inclusão na Classificação Brasileira de Ocupações em 2002 e, posteriormente, na iniciativa dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (GUARDA et al., 2015).

TABELA IV - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS CADASTRADOS NA ACADEMIA DA SAÚDE CONFORME FREQUÊNCIA, COMPETÊNCIA MAIO, 2017

Profissionais que atuam nas Academias da Saúde	Frequência (F)	Frequência relativa (Fr)	Frequência percentual (Fp)
Educador físico/avaliador físico	78	0,5954	59,54
Fisioterapeuta	22	0,1679	16,79
Nutricionista	7	0,0534	5,34
Enfermeiro	5	0,0382	3,82
Aux. ou Tec. Enfermagem	4	0,0305	3,05
Agente ou assistente administrativo	3	0,0229	2,29
Assistente Social	3	0,0229	2,29
Psicólogo	2	0,0153	1,53
Farmacêutico	1	0,0076	0,76
Fonoaudiólogo	1	0,0076	0,76
Terapeuta Ocupacional	1	0,0076	0,76

Massoterapeuta	1	0,0076	0,76
Vigia	1	0,0076	0,76
Educador social	1	0,0076	0,76
Gerente de serviços	1	0,0076	0,76
Total	131	1	100

Um dos instrumentos de validação do trabalho dos profissionais das Academias da Saúde corresponde, de acordo com Brasil (2015) ao registro das informações que devem ser coletadas e enviadas pelo ESUS AB para disponibilizá-los posteriormente em banco de dados de domínio público.

Assim, avaliando o envio das produções dos profissionais da Academia da Saúde no Ceará tendo como referência a competência janeiro a maio de 2017, tem-se que 38 (48,72%) não enviaram ao longo destas cinco competências nenhuma informação e apenas 13 (16,67%) enviaram as cinco competências regularmente, ou seja, há uma subnotificação importante da produção destes profissionais, o que dificulta um conhecimento mais completo sobre as ações e resultados da academia da saúde (Tabela V).

Essa ausência de registro contínuo da produção associada à falta de um sistema livre de acesso às informações produzidas pelo ESUS AB fragmenta o conhecimento sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais da Academia da Saúde. Dessa forma, esse fato pode ser analisado como um entrave ao acesso às informações sobre que tipo de atendimento, público e quantidade de ações que os estabelecimentos tipo Academia da Saúde estão desenvolvendo no Ceará.

Barros, Lima e Costa (2017) descrevem que há fragilidades importantes no Sistema de Informação do Sistema único de Saúde, estas relacionam-se ao sub-registro das ações pelos profissionais ou mesmo a ausência de avaliação e análise dos municípios sobre os dados e a periodicidade de envio das informações. TABELA V - ENVIO DE PRODUÇÃO NO ESUS AB - SISAB - COMPETÊNCIA JANEIRO Á MAIO DE 2017.

Número de competências enviadas	Frequência	Frequência relativa	Frequência percentual
Nenhum envio	38	0,4872	48,72
01 competência enviada	5	0,0641	6,41
02 competência enviada	7	0,0897	8,97
03 competência enviada	8	0,1026	10,26
04 competência enviada	7	0,0897	8,97
05 competência enviada	13	0,1667	16,67
Total	78	1	100,00

FONTE: SISAB (2017).

O Programa Academia da Saúde é um importante equipamento para a promoção da saúde. No entanto, há grandes desafios para sua efetivação, devendo assim ser ampliado aos demais municípios, bem como monitorado adequadamente em relação às ações realizadas e aos resultados destas ações para a melhoria da qualidade de vida da população.

## CONCLUSÃO

Apesar do Programa Academia da Saúde ter sido lançado em 2011, o Estado do Ceará apresenta importantes desafios para sua implantação, seja pelo número reduzido de polos da Academia da Saúde em relação à quantidade de municípios que o Estado possui, ou mesmo, à ausência de monitoramento e execução dos demais municípios habilitados para receber o Programa, cujas propostas ainda não foram efetivadas.

De acordo com os dados obtidos, observa-se que o profissional de educação física aparece como a ocupação mais constante no Programa Academia da Saúde, da mesma forma que este é apontado em outras pesquisas com o maior número de participação das ações de promoção da atividade física e têm sido reconhecidos como de relevância para a promoção da saúde no SUS.

O estudo mostra ainda que a subnotificação dos profissionais dificulta a avaliação do programa e compromete o monitoramento periódico. Portanto, a alimentação do sistema pelo ESUS AB é de fundamental importância para fortalecer o programa e os compromissos do governo com a sociedade, além da divulgação das ações e metas alcançadas. Estes dados são necessários para comprovar a melhoria da situação de saúde da população, com a redução da morbimortalidade por Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT).

## REFERÊNCIAS

BARROS, Rosires Magali Bezerra de; LIMA, Heloisa Helena Gomes; COSTA, Íris do Céu Clara. Análise espacial das informações de vigilância sanitária lançadas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS nas Regiões Intermediárias de Articulação Urbana do IBGE. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 23-28, mar. 2017. ISSN 2317-269X. Disponível em: <<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/902>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013.

\_\_\_\_\_. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde : monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde : ciclo 2016 [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/panorama\\_nacional\\_academia\\_saude\\_2016.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/panorama_nacional_academia_saude_2016.pdf)> Acesso em: 18 de Agosto de 2017

\_\_\_\_\_. Portaria n. 719 de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (8 abr. 2011);Sec.1:52.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Portaria%201707%20de%2023%2009%202016%20-%20Redefine%20regras%20Academia%20da%20Sade.pdf>> Acesso em: 18 de Agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 2.0 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria- Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_CDS\\_2\\_0\\_versao\\_preliminar\\_ago\\_2015.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_2_0_versao_preliminar_ago_2015.pdf)> Acesso em: 18 de Agosto de 2017

GUARDA, Flávio Renato Barros da ET AL. Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho. *Rev Bras Ativ Fis Saúde • Pelotas/RS • 20(6):638-640 • Nov2015* Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/6123/5245>> Acesso em: 18 de Agosto de 2017

MALTA, Deborah Carvalho ET AL. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4301-4311, 2014 Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63032416003/>> Acesso em: 18 de Agosto de 2017.

MINGOTI, S. A. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K.; SILVERMAN, Stephen J. *Metodos de pesquisa em atividade física*. Porto Alegre: Artmed, 2012.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## OBSTÁCULOS VIVENCIADOS PELAS MÃES DE CRIANÇAS NO PÓS-TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA FECAL

**Manuela Martin Menezes<sup>1\*</sup> (PQ), Herika Paiva Pontes<sup>2</sup> (PG), Paula Pessoa de Brito Nunes<sup>3</sup> (PG), Raquel Santos Monte Queiroz<sup>3</sup> (PG), Fabíola Nunes Sá<sup>4</sup> (PQ), Mirna Albuquerque Frota<sup>5</sup> (PQ)**

1. Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

4. Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil,

5. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil,

E-mail: manumartin20@hotmail.com

Palavras-chave: Incontinência Fecal. Família. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

A Incontinência Fecal (IF) em crianças é um problema gastroenterológico com profundos impactos pessoais e familiares, originalmente, era descrita apenas em crianças que eram neurologicamente deficientes, posteriormente, ela tem sido observada em uma porcentagem significativa de crianças saudáveis. Essas crianças podem sofrer grandes problemas emocionais, com afastamento do convívio social, vergonha, medo de descobertas, perda da autoestima e da confiança (COLARES, 2014).

Estudos com crianças e indivíduos jovens demonstram que a real prevalência da IF é desconhecida, mas se focarem unicamente nas causas mais comuns de IF de origem orgânica na infância, poder-se-ia ter uma estimativa do problema (LEVITT et al., 2007).

A terapêutica utilizada no tratamento da IF condiz uma diversidade de medidas clínicas, técnicas invasivas e distintas alternativas cirúrgicas. A escolha da melhor opção dependendo da magnitude de cada caso. Diante disso, além dos diversos tipos de tratamento, encontra-se a necessidade do avanço de procedimentos menos invasivos, contudo mais eficiente (PURCARU, 2014).

A família, primeiro grupo social no qual convive-se é também afetada pelo stress e o impacto ocasionado pelo diagnóstico e tratamento das doenças crônicas na infância, ao lidarem com a notícia do adoecimento, situações traumáticas passam a serem vivenciadas, com sentimentos de angústia e choque diante do inesperado. A doença gera ansiedade e além de repercutir na vida da criança, repercute também na vida de seus familiares, que muitas vezes exageram no cuidado com esta para superprotegê-la ou como forma de compensação pelo seu sofrimento (FIGUEIREDO, SOUSA e GOMES, 2016).

Segundo Almeida (2008), a família foi diagnosticada como indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos seus membros, entidade que proporciona subsídios afetivos e materiais importantes e únicos para o desenvolvimento e bem-estar daqueles que a integram, passa a ser compreendida como uma unidade que deve ser incluída no cuidado, principalmente em situações de crise como a provocada pela doença.

Para Martins et al (2013) a família é a principal instituição que influencia os hábitos da criança, portanto, para alcançar a eficácia do tratamento, é fundamental que os sentimentos despertados sejam superados e o infante adquira confiança no processo de mudança no qual está inserido.

Assim, na perspectiva da Promoção da Saúde, a pesquisa objetivou compreender os obstáculos vivenciados pelas mães de crianças no pós-tratamento de Incontinência Fecal.

### METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa engloba questões muito particulares, que nas ciências sociais, em nível de realidade, não pode ser quantificada (MINAYO, 2012).

Participaram do estudo mães de crianças em tratamento no Núcleo Especializado em Tratamento Infantil da Incontinência Fecal (NETIIF), no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), que comparecerem ao serviço. Foram excluídas mães que possuíam algum tipo de distúrbio neurológico. Foi realizada uma conversa informal acerca da pesquisa com as possíveis participantes, seguida do convite para a participação. No caso da aceitação, a responsável pela criança assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente, realizou-se a observação comportamental não participante dos responsáveis pelas crianças durante a consulta ambulatorial, no sentido que o observador científico se coloca sob o ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e aproximação mais íntima, o que proporciona abertura no grupo (MINAYO, 2012). Logo após, ocorreu a aplicação do instrumento metodológico, entrevista semi-estruturada, na qual abordou de forma inicial aspectos sociais maternos e em seguida, os seguintes questionamentos direcionados as mães: Qual significado você daria para a Incontinência fecal? Houve mudança na rotina de seu(sua) filho(a) após o tratamento? Quais os principais obstáculos encontrados durante esse processo?

A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto, no ano de 2016, em local reservado disponibilizado pelo hospital. As entrevistas foram gravadas com o consentimento das participantes. Destaca-se que, durante toda a pesquisa, utilizamos o Diário de Campo, espécie de caderno de anotações dos fatos ocorridos, para notificar dados observados e manifestados.

As informações obtidas foram transcritas e analisadas, categorizando a fala dos participantes permitindo a produção de ideias e hipóteses de acordo com as respostas das mesmas. Essa forma de organizar dados avalia as respostas dos sujeitos da pesquisa, a fim de que possam ser analisadas adequadamente, fazendo-se necessário, a isto, organização, dos dados mediante seu agrupamento em certo número de categorias temáticas. Ao final desta etapa, faz-se a seleção das falas consideradas mais relevantes, as quais validarão as conclusões e atribuições dos significados das mesmas (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Após, estabelecida a compreensão dos dados, utilizamos a análise de conteúdo de Bardin (2010) que preconiza três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, interferência e interpretação.

A pesquisa respeitou a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), com parecer favorável pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob o nº 515.272.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil das 25 entrevistadas, escolhidas aleatoriamente, possuem características sociodemográficas diversificadas, possibilitando maior riqueza de informações. A idade das mães apresentou variação de 20 a 55 anos. Houve predomínio de mulheres com união estável (dezenove), quatro declaram-se solteiras, uma divorciada e uma viúva. No que se refere ao nível de instrução, a maioria é analfabeta, as que possuíam instrução tinham o ensino fundamental incompleto; quando não exercem atividades fora de casa as demais tinham ocupação do lar, sendo a maioria agricultora. A maioria das mães sobrevive com renda mensal de um a dois salários mínimos, algumas famílias recebem benefício em prol do incontinente.

A proposta do Programa Manejo do Cólon, o tratamento torna-se mais descentralizado. O aprendizado é simples, empoderando os pais a realizar a aplicação dos *clisteres* em regime domiciliar no horário mais conveniente para o contexto familiar. A tecnologia aplicada é de baixo custo, ao solicitar o uso de bolsa plástica, sonda *Foley*, água corrente, sal de cozinha, sabão líquido e glicerina na preparação da solução a ser administrada via retal (COLARES, 2014).

“Eu fazer o processo da lavagem. No primeiro dia eu me apavorei, mas depois deu tudo certo graças a Deus.” (M15).

“O mais dificultoso foi quando o Dr. João falou que tinha que fazer o manejo, eu achei muito difícil, aí quando chegava o momento de fazer que não tinha resultado nenhum, me doía muito, eu via que ela estava sofrendo, estava judiando dela, ela se esforçava ao máximo, e depois ela passava o resto do dia sentindo dor e se sujando, mesmo assim, ainda fiquei fazendo por três meses...” (M18).

“O manejo foi o manejo mesmo, porque é uma coisa desconfortável, uma coisa invasiva para a criança.” (M23).

Apesar do conhecimento teórico sobre o Programa Manejo do Cólon, muitos familiares relatam sobre as dificuldades enfrentadas durante o tratamento, pois a família toda deve estar envolvida no tratamento do infante e o mesmo deve ser incluído no cuidado. Como ressalta Enders (p.141, 2015) “a mucosa intestinal doente provoca dores, pacientes acometidos por esse problema também tem histórico de alto índice de irritabilidade, depressão e ansiedade”. “A lavagem, ele não gosta, ele chora, não gosta. [...], e às vezes ele ainda é agressivo comigo” (M1).

Haja vista que, além da rotina de exames, consultas, com o agravante de deslocamento quando a família vem do interior para a capital, tudo isso gera ruptura do cotidiano, fator de estresse e ansiedade para todos os parentes, em especial o paciente pediátrico.

Como discorre Purcaru (2014), a impotência diante da incontinência é real, a mulher chama para si a responsabilidade em encontrar uma solução para a situação em que o filho se encontra, ocorre uma absorção do sofrimento do filho fazendo com que a mulher acredite ser seu sofrimento maior que o do filho.

"[...] é uma coisa que mexe com a criança, mas mexe muito com a mãe, é tanto que quando ela foi para a psicóloga ela não precisou, eu que precisei." (M2).

"Foi cuidar dele, né, os medicamentos dele foi tudo comprado, nunca consegui ganhar nada na época [...] trabalhava em casa de família ganhava 80 reais, mas eu tinha que trabalhar, foi muito difícil, mas eu enfrentei..." (M3).

A maioria as famílias das crianças com IF vivem com um a dois salários mínimos mensais, mas algumas relatam que vivem com menos de um salário. Os custos com os gastos com fraldas descartáveis, alimentação diferenciada foi uma preocupação em todas as famílias: "... gastamos muito, o que nós gastamos de fraldas [suspiro]..." (M7), "...meu esposo tá desempregado e não tenho dinheiro para comprar a fibra, o dinheiro que tem é para comer. Só to dando o Almeida Prado (laxante) porque é mais barato." (M13).

As prioridades de quem convive diariamente com a incontinência fecal são bem diferentes das que acreditamos ser comum a todos. Torna-se mais fácil faltar açúcar e café em casa do que faltar fralda descartável (PURCARU, 2014).

Tratando-se a maioria das famílias atendidas no NETIIF, de famílias humildes de baixa renda o esforço para conseguir o necessário para o tratamento dos filhos é rotineiro. Algumas mães reclamam da dificuldade em inserir a alimentação adequada às crianças, pois as mesmas se negam ou fazem a ingestão de outros componentes às escondidas: "Toda a alimentação dela tem que ser integral, quando não come direito não defeca. [...], às vezes, quando não estou em casa, ela come escondida, mas aí converso com ela e explico que não pode ser assim." (M12).

As refeições devem ser zonas livres de estresse, sem repreensões, todo estresse ativa nervos que bloqueiam nossa digestão, fazendo não apenas com que retiremos menos energia dos alimentos, mas também com que precisemos mais tempo para digeri-los e, assim, sobrecarregamos o intestino (ENDERS, 2015).

A partir da compreensão que o comportamento da criança é reflexo do contexto que a rodeia, sabemos que as mudanças alimentares devem envolver a todos os indivíduos da casa; o fato se estende para os irmãos, para que não haja um retrocesso no tratamento, que é uma experiência necessária, mas dolorosa para o incontinente e à sua família, em especial à mãe.

## CONCLUSÃO

A família, primeiro grupo social no qual convivemos é afetada pelo stress e o impacto ocasionado pelo diagnóstico e tratamento das doenças crônicas na infância. Ao aprofundarmos no contexto da dinâmica familiar de crianças com IF, constatamos que além de repercutir na vida da criança, essa condição patológica gera ansiedade e angústia aos genitores. Além das condições socioeconômicas que são muito precárias dificultando a assistência necessária a criança incontinente.

Portanto, a promoção da saúde visa à participação social no processo de capacitação das pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, assim como, a elaboração de projetos, programas e documentos. Diante disso a família do incontinente deverá ser emponderada quanto ao cuidado à criança, sob a perspectiva da prevenção, promoção e na recuperação da saúde.

Portanto, espera-se, sobretudo, que os gestores dos outros municípios, assim como os educadores que tem contato direto com essas famílias, se sensibilizem para a causa, vejam o sofrimento transcorrido por esses núcleos, que se reflita em uma nova política para potencializar a qualidade da assistência prestada a essas crianças. Para que dessa forma possa amenizar os estigmas que os circundam, que o fato de uma criança ser diagnosticada com IF não seja sinônimo de atraso nas atividades escolares em tempo hábil, fator estressor para as mães e baixa estima para as crianças.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, FA. SABATÉS, AL. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. São Paulo: Manole, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de Dez/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília; 2012.

COLARES, J.H.F. **Qualidade de vida de crianças com incontinência fecal submetidas ao programa manejo do colón**. 71f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2014.

- ENDERS, G. **The discreet charm of the intestine**. Trad: O Discreto Charme do Intestino. 3.<sup>a</sup> Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2015.
- FIGUEIREDO, S.V.; SOUSA, A.C.C.; GOMES, I.L.V. Children with special health needs and family: implications for Nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem** 69.1, p. 88-95, 2016.
- LEVITT, M.A. et al. Anorectal malformations. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, Cincinnati, p. 2-33, 26 jul. 2007.
- MARTINS, E.M.C.S et al. **Vivência de mães no cuidado à criança diabética tipo 1**. 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11791>.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4a edição, São Paulo: Atlas, 2001.
- MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
- PURCARU, M. **Incontinência fecal na infância: narrativa da mãe**. 81f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2014.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## TRABALHANDO O CONSUMO DE ALIMENTOS IN NATURAS NA FEIRA LIVRE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Eliane Mara Viana Henriques<sup>1\*</sup> (PQ), Luana Vieira de Oliveira<sup>2</sup> (IC), Yasmim Matos Bezerra<sup>2</sup> (IC), Patrícia Candido Alves<sup>3</sup> (PG), Virginia Maria de Oliveira Guerra<sup>4</sup>(PQ), Nathálya Ellen Mota Felix<sup>5</sup>(IC)**

1. *Doutoranda do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva da UECE/Professora Pesquisadora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)*

2. *Nutricionista. Fortaleza-Ceará-Brasil*

3. *Pos Graduada -Mestrado acadêmico em saúde coletiva (UECE)*

4. *Professora Pesquisadora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)*

5. *Estudante de graduação de Nutrição*

E-mail: [elianemara@unifor.br](mailto:elianemara@unifor.br)

Palavras-chave: *Relato de experiência. Feira livre. Consumo de alimentos.*

### INTRODUÇÃO

O Brasil vem enfrentando aumento expressivo no número de pessoas diagnosticadas com doenças crônicas não transmissíveis. A qualidade dos alimentos e a alimentação saudável são de grande importância para combater e minimizar os sintomas dessas doenças. Para se ter uma alimentação saudável é necessário consumir alimentos que garantam a segurança alimentar (GALLINA; BORSOI; STANGA, 2009). A partir de 2004, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) elaborou o conceito utilizado no Brasil:

Segurança alimentar e nutricional é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (CONSEA, 2004).

A 2ª diretriz do Plano Nacional de Segurança Alimentar visa a “Promoção do abastecimento e estruturação de sistemas descentralizados, de base agroecológica e sustentáveis de produção, extração, processamento e distribuição de alimentos”, onde descreve a importância da agricultura familiar na segurança alimentar e nutricional no Brasil, contribuindo para o abastecimento alimentar e na estabilidade do país em momentos de crise dos preços de alimentos. O percentual de gastos das famílias com alimentação e o comportamento dos preços dos alimentos são exemplos de indicadores que devem ser levados em consideração, visto que o aumento da comercialização de frutas e hortaliças, é um indicador positivo considerando a importância desses alimentos para uma dieta adequada e saudável (BRASIL, 2014).

As feiras livres são consideradas a forma mais antiga e tradicional de comercialização de produtos agropecuários ou hortifrutigranjeiros, promovendo o desenvolvimento econômico e social. Surgiram com a pretensão de comercializar frutas, legumes e verduras frescas com preços acessíveis. (NICOLAU, 2016). A feira livre atrai milhares de consumidores até os dias de hoje por ofertar produtos diferenciados, por serem produzidos de maneira quase artesanal e ser comercializado de uma forma que estabelece uma relação de amizade e confiança entre comerciantes e clientes (SALES; REZENDE; SETTE, 2011).

Muitos consumidores preferem comprar produtos nas feiras livres por encontrarem gêneros que atendam todas as características desejáveis. A feira livre no Brasil constitui modalidade de mercado varejista ao ar livre, de periodicidade semanal, organizada como serviço de utilidade pública pela municipalidade e voltada para a distribuição local de gêneros alimentícios e produtos (GALLINA; BORSOI; STANGA, 2009).

Por outro lado, sabe-se que a escolha alimentar (individual) é um ato enigmático, que, além de satisfazer as necessidades biológicas, é também fonte de prazer, de socialização, de memória e expressão cultural. Diferente dos animais, o homem civilizado come não apenas porque sente fome, mas também porque sente prazer. E esse prazer abre caminhos para novos desejos, novos consumos, rituais de agregação e saciedade.

Para mim, educar esse homem com o alimento como instrumento tem grande impacto no controle do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, e que a comercialização de alimentos na feira livre tem grande importância para o desenvolvimento econômico e social é fundamental incentivar o consumo de alimentos in natura comercializados nas feiras. Dessa forma, esse estudo tem como objetivo de aumentar o consumo de alimentos in natura dos clientes da feira livre no bairro Tancredo Neves.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, baseado nas atividades acadêmicas do estágio de nutrição em saúde coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e profissionais da ESF, realizado na cidade de Fortaleza- CE, entre os meses de fevereiro e junho de 2017, de uma Unidade de Atenção Primária de Saúde, que abrange a população do bairro Jardim das Oliveiras, as margens da BR-116, na cidade de Fortaleza - Ce.

Inicialmente foi elaborado um plano de intervenção com ações e estratégias baseadas no diagnóstico epidemiológico do território, priorizando três equipes da estratégia de saúde da família (ESF). O referido plano contemplou ações definidas nas diretrizes da atenção básica à saúde e teve como ferramentas a clínica compartilhada e intervenções específicas do profissional nutricionista de acordo com as sete diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Especificamente para esse manuscrito serão descritas as atividades desenvolvidas com feirantes e clientes da feira livre do bairro Tancredo Neves, durante o período de março a maio de 2017.

As acadêmicas, junto com alguns profissionais realizaram três visitas a feira nas quais foram utilizados: diário de campo para anotação das observações e impressões, um questionário, elaborado pelas acadêmicas, para feirantes e clientes acerca do consumo e comercialização dos produtos e materiais educativos utilizados durante as atividades de incentivo ao consumo de alimentos in natura (frutas verduras e legumes) .

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades aconteceram nos meses de março a junho de 2017 no turno da manhã, na feira livre do Tancredo Neves, próximo a Unidade Básica de Saúde. Foram realizadas três atividades descritas a seguir:

- 1) Primeira Visita, dia 9 de março de 2017: Reconhecimento dos produtos comercializados pelos feirantes e os alimentos mais consumidos pela população.

Com o objetivo de conhecer o consumo de frutas, legumes e verduras consumidos pela população, inicialmente foi aplicado um questionário com os feirantes e clientes. Os questionários continham perguntas semelhantes à cerca do consumo de frutas, legumes e verduras mais comercializados e consumidos pela população. A ideia dessa visita era conhecermos também o espaço, interesse dos feirantes e as principais necessidades deles para elaboração das atividades educativas. Para tanto, foram observados o espaço físico, organização das barracas e registrado os alimentos mais consumidos pela população. Podemos observar que o ambiente dispunha de uma grande variedade de produtos, alimentos de boa qualidade para consumo, mas as condições de higiene eram bastante precárias, dada a presença de resíduos sólidos dispostos nas vias de acesso às barracas causando desconforto, expõe os alimentos à vetores de doenças como mosquitos e cães, além de gerar forte mau cheiro, o que desestimula o consumo.

Apesar da carência de conhecimento e práticas sanitárias observadas nessa primeira visita optamos por manter o objetivo inicial de trabalhar nas atividades posteriores o incentivo do consumo de alimentos in naturas.

A partir dos resultados obtidos nos questionários, observamos que o consumo dessa clientela está relacionado ao preço dos produtos, conhecimento dos alimentos tanto do valor nutricional como na forma de preparo como pode ser visualizado no quadro I

Quadro I – Descrição das preferências de consumo de frutas, verduras e legumes segundo opinião dos feirantes e clientes. Fortaleza-CE, 2017.

Questionamentos sobre consumo	Respostas	
	Comerciantes	Clientes
Principais frutas consumidas	33% abacaxi, 67% laranja, 33% abacate, 67% goiaba, 67% mamão, 33% banana, 33% uva, 33% pera, 33% maçã e 33% ameixa.	33% uva, 33% ciriguela, 67% banana, 33% mamão, 67% melão, 33% maçã, 33% laranja.
Principais legumes e verduras consumidos	50% cebola, 50% tomate, 25% pimentão, 25% alface, 25% alho poró, 25% couve manteiga e 25% cebolinha.	50% cheiro-verde, 50% alface, 50% tomate, 50% cebola, 50% pimentão e 50% repolho.

Segundo Gomes (2007), o aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras tem sido um dos principais desafios da atualidade para a saúde pública. Há uma série de razões, diferenciadas entre as populações, que levam ao não-consumo de frutas, legumes e verduras, entre essas razões podemos citar o preço, conveniência e sabor, dado semelhante encontrado nesse trabalho.

Por outro lado, sabe-se que a baixa ingestão de frutas, legumes e verduras está entre os 10 principais fatores de risco que contribuem para mortalidade no mundo, aumentando o risco de doenças crônicas não transmissíveis e alguns tipos de câncer. Além disso, a escassez desses alimentos pode provocar deficiências de vitaminas e minerais, constipação intestinal e, indiretamente, excesso de peso (WHO, 2002).

## 2) Segunda Visita, dia 5 de maio de 2017: Demonstrando o valor nutricional dos alimentos

A ideia dessa visita era incentivar o consumo de frutas, legumes e verduras mostrando seus benefícios, para que os alimentos ultraprocessados fossem substituído por alimentos in natura. Para essa atividade, as acadêmicas elaboraram um material educativo (placas em tamanho A3), que dispunha de informações nutricionais dos alimentos tais como: como selecionar para compra; importância para saúde e a fonte das principais vitaminas e minerais. Optou-se para essa divulgação os produtos com moderado e baixo consumo por parte da população: abacate, abacaxi, banana, beterraba, cenoura, laranja, maçã, mamão, maracujá, melancia, quiabo, repolho e tomate.

As placas foram fixadas nas barracas no início da feira e no final da manhã. Foi investigado a quantidade de alimentos trazidos para comercialização, quantidade comercializada e os feirantes percebiam interesse dos clientes pelas informações trazidas nas placas e se o feirante achava que os clientes compreenderam a mensagem, e por último investigou-se se a venda do produto tinha aumento.

O principal resultado observado, foi o interesse da totalidade dos feirantes em conhecer as informações nutricionais dos alimentos. Foi sugerida a elaboração de uma cartilha para os feirantes com essas informações nutricionais. Também foi solicitada a inclusão de novos alimentos tais como: uva, goiaba, pera, milho, cebola e batata doce.

Outro dado importante, foi o aumento do consumo de algumas frutas, antes não citadas pelos consumidores. Observada pela afirmação de 60% dos feirantes que houve aumento do consumo de frutas verduras e legumes, após a fixação das placas. Quando inqueridos sobre o interesse dos clientes, 90% considerou que os clientes manifestaram interesse em ler o material e a totalidade entendeu as mensagens.

Com objetivo de aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção da saúde por meio da manutenção do peso saudável e de uma vida ativa; além de modificar atitudes sobre alimentação, prática de atividade física e prevenir o excesso de peso o Ministério da Saúde criou os 10 Passos para a Alimentação Saudável, trata-se de um material de prevenção de doenças crônicas para grupos populacionais. E necessário o uso e prática de tal material, visto que no Brasil o sobrepeso e a obesidade vêm crescendo aceleradamente (VINHOLES; ASSUNÇÃO; NEUTZLING, 2009).

## 3) Terceira visita, dia 1 de junho de 2017: Avaliando o interesse da população.

Para o último dia de visita na feira foi elaborado mais placas dos seguintes alimentos: uva, goiaba, pera, milho, cebola e batata doce. Após anexarmos todas as placas nas barracas, aplicamos um novo questionário para clientes (Quadro 2), com o objetivo conhecer o interesse dos consumidores pelas informações nutricionais. Como solicitado, foi elaborado também um livreto intitulado "Vitaminas e Minerais: onde encontrar?", exclusivo para feirantes, onde continha informações de onde encontrar vitaminas e minerais nos alimentos in natura, pois percebemos o interesse deles em conhecer mais sobre os produtos que comercializavam, o livreto foi entregue ao final da visita.

Através dos resultados mostrados no Quadro 2, observamos que as pessoas estão interessadas em conhecer os benefícios dos alimentos in natura, porém são muito atarefadas no período da manhã, vão a feira apenas com o objetivo de comprar os produtos desejados.

Quadro 2. Descrição dos resultados do questionário aplicado aos consumidores da feira livre. Fortaleza-CE, 2017.

Perguntas	Resposta
1.Você viu as placas, SIM ou NÃO?	62,5% Sim, 37,5% Não.
2.Você entendeu a mensagem da placa, SIM ou NÃO?	12,5% Sim, 87,5% Não.
3. Aumentou o seu interesse em consumir os alimentos descritos nas placas, SIM ou NÃO?	12,5% Sim, 87,5% Não.
4.Você tem interesse em conhecer outro alimento?	87,5% Sim, 12,5% Não.



Verificou-se durante o trabalho que feirantes e clientes se sentiram envolvidas no processo de aprendizagem, por isso, o trabalho foi mais do que uma transferência, pura e simples, de informações técnicas. Pode-se dizer, ainda, que durante a execução das visitas notou-se um ambiente descontraído e propício à discussão e aprendizagem.

Observou-se completo envolvimento dos feirantes, sempre se mostrando prestativos em responder as perguntas e disponibilizando o local para expor o material educativo. As respostas eram bastante positivas e observávamos bastante interesse e dedicação por parte dos participantes. No segundo dia de visita, ao chegarmos em uma barraca ouvimos um feirante falando: “melancia é antioxidante, anti-inflamatório e cicatrizante”, informações essas que ele aprendeu através das placas anexadas em sua barraca. No terceiro e último dia uma feirante comentou “Esse trabalho de vocês é muito bom, estão de parabéns” e nos presenteou com maçãs, uvas, goiabas e bananas.

A atividade em grupo pode ser uma ferramenta importante no processo de ensino-aprendizagem da alimentação saudável. Nesses ambientes as pessoas têm a oportunidade de compreender que outras pessoas possuem dificuldades semelhantes para incorporar as orientações nutricionais. Essa interação amplia o nível de conhecimento do indivíduo, visto que permite o compartilhamento de experiências, a ampliação de saberes e a transformação da realidade (AFONSO, 2000).

Por fim, essa atividade lúdica se revelou uma importante estratégia de educação no campo da alimentação e nutrição. As atividades educativas nas feiras livres podem contribuir para assimilação e aplicação do conhecimento no cotidiano a partir da prática e do envolvimento emocional das pessoas com a temática proposta.

## CONCLUSÃO

Trabalhar com materiais educativos na feira livre, mostraram ser uma estratégia efetiva para a promoção de hábitos alimentares saudáveis. Essa ação favoreceu a aplicação do conhecimento teórico na prática e permitiu uma provável transformação dos hábitos alimentares a partir do conhecimento dos benefícios dos produtos in natura.

Pondera-se que a interação entre as pessoas facilitou o aprendizado. Orientar por meio de atividades educativas é uma forma de interagir com os anseios das pessoas e oferecer atenção, e não somente a informação. A prática permitiu que as pessoas conversassem entre si e com as pesquisadoras, tornando a informação personalizada, o que provavelmente possibilitou a aplicação do conteúdo no cotidiano.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, L. **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Belo Horizonte: Campo Social, 2000.

BRASIL, Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: PLASAN 2012/2015**. Brasília: CAISAN, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 156p.

\_\_\_\_\_. **Na cozinha com as frutas, legumes e verduras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 118p.

BRASIL. CONSEA, Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Princípios e diretrizes para uma política nacional de segurança alimentar**. Brasília: CONSEA, 2004.

GALLINA, Luciana S.; BORSOI, Aline T.; STANGA, Priscila. **PRÁTICAS ALIMENTARES DE CONSUMIDORES DE FEIRAS DE HORTIFRUTIGRANJEIROS NA PERSPECTIVA DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**, Chapecó-SC, p.1-10, 2009.

GOMES, Fabio da Silva. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 20, n. 6, p.669-680, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732007000600009>. Acesso 26abril2107.

NICOLAU, Josefa Patrícia Balduino. **IMPORTÂNCIA CULTURAL DA FEIRA LIVRE PARA A POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PICUÍ-PB**, Picuí-PB, p.1-8, 2016.

SALES, Aline Pereira; REZENDE, Liviane Tourino; SETTE, Ricardo de Souza. **NEGÓCIO FEIRA LIVRE: UM ESTUDO EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS. III Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho**, João Pessoa-PB, p.1-15, 2011.

VINHOLE, Daniele Botelho; ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso; NEUTZLING, Marilda Borges. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.791- 799, 2009.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos feirantes que participaram da pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Fernanda Aline Rodrigues dos Santos<sup>1\*</sup>, Maria Priscila Oliveira da Silva<sup>2</sup>, Willy Marcos Alves de Andrade<sup>2</sup>, Luiza Helena Holanda de Lima Silva<sup>2</sup>, Joel Rodrigues da Silva<sup>2</sup>, Natasha Marques Frota<sup>3</sup>.**

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

2. Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

3. Orientadora. Doutora. Enfermeira. Professora Auxiliar III do Centro Universitário Estácio do Ceará. Palavras.

E-mail: fer\_nande@hotmail.com

chave: Promoção da Saúde, Envelhecimento, Idoso, Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento é definido como um processo progressivo, no qual ocorrem alterações biológicas, funcionais, psicológicas que com o passar do tempo tendem a determinar uma acentuada perda da capacidade que o indivíduo possui de se adaptar ao meio ambiente, resultando em uma maior fragilidade aumentando a incidência de doenças que acabam por levá-lo a morte. A pessoa idosa na maioria das vezes é assim definida quando completa 60 anos, independente de como ela está fisicamente ou psicologicamente. No entanto a idade e o envelhecimento possuem vários significados que vão além da quantidade de anos que se vive (OLIVEIRA et al., 2014)

O processo de envelhecimento é caracterizado por mudanças, as quais podem ser traduzidas em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade e da probabilidade de morte. Este processo exige uma adaptação às novas condições de vida, um reposicionamento social e aprendizagem para usar o tempo livre, além de modificação na maneira de se situar e agir (GUIMARÃES et al., 2012).

O envelhecimento faz parte do relógio biológico de todos os seres vivos, seja ele humano ou não, e provoca diversas mudanças no organismo que devem ser encaradas como um processo natural. Contudo o decréscimo das funções fisiológicas e a resistência desse organismo devido à idade avançada causam transtornos que podem ser amenizados com a promoção à saúde desde a infância, transcorrendo pela idade adulta, para que não cause tanto impacto quando a senilidade chegar (SANTOS et al., 2014).

A população idosa no Brasil cresce a cada ano, no início da década de 2010, essa população somava aproximadamente 21 milhões de habitantes e a perspectiva é que em 2025 o Brasil esteja ocupando a sexta posição entre os países com maior contingente de pessoas da terceira idade, alcançando 32 milhões de habitantes, com uma expectativa de vida de 74 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (IBGE, 2010).

A qualidade de vida tem um papel de destaque no envelhecimento saudável, e a enfermagem pode e deve atuar com foco da ação do cuidar, favorecendo o indivíduo o desenvolvimento da sua independência, autonomia, autocuidado, autoestima. É nesta conjuntura e por lidar e acompanhar diretamente o paciente, seja ele nas Unidades Básicas de Saúde como também nos hospitais, que o enfermeiro deve priorizar o trabalho educativo e preventivo, pois é com a chegada da senilidade que se instalam as principais doenças crônicas e não transmissíveis, como diabetes mellitus e hipertensão arterial, que poderiam ter sido evitadas se fossem trabalhadas durante toda a vida. (OMS, 2005).

Com a consciência de finitude, novas atitudes e mudanças de hábitos auxiliam no processo de envelhecimento. Nomeadamente na atividade física, tem-se um importante recurso para minimizar as perdas provocadas por este processo, podendo aumentar ou manter a aptidão física da população idosa, potencializando o bem-estar funcional e melhorando sua qualidade de vida, que está definitivamente ligada ao grau de satisfação do indivíduo em todos os sentidos da vida pessoal (GUIMARÃES et al., 2012).

Considerando que a essência da Enfermagem é o cuidado com o ser humano, o profissional dessa área tem papel de fundamental importância nesse processo em relação ao paciente que se encontra sob seus cuidados. Ressalte-se que a função do profissional de Enfermagem é a de ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo suas capacidades funcionais, independentemente de seu estado de saúde e de sua idade (DIAS et al., 2014).

No caso da população idosa, esta apresenta demandas em relação aos demais grupos etários e precisa dos serviços de saúde com mais frequência por um período longo de tempo. Por essa razão, os profissionais de enfermagem devem estar aptos a desenvolver atitudes efetivas e de impacto na atenção à saúde desse grupo populacional (DIAS et al., 2014).

Diante disso, é imposto ao Brasil, enquanto país em desenvolvimento, o lidar com uma carga diferenciada de fatores ocasionadores do adoecimento. Mendes (2010) refere que a atual situação epidemiológica brasileira encontra-se com uma tripla carga de doenças, pois envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o forte crescimento das causas externas; e o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse, e a alimentação inadequada (BRITO et al., 2013).

Assim, a elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas somada à decorrência de pluripatogenia (evidência de mais de uma doença concomitante) e à carência de respostas mais coerentes dos sistemas de saúde, uma vez que estes, de acordo com Mendes (2010), são as respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Logo, um envelhecimento bem-sucedido não depende apenas das políticas públicas de saúde, mas o setor saúde deve estar preparado para dar respostas nos campos da prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas (BRITO et al., 2013).

Cumprir assinalar que o cuidado direcionado à pessoa idosa, é uma temática de grande relevância para o campo da Enfermagem, em particular para a prática assistencial com vistas a promoção da saúde desta clientela. Logo, é sobremaneira importante desenvolver atividades que busquem socializar o idoso, sejam de grande relevância para o processo de envelhecimento. Ante o exposto, o presente estudo tem o objetivo de relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem em uma atividade educativa sobre o envelhecimento saudável.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido em uma Instituição de Ensino Privado, no município de Maracanaú – Ceará. O público alvo foram 110 idosos convidados pela instituição, em comemoração ao dia dos avôs. Ocorreu no mês de outubro de 2016. O material utilizado foi: um álbum seriado construído com cartolinas e desenhos ilustrativos feitos manualmente, seguindo como modelo a Cartilha do Profissional de Saúde – Promoção do Envelhecimento Saudável, do Ministério da Saúde (2009). E com intuito de tornar a abordagem do tema lúdico e divertido para melhor compreensão. Respeitaram-se os aspectos éticos e legais conforme a resolução 466/12 do CONEP.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foi realizada educação em saúde, sobre o envelhecimento saudável para um grupo de idosos, onde utilizou-se o direcionamento para o auto cuidado e o controle das complicações relacionadas as doenças crônicas. Durante a realização da atividade foi utilizada uma cartilha a apresentada em forma de álbum seriado, mostrando e explicando cada passo de se obter um bom envelhecimento. Os discentes abordaram a temática de forma ilustrativa, com uma linguagem clara e objetiva, contribuindo com o autocuidado e fácil entendimento dos idosos, proporcionando um olhar mais atencioso ao modo de envelhecer, contribuindo com a autoestima e favorecendo a promoção da saúde. Iniciou-se a atividade com aferição de pressão arterial e orientações sobre as doenças crônicas mais acometidas nos idosos, como: Diabetes Mellitus, Hipertensão, Osteoporose e entre outras que surgiram no momento, e o uso correto das medicações corretas de cada uma.

No segundo momento reuniu-se todos os idosos convidados para a educação em saúde, falando do passo a passo para o bom e saudável envelhecimento. Com o decorrer da atividade abordamos as dicas da cartilha, assuntos foram: Atitude não tem idade; Mantenha-se atento à sua saúde; Tenha uma alimentação colorida e saudável; Equilibre se orçamento; Procure ter boas noites de sono; Evite os acidentes domésticos; Procure manter uma vida sexual ativa; Cultive sua espiritualidade. Dando continuidade com o terceiro momento, sendo possível tirar dúvidas e fixa a atividade com uma dinâmica em grupo, o verdadeiro ou falso com placas. E para finalizar atividade com os idosos, os profissionais de educação física e os acadêmicos de enfermagem elaboram uma sequência de exercícios físicos para o fortalecimento do tônus muscular. A qualidade de vida apresenta-se nesse processo como fator fundamental para gerar o envelhecimento saudável, sendo esse elemento resultante de uma interação multidimensional que perpassa na sua saúde física e mental, na percepção que este indivíduo tem em relação a sua posição na vida, no contexto cultural que ele está inserido, nos valores morais que ele acredita; no apoio familiar que lhe é dispensado e na sua independência financeira (GOMES, 2013).

O conceito da Organização Mundial da Saúde para envelhecimento saudável, como sendo o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida em pessoas mais velhas, é também contextualizado dentre a produção científica brasileira. Entende-se por qualidade de vida a percepção do sujeito em relação à vida dentro do contexto da cultura e do sistema de valores no qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (GOMES, 2013).

A adoção de programas de promoção da saúde voltados para o envelhecimento saudável representa uma estratégia eficaz para a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos idosos, dessa forma os programas

para a terceira idade são realizados para que se possa avaliar o valor dessas ações na promoção da saúde do envelhecimento e, com isso, assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecer saudável, pois o estilo de vida saudável e prática regular de atividade física podem ajudar a reduzir a ocorrência de problemas de saúde (GOMES, 2013).

Pensar na velhice muitas vezes lhe remete a ideia de impotência, invalidez e finitude. A enfermagem como ciência especializada no cuidar surge com a perspectiva de não só desmistificar esse assunto, mas de promover a conscientização de que o processo de amadurecimento torna-se sadio à medida que o indivíduo adota um estilo de vida saudável e entende que o fato de envelhecer não o priva de exercer suas atividades (SANTOS et al., 2014).

O envelhecimento tem gerenciado, principalmente no cenário da produção científica, a busca por qualidade de vida associada à longevidade. Verifica-se que o tema tem sido mais explorado na área de saúde devido à explosão demográfica no mundo, em especial em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil, que envelhece dentro do contexto das desigualdades sociais (COMBINATO, 2013).

A ideia atual de saúde está associada a sentir-se bem e feliz, trocar experiências e vivências com o outro. Por meio dos relatos dos idosos participantes dos Grupos de Promoção de Saúde, entende-se que as pessoas que constroem esses grupos e as equipes de saúde em conjunto com a comunidade apresentam uma visão ampliada da saúde, na medida em que organizam e realizam esses grupos de acordo com as necessidades apresentadas pela comunidade.<sup>26</sup> A saúde precisa ser vista de forma mais abrangente tendo em vista resultados de trabalhos interdisciplinares e multiprofissionais de promoção e proteção à saúde (DARVIM, 2013).

A maioria dos estudos analisados apresentava a compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não patológico, sendo um processo vital até certo modo modificável. Trabalhar com o enfoque do envelhecimento saudável prevê, antes de tudo, a visualização e a defesa da pessoa idosa na família e na sociedade, de modo participativo, construtivo e envolvendo a inclusão social em todos os aspectos. Essa é uma das importantes missões daqueles que se dedicam à proposta da atenção básica resolutive integral e humanizada. Não se deve aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas sim, que esse ser humano tenha garantida uma vida com qualidade, felicidade, ativa participação em seu meio e inserção social (ROCHA, 2012).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a apresentação para esta clientela nos proporcionou uma experiência incrível como profissionais educadores em saúde, e que, de fato, a transmissão de conhecimentos em saúde é imprescindível na saúde coletiva, nos proporcionando também grandes aprendizados. Além disso, é notório que a educação em saúde é uma das principais ferramentas utilizada na saúde coletiva, e em especial pelo profissional enfermeiro, o que tem acarretado mudanças significativas em regiões de epidemias a partir da conscientização da população, embasando, assim, sua grande importância. Espera-se que a experiência vivenciada pelos acadêmicos de enfermagem possa despertar cada vez mais o interesse dos profissionais da saúde para atividades educativas em relação a saúde do idoso.

## REFERÊNCIA

Brito, M.C.C.; Freitas, C.A.S.L.; Mesquita, K.O.; Lima, G.K. Envelhecimento populacional e desafios para a saúde pública: Análise da Produção Científica. *Revista Rairós Gerontologia*, São Paulo, v. 16, n.3, p.161- 178, Junho, 2013

Combinato D.S., Vecchia M.D., Lopes E.G., Manoel R.A., Marino H.D., Oliveira A.C.S. et al. "Grupos de conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. *Psicologia e Sociedade*; v.22 n.(3):p.558-68.2013.

Davim R.M.B., Araújo M.G.S., Nunes V.M.A., Alchieri J.C., Silva R.A.R., Carvalho C.F.S. Aspectos relacionados ao envelhecimento humano saudável. *Rev enferm UFPE online [Internet]*. 2010[cited 2017 agosto 26]; v.4 (spe):p.1961-967. Available from:[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1506/pdf\\_256](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1506/pdf_256)

Dias, K.C.O.; Lopes, M.E.L.; Zaccara, A.A.L.; Duarte, M.C.S.; Morais, G.S.N.; Vasconcelos, M.F. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: Revisão Integrativa. *Rev Enferm UFPE online*, v. 8, n. 5, p. 1337-46, Maio. 2014

Guimarães, A.A.C.; Scotti, A.V; Soares, A.; Fernandes, S.; Machado, Z. Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idoso praticantes e não praticantes de atividade física. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 661-670, Out-Dez, 2012.

Gomes J.C.P., Burns G.F.P., Coelho G.F., Costa, P.N., Aroeira K.P., Endringer D.C. Estudo comparativo entre hábitos vocais, sedentarismo e qualidade de vida em idosos frequentadores da unidade de saúde vila nova. Revista Espaço para a Saúde.v;13 n. (1):p. 18-28.2013.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro 2010 [acesso em 02 de ago. 2017]; 27. Disponível em:[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoi s2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoi s2010/SIS_2010.pdf)

OLIVEIRA, N.S.; SOUZA, T.S.; ALENCAR, F.S.; OLIVEIRA, G.L.; FERREIRA, N.B.; ALENCAR, J.S.

Percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento. Id on Line Revista de Psicologia, vol.8, n.22, p. 49-83, Fev. 2014.

Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / WHO; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. [Acesso em 02 de ago. 2017] Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)

Rocha M.A.M. Envelhecimento saudável através de intervenção psicopedagógica, com enfoque neuropsicológico. Construção psicopedagógica [Internet]. 2012 [cited 2017 Agos 25]; v.20 n.(20): p.65-73. Available from:[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pi d=S1415-69542012000100007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pi d=S1415-69542012000100007&script=sci_arttext)

SANTOS, A.A.P; MONTEIRO, E.K.R; PÓUDAS, F.T.X; LIMA, L.P.M; SILVA, F.C.L. O papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável. Londrina, v. 15, n. 12, p. 21-28, jun.2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus, aos participantes da atividade, a Prof.<sup>a</sup> Natasha Marques Frota e a Coordenadora da Instituição pela dedicação e incentivo à pesquisa, permitindo a realização do presente trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DA SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Priscila Oliveira da Silva<sup>1</sup>, Fernanda Aline Rodrigues dos Santos<sup>2</sup>, Luiza Helena Holanda de Lima Silva<sup>3</sup>, Willy Marcos Alves de Andrade<sup>4</sup>, Cinthia Maria Rodrigues Araújo<sup>4</sup>, Thais Marques Lima<sup>5</sup>.

1. Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

2. Orientadora. Doutora. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

E-mail: mari\_pris@outlook.com

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Tuberculose, Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma patologia infectocontagiosa que atinge o parênquima pulmonar. Seu agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido como Bacilo de Koch. O período de incubação varia de 4 a 12 meses após a infecção inicial. A transmissão ocorre de pessoa a pessoa de forma direta pelo ar, fala espirro ou tosse. O doente com tuberculose pulmonar (bacilífero) lança no ar diversas gotículas de vários tamanhos que contêm o bacilo, e somente os mais leves ficam suspensos no ar e atingem os bronquíolos e pulmões onde se multiplicam. Até que se inicie o tratamento este indivíduo bacilífero permanece transmitindo o bacilo, contaminando assim outras pessoas, essa transmissão só cessa após 15 dias de tratamento medicamentoso (RIBEIRO et al,2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a carga de TB no mundo é responsabilidade de um grupo de 22 países que correspondem a 80% dos casos. Em número de casos novos o Brasil é o 19º país do mundo, em relação à incidência da doença ele é considerado o 108º país do mundo. Foram notificados 70.997 casos novos de TB, com incidência de 37,7 casos a cada 100.000 habitantes. Pesquisas demonstram que 14% dos doentes de TB também possuem o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e mesmo que a tuberculose seja uma patologia curável, ainda são detectados 8.400 casos de morte no país. Por isso o Brasil passou a adotar metas internacionais para detectar 70% de casos novos e alcançar a cura de 85% dos casos detectados (RIBEIRO et al,2013).

A Tuberculose é contraída pelo trato respiratório, a lesão se dá nos bronquíolos ou nos alvéolos, onde os bacilos ao entrarem em contato a primeira vez com o organismo (primo-infecção) são fagocitados por neutrófilos e macrófagos, o que desencadeia uma resposta inflamatória do sistema imune. Os Bacilos se desenvolvem nas células fagocíticas e são transportadas pela corrente sanguínea e linfonodos a outras partes do corpo. Após o contato inicial, a infecção ocorre entre 2 e 10 semanas. Essa infecção inicial causa lesões secretivas, onde líquido e leucócitos cercam o Bacilo, formando uma parede na tentativa de cessar o crescimento do microrganismo (NOGUEIRA et al,2012).

Todas as pessoas que apresentam tosse por período igual ou superior a 3 semanas são consideradas sintomáticos respiratórios, por isso a equipe multiprofissional do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT), principalmente o enfermeiro, que é o profissional que acolhe o paciente deve realizar uma consulta de enfermagem, com anamnese geral, coletar dados epidemiológicos, baciloscopia de escarro que é o exame que define o diagnóstico, pode solicitar exames complementares como o raios-x de tórax e a prova tuberculínica, realizada com o Protéico Purificado do Bacilo de Koch (PPD) (RIBEIRO et al,2013).

O Ministério da Saúde preconiza a implantação dos DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração) para controle da doença e visa realizar um diagnóstico efetivo, tratamento e monitoramento dos casos de TB e o tratamento supervisionado (Nogueira et al,2012). Esta estratégia tem sido utilizada em vários serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). As equipes de saúde têm um papel muito importante junto ao doente, pois ao adotarem as medidas necessárias criam vínculo aumentando a probabilidade de cura (NOGUEIRA et al,2012).

Em se tratando do empoderamento dos doentes por TB, como estratégia para o controle da doença, ressalta-se a importância da educação em saúde, como um ato político, capaz de promover o diálogo entre profissionais de saúde e usuários, a autonomia cidadã e o incentivo a uma postura ativa desses sujeitos em seus ambientes políticos e sociais. O problema que se observa na prática das equipes de Saúde da Família recai sobre a abordagem de uma educação em saúde reducionista, na qual se encontram cristalizados processos de trabalho pouco capazes de mobilizar a participação de comunidades em seus contextos, para além de participações em eventos pontuais, como datas comemorativas. Na literatura científica sobre educação em saúde e TB, observa-se que as ações desenvolvidas por profissionais de saúde são, predominantemente, prescritivas, restritas à mudança de comportamento individual. Embora se reconheça a existência de políticas que fundamentam a educação em



saúde sob uma concepção transformadora, prevalecem práticas calcadas na educação sanitária, segundo técnicas que reforçam o biopoder, a exemplo de palestras, e fortalecem o modelo biomédico (SÁ et al,2013).

A assistência de Enfermagem na saúde está voltada para ação ou medida de controle para melhorar a qualidade de vida do indivíduo, promovendo sua recuperação, de forma a reintegrá-lo ao convívio familiar e social. As ações de enfermagem ao portador de Tuberculose têm como objetivo estimular o paciente a aderir ao esquema terapêutico para evitar sua transmissão e obter sua cura, como também educá-lo quanto ao conhecimento da doença, orientando para controlar a disseminação da infecção (BEZERRA et al,2014).

O enfermeiro possui um papel de suma importância no cuidado do paciente com tuberculose e de sua família, o qual inclui avaliar a capacidade do paciente para continuar a terapia. Em casa, instruindo o paciente e a família sobre os procedimentos de controle da infecção. Investigar a adesão do paciente ao regime medicamentoso, sendo essencial por causa do risco de desempenhar as cepas resistentes do bacilo da tuberculose, caso as medicações não seja seguido adequadamente. Entretanto referenciar para um serviço de saúde quando o paciente não aderir ao regime medicamentoso (BEZERRA et al,2014).

Diante do supracitado, este trabalho tem como relevância proporcionar dados inerentes aos conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem e dos usuários do sistema único de saúde (SUS), direcionando a realização de educação permanente, bem como a utilização de um material educativo, contribuindo para o tratamento e prevenção da tuberculose. Assim, o objetivo desse presente estudo foi relatar a experiências de uma educação e saúde sobre tuberculose.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido em uma unidade de atenção primária de saúde no município de Fortaleza – CE, durante a disciplina prática de Estágio Supervisionado I, Saúde Coletiva – Graduação de Enfermagem. O público alvo foram 10 usuários do serviço de saúde que aguardavam na sala de espera pelo acolhimento com a enfermeira da unidade. Ocorreu no mês de abril 2017. O material utilizado foi: um álbum seriado construído com cartolinas e a cartilha impressa colorida em folha A4, seguindo como modelo o “Manual Respire Aliviado Tuberculose tem Cura” para profissionais da saúde. E com intuito de tornar a abordagem do tema lúdico e divertido para melhor compreensão. Respeitaram-se os aspectos éticos e legais conforme a resolução 466/12 do CONEP.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foi realizada uma educação em saúde sobre tuberculose. As discussões surgiram através de vários casos de Tuberculose na unidade de saúde. Durante a realização da atividade foi utilizada uma cartilha em formato de álbum seriado, mostrando e explicando o que é Tuberculose, Efeitos Adversos, Tratamento, Formas de contágios e Prevenção. Os discentes abordaram a temática de forma ilustrativa com uma linguagem clara e objetiva, trabalhando de forma lúdica para melhor entendimento. Contribuindo para esclarecer dúvidas, prevenir a doença e de fácil entendimento para os usuários do serviço de saúde, proporcionando um olhar mais atencioso a Tuberculose.

Iniciou-se a atividade com a apresentação dos acadêmicos de enfermagem e logo após os mesmos fizeram indagações sobre qual o conhecimento dos mesmos acerca da Tuberculose, como é adquirida, forma de prevenção e tratamento buscando saber qual o conhecimento prévio de cada paciente. No segundo momento foi apresentado o álbum seriado onde foi explicado passo a passo seguindo o Manual Respire Aliviado Tuberculose tem Cura, foi enfatizado também a não desanimar no tratamento, como tratar e reagir quando descobrir a doença oportunista, foi esclarecido de forma a clara e retirada as dúvidas a respeito da vacina BCG. No terceiro momento realizou-se uma dinâmica de fixação buscando aprimorar o conteúdo repassado e esclarecendo de forma dinâmica as dúvidas ainda existentes. Os usuários do serviço assimilaram e responderam a todas as perguntas.

Segundo a Política de Atenção Básica no Brasil, considera como uma das áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional, a eliminação e o controle de doenças prevalentes e de preocupação na saúde pública, como a TB. Para tanto, considera-se que o processo de trabalho das equipes da Saúde da Família deve seguir algumas características, como a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações educativas, que possam interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida (BRASIL,2010).

É necessário destacar que as práticas educativas devem ser desenvolvidas no âmbito individual e coletivo e, ainda, em todo o percurso que segue a linha do cuidado, de modo a promover cura e reabilitação por meio do processo de sensibilização, tendo no usuário um aliado e protagonista do projeto terapêutico e das mobilizações pelo direito ampliado à saúde. Orientar a prevenção de doenças e fortalecer a promoção da saúde constituem ações prioritárias das equipes da estratégia Saúde da Família. Uma das atribuições de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde é realizar ações educativas junto à clientela, bem como na comunidade (BRASIL,2010).

Em se tratando do empoderamento dos doentes por TB, como estratégia para o controle da doença, ressaltasse a importância da educação em saúde, como um ato político, capaz de promover o diálogo entre profissionais de saúde e usuários, a autonomia cidadã e o incentivo a uma postura ativa desses sujeitos em seus ambientes políticos e sociais. Sendo que as práticas de educação em saúde devem, então, marcar uma troca de afetos e conhecimentos, estabelecendo vínculos e um processo de aprendizagem mútuo, que envolve uma multiplicidade de valores, práticas, saberes e percepções de mundo (SÁ et al., 2013).

Todo profissional de saúde é um educador em potencial e pode contribuir para o diálogo e para o intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares. Desse modo, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber em saúde, que promova mudanças de hábitos e de comportamentos, utilizando-se de técnicas educativas que promovam a reflexão e a crítica (SÁ et al., 2013).

Toda ação de saúde é considerada ação educativa. Admite-se que o processo de promoção- prevenção – cura - reabilitação é também um processo pedagógico, considerando que, nessa relação, profissional de saúde e usuário aprendem e ensinam, o que pode favorecer as mudanças efetivas no trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos, como participantes do processo de construção da saúde (SÁ et al., 2013).

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados à prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso, para que o conhecimento cineticamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinja a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferecerá subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (SANTOS et al., 2012).

## CONCLUSÃO

A realização da atividade educativa proporcionou a orientação dos usuários da unidade básica de saúde, com intuito de levar informações sobre tuberculose, a fim de promover mudanças de comportamentos e a melhorar a saúde da população. As ações educativas em saúde promovem a capacitação dos indivíduos ou grupos e contribui para a melhoria das condições de vida e saúde da população, estimulando ainda a reflexão crítica das causas dos seus problemas bem como das ações necessárias para sua resolução. O enfermeiro desempenha um papel de partilhar o conhecimento seja no aspecto individual, em grupo ou coletivo, promovendo a orientação, e estimula todos a contribuir para a promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

- BEZERRA, W. K. T. SOUZA, H. O. BEZERRA, A. M. F. BEZERRA, K. K. S. VIEIRA, A. L. PEREIRA, D. S. BORGES, M. G. B. A assistência de enfermagem no tratamento dos portadores de tuberculose no município de Patos-PB. 2014. Pombal - PB v. 8, n. 1, p. 76-89, Jan. - Dez., 2014.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de saúde. Departamento de atenção Básica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF); 2010.
- NOGUEIRA, A. F. FACCHINETTI, V. SOUZA, M. V. N. VASCONCELOS, T. R. A. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. 2012. Rio de Janeiro. Rev. Bras. Farm. 93(1): 3-9, 2012.
- RIBEIRO, L. C. SILVA, S Ferreira. Assistência de Enfermagem ao paciente portador de tuberculose pulmonar. 2013. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdades Integradas Promove Brasília, Brasília, 2013.
- SÁ, L. D. GOMES A. L. C. CARMO, J. B. SOUZA, K. M. J. PALHA, P. F. ALVES R. S. 2013. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. Paraíba. Rev. Eletr. Enf. jan/mar;15(1):103-11,2013.
- SÁ, Lenilde Duarte de et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.103-11, 31 mar. 2013. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15246>.
- SANTOS, T.M. M. G. NOGUEIRA, L. T. ARCÊNICO, R.A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose. Acta Paul Enferm. v;25 n.(6): p. 954-61.2012.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, aos participantes, aos familiares, a Prof. Thaís Marques Lima pela dedicação e incentivo à pesquisa, permitindo a realização do presente trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ATUALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SALA DE VACINA SOBRE REDE DE FRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Maria Priscila Oliveira da Silva<sup>1</sup>, Elizabeth Brenda Dantas Nascimento<sup>2</sup>, Laís de Oliveira Silva<sup>3</sup>, Leo Marques Pereira Alexandre<sup>4</sup>, Juliana Alencar Moreira Borges<sup>5</sup>, Thais Marques Lima<sup>6</sup>**

1. Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

2. Mestre. Enfermeira. Professora Auxiliar III do Centro Universitário Estácio do Ceará.

3 Orientadora. Doutora. Enfermeira. Professora Auxiliar III do Centro Universitário Estácio do Ceará.

E-mail: mari\_pris@hotmail.com

Palavras-chave: Vacinas. Equipe de Enfermagem. Educação. Atenção Primária à Saúde.

### INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é referência internacional, devido aos seus avanços em relação à prevenção, controle e eliminação de doenças imunopreveníveis. Entretanto, é no nível local que a operacionalização das ações acontece e, portanto, é necessária a manutenção da qualidade do imunobiológico administrado à população (OLIVEIRA et al., 2015).

A Rede de Frio é o sistema utilizado pelo PNI, que tem o objetivo de assegurar que os imunobiológicos disponibilizados no serviço de vacinação sejam mantidos em condições adequadas de transporte, armazenamento e distribuição, permitindo que eles permaneçam com suas características iniciais até o momento da sua administração. Alterações de temperatura (excesso de frio ou calor) podem comprometer a potência imunogênica, o que pode acarretar a redução ou a falta do efeito esperado. Os imunobiológicos, enquanto produtos termolábeis e/ou fotossensíveis, necessitam de armazenamento adequado para que suas características imunogênicas sejam mantidas (BRASIL, 2014).

A sala de vacinação é a instância final da Rede de Frio, onde os procedimentos de vacinação propriamente ditos são executados mediante ações de rotina, campanhas e outras estratégias. Na sala de vacinação, todas as vacinas devem ser armazenadas entre +2°C e +8°C, sendo ideal +5°C (BRASIL, 2014). Na instância local todos os produtos são conservados em refrigeradores do tipo doméstico, geladeira especial (câmaras) ou em caixas térmicas. As geladeiras especiais permitem um controle preciso da temperatura favorecendo a homogeneidade de temperatura em todo o seu interior e minimizando a influência das temperaturas externas. Este equipamento também dispensa o uso do termômetro de máxima e mínima, porque possui painel de controle para o monitoramento da temperatura (SANTOS et al., 2009).

Neste sentido, os refrigeradores de uso doméstico, projetados para a conservação de alimentos e produtos que não demandam precisão no ajuste da temperatura, não são mais indicados para o armazenamento e conservação dos imunobiológicos. Assim, além da necessidade contínua do gerenciamento do risco e aprimoramento da Rede de Frio, orienta-se a substituição dos refrigeradores de uso doméstico. Enquanto este tipo de equipamento for utilizado, com esta finalidade, é necessário adotar medidas de segurança adicionais (BRASIL, 2013).

Dentre as medidas importante, tem-se: colocar o equipamento perfeitamente nivelado e longe da incidência de luz solar direta ou de qualquer outra fonte de calor; usar tomada exclusiva para o refrigerador; instalar o termômetro digital de cabo extensor, posicionando o sensor no ponto mais central da câmara interna sem contato com os produtos ou as partes do equipamento; abrir o refrigerador o mínimo possível, estabelecendo uma rotina de manuseio das vacinas armazenadas (BRASIL, 2014).

Os equipamentos de refrigeração devem ser exclusivos para o acondicionamento de imunobiológicos utilizados pelo Programa Nacional de Imunizações, com o objetivo de evitar possíveis erros de imunização e contaminação dos imunobiológicos. Os imunobiológicos devem ser organizados em bandejas sem que haja a necessidade de diferenciá-los por tipo ou compartimento, uma vez que a temperatura se distribui uniformemente no interior do equipamento. Devem ser organizados por tipo (viral ou bacteriano) e acondicionados nas 2ª e 3ª prateleiras, colocando-se na frente os produtos com prazo de validade mais curto para que sejam utilizados antes dos demais. Não se deve acondicionar imunobiológicos na 1ª prateleira nem no compartimento inferior (gaveta) desses equipamentos. Garrafas preenchidas com água misturada a um corante (azul de metileno, anil, violeta de genciana) devem ser colocadas na gaveta da parte de baixo do refrigerador, ocupando todo o espaço (BRASIL, 2014).

Tendo em vista que o enfermeiro é o responsável técnico e administrativo pelas atividades em sala de vacina e que a supervisão de enfermagem é uma importante ferramenta para a melhoria na qualidade do serviço e para o desenvolvimento de habilidades e competências da equipe de saúde, é relevante compreender de que maneira o

enfermeiro das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPSs) realiza a supervisão das atividades da equipe de enfermagem em sala de vacina, visando a qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA, 2013).

Para que se possa exercer as funções profissionais com eficiência e efetividade, faz-se necessário buscar, adquirir, atualizar e usar novos conhecimentos. Entretanto, há necessidade de um processo educativo efetivo, voltado para os profissionais que atuam em sala de vacina. Sabe-se que a educação para o trabalho, envolvendo todos os profissionais de enfermagem, é, muitas vezes, inviabilizada pela logística necessária devido ao grande quantitativo de pessoal e às constantes evoluções do conhecimento na área da saúde. Assim, a sala de vacina precisa ser transformada em espaço de educação no cotidiano do trabalho de enfermagem, de forma que os profissionais de saúde possam discutir, problematizar e atualizar, no intuito de oferecer um serviço de imunização de qualidade para a população (OLIVEIRA, 2016).

O presente estudo se justifica pelo fato de que os enfermeiros apontam a multiplicidade de ações como dificuldade para a supervisão e a manutenção da sala de vacina, assim como a capacitação da equipe, logo, não satisfaz as particularidades do serviço. Dessa forma, é necessário ter o conhecimento técnico-científico e realizar as ações inerentes ao trabalho de organização da sala de vacina, para melhor atender a comunidade. Tendo como objetivo relatar a experiência sobre atualização dos profissionais sobre rede de frios.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência de uma atualização profissional sobre a organização da rede de frio própria da Unidade de Atenção Básica voltada para os funcionários atuantes na sala de imunização, realizada por graduandos do Centro Universitário Estácio do Ceará, do 4º semestre de Enfermagem durante período de estágio da disciplina de Ensino Clínico I Prático – Saúde Coletiva, em uma Unidade de Atenção Básica da Regional da cidade de Fortaleza, Ceará, no mês de Junho. O material utilizado foi confeccionado pelos alunos, como: miniaturas simulando as bobinas de gelo, os frascos de vacinas, as garrafas com água, corante, e o termômetro fez-se uso de um banner informativo, com uma introdução sucinta sobre o que é a Rede de Frio e os cuidados básicos necessários com o armazenamento dos imunobiológicos, reforçando o que foi apresentado com intuito de tornar a abordagem do tema lúdico e divertido para melhor compreensão. Respeitaram-se os aspectos éticos e legais conforme a resolução 466/12 do CONEP.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foi realizada educação em saúde, sobre a rede de frios da sala de vacina. As discussões surgiram após o início do estágio e a observação de como os profissionais utilizavam, armazenavam e mantinham essa rede de frios. Durante a realização da atividade foi utilizada materiais lúdicos em forma de maquete, banner e panfletos, mostrando e explicando cada passo de se obter uma rede de frios adequada.

Na oportunidade, foram utilizados uma maquete de geladeira e um banner, produzidos pelos próprios alunos, como tecnologias expositivas da ação educativa, para facilitar a compreensão. A maquete possuía a estrutura física de uma geladeira, porém em menor escala. Na parte interna havia três prateleiras, compartimento do congelador, gaveta e as prateleiras da porta. Para complementar. No congelador, devem ficar as bobinas reutilizáveis de gelo, no compartimento da gaveta de frutas e verduras, deve conter garrafas de água com corante, para auxiliar na manutenção da temperatura, além do bulbo do termômetro localizado entre a primeira e a segunda prateleira, estando seu expositor, no lado externo da geladeira.

Além disto, no segundo momento fez-se uso de um banner informativo, com uma introdução sucinta sobre o que é a Rede de Frio e os cuidados básicos necessários com o armazenamento dos imunobiológicos, reforçando o que foi apresentado, como: a localização da geladeira no espaço da sala de imunização; a necessidade de uma tomada única para a conexão apenas do refrigerador; a utilização e organização das caixas térmicas para armazenamento das vacinas durante o funcionamento da unidade, evitando, assim, abrir muitas vezes a geladeira, podendo causar grandes oscilações na temperatura; Não armazenar nenhum outro tipo de material no refrigerador, como lanches, líquidos, etc.; as medidas que devem ser tomadas caso haja uma interrupção da energia e como e em que frequência se deve realizar a limpeza da geladeira. No terceiro momento fez-se uma dinâmica de fixação para aprimorar os conteúdos passados, assim os profissionais escolheram algumas imagens e fixaram em um quadro onde contia o que pode e o que não pode ser feito em uma sala de vacina em relação a rede de frio. O mesmo foi doado pelos estudantes à unidade, para permanecer como material informativo e de consulta.

Entende-se que esse desconhecimento dos trabalhadores em salas de vacina pode estar relacionado à falta de atualização desses saberes. Portanto, o enfermeiro precisa transcender o simples repasse de informações e transformar estas salas em espaço de educação no cotidiano do trabalho de enfermagem, de forma que os profissionais de saúde possam discutir, problematizar e se atualizar no intuito de oferecer um serviço de imunização de qualidade para a população. Fica o desafio de repensar o processo de trabalho em sala de vacina bem como o de encontrar alternativas, integrando as atividades assistenciais e administrativas, na perspectiva da integralidade, da mudança na formação e na construção do gerenciamento do cuidado, no cotidiano do trabalho nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (OLIVEIRA, 2016).

Um estudo realizado em Minas Gerais constatou que quanto à rede de frio, dos 35 itens avaliados, cinco obtiveram conceitos insuficientes ou regulares. Quando indagados sobre os procedimentos relacionados à alteração de temperatura, a maioria dos profissionais relatou que comunicavam imediatamente à instância superior, embora dez deles não tenham preenchido o formulário de imunobiológicos sob suspeita de submissão a temperaturas não adequadas ou não eram atualizados. Entre as 18 salas, apenas cinco possuíam um programa de manutenção preventiva e(ou) corretiva para o refrigerador que armazena as vacinas (SIQUEIRA,2015).

Foi observado que o conhecimento dos profissionais de saúde que lidam diretamente com a sala de vacina esta a cada dia virando uma rotina onde os profissionais acabam deixando de lado a técnica correta, a conservação, manipulação e transporte dos imunobiológicos que é de extrema importância. É superficial e algumas vezes as técnicas não são seguidas e feitas de forma coerente. Logo podemos perceber a relevância da orientação, conscientização, e o uso correto da técnica.

Assim, a dificuldade encontrada foi poder reunir todos os profissionais no mesmo horário e local. Entretanto, apresentamos aos presentes e conseguimos orientar a técnica correta e conscientizar a importância na conservação dos imunobiológicos e na forma correta de como organizar a geladeira, houve a participação do público -alvo e podemos esclarecer as dúvidas e aprofundar o conhecimento já existentes.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a equipe de enfermagem é de grande importância nos serviços de saúde, e na sala de vacinas não seria diferente. Trabalho, este, complexo, que está sujeito a mudanças constantes. Isto requer a mobilização de saberes, sempre atualizados para o cuidado profissional efetivo. Dessa forma, a educação para o trabalho em sala de vacina deve ser priorizada e realizada permanentemente.

Percebeu-se que existem dificuldades e resistências da parte dos profissionais em seguir as normas e técnicas determinadas pelo Ministério de Saúde. Para mudar esta realidade foi mostrado que é válido o uso de tecnologias expositivas, pois os mesmos podem contribuir com mudanças e melhorias nas práticas de cuidado em sala de vacina, na medida em que proporcionam a construção de conhecimentos no cotidiano do processo de trabalho.

A experiência relatada foi fundamental para o reconhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a importância da educação continuada e do uso das tecnologias de comunicação para a saúde. Para tanto há a necessidade de planejamento, organização e sensibilização da equipe para a organização e participação das atividades propostas. Espera-se que a experiência vivenciada pelos acadêmicos de enfermagem possa despertar cada vez mais o interesse dos profissionais da saúde para atividades educativas em relação a Sala de Vacinas.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- Manual de rede de frio do programa nacional de imunizações. Brasília: Ministério da Saúde; 2013
- BRASIL. Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986: Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 jun. 1986. Seção 1.
- OLIVEIRA, Valéria Conceição. Avaliação da qualidade da conservação de vacinas nas Unidades de Atenção Primária da Região Centro-Oeste de Minas Gerais. Ribeirão Preto, 2012.
- OLIVEIRA, Valéria Conceição de et al. Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1015-1021, Dec. 2013.
- OLIVEIRA, Valéria Conceição de et al. Educação para o trabalho em sala de vacina: percepção dos profissionais de Enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min. set/dez 2016.
- OLIVEIRA, Valéria Conceição de et al. Fragilidades da conservação de vacina nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 68, n. 2, p. 291-296, Apr. 2015.
- SIQUEIRA, Leila das Graças et al. Evaluación de la organización y funcionamiento de las salas de vacunas en la atención primaria de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*[online]. 2017, vol.26, n.3, pp.557-568. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300013>

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, aos participantes da pesquisa, as Prof.<sup>a</sup> Thais Marques Lima pela dedicação e incentivo à pesquisa, permitindo a realização do presente trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO PRIMEIRO CONTATO DO USUÁRIO NA ATENÇÃO BÁSICA.

**Monalisa S. Fontenele Colares<sup>1</sup>, Edyane Pereira Barroso Raposo<sup>2</sup>, Amanda Emília N. Quezado Praxedes<sup>3</sup>, Dr. Rosendo Freitas de Amorim<sup>4</sup>**

1. Curso de Pós-Graduação em Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza. Fortaleza- Ceará. Brasil. monalisafontenele@yahoo.com.br

2. Curso de Pós-Graduação em Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza. Fortaleza- Ceará. Brasil. edyaneraposo@yahoo.com.br.

3. Curso de Pós-Graduação em Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza. Fortaleza- Ceará. Brasil. amandaemilia@gmail.com

4. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPGSC da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Fortaleza – Ceará. Brasil.

E-mail: rosendo@unifor.br

Palavras-chave: Atenção à saúde. Política de Humanização. Acesso ao Serviço de Saúde. Acolhimento. Promoção da saúde.

### INTRODUÇÃO

Um novo modelo de assistência à saúde é o cenário das ações e políticas da Saúde Pública após duas décadas da promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988. Em 2004 é elaborada a Política Nacional de Humanização (PNH) seu marco teórico-político encontra-se em torno da humanização e possui uma característica de atuação transversal em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos principais dispositivos dessa política é o acolhimento que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas (BREHMER e VERDI, 2010).

Desde meados do século XX pode se identificar no Brasil um “movimento de humanização”. Faz-se necessário reconhecer no conceito de “humanização” uma polissemia, isto é, diversos sentidos. Embora já se encontre o termo humanização na literatura brasileira desde o século XX é a partir do século XXI que essa temática tomará maiores proporções, desencadeando, em 2003, a elaboração da Política nacional de Humanização (PNH), que partiu de experiências vividas inicialmente nos hospitais, para tornar-se uma política de caráter transversal, cujo principal objetivo é a mudança nos modelos de atenção e gestão na saúde (CONCEIÇÃO, 2009).

Segundo Filho (2014), podemos abreviar em três conceitos fundamentais os princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização: transversalidade, cogestão e protagonismo dos sujeitos. Na transversalidade encontramos os novos padrões de relação e comunicação entre sujeitos e serviços, buscando a alteração das fronteiras dos saberes e dos territórios de poder, nela se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade.

Guerrero (2013) afirma que a PNH define nos seus textos que o primeiro contato com o usuário é um constituinte das práticas e promoção da saúde, e pode contribuir para melhoria das práticas no cuidado. E Silva (2008) reforça que essa conduta chamada de acolhimento é uma estratégia assistencial que mescla relações humanas e habilidades profissionais na abordagem do usuário. Uma ferramenta prática, inclusiva e assistencial que oferece humanização ao usuário do serviço de saúde.

Respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde o acolhimento, visto como estratégia para reorganização do serviço de saúde que garante o acesso universal, a resolutividade e atendimento humanizado, tem atendido as mudanças que vem ocorrendo no setor da saúde (Franco et al, 1999).

A principal finalidade é receber, ouvir e qualificar a demanda, tendo como outra característica a capacidade organizacional do serviço, promovendo uma triagem priorizando o atendimento do usuário, com respaldo nos princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade. Os processos de trabalho em saúde sendo organizados de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. (BRASIL, 2004).

Ao definir acolhimento como ouvir, atender, aceitar e considerar este passa a englobar a noção de proximidade entre trabalhador e o usuário a partir de um atendimento que envolva as diferentes demandas do sujeito. Vale ressaltar que o profissional da saúde deve aprender a exercitar atenção, o significado da palavra “acolher”, de forma que represente ação de cuidado em saúde, para integração das abordagens humanas incorporando determinação social da saúde e o significado de doença (ARANHA, 2011).

A mudança na assistência da Atenção Básica seria alicerçada na equipe multiprofissional que torna-se um elemento de grande valia, pois a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional promove a prestação do cuidado integral, tornando suas práticas significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos

(profissionais e usuários). Uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da PNH é o acolhimento, que é definido em documentos oficiais como a recepção do usuário no serviço de saúde, a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário (BRASIL, 2006).

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2010).

Muitos são os obstáculos de ordem ética, política e financeira, no enfrentamento das organizações do sistema de saúde. Em consequência, torna-se necessário falar, discutir e estudar a Humanização na abordagem do usuário e questionar a qualidade e o modelo tecnoassistencial. Nesse sentido a PNH tem como foco as práticas de saúde de forma mais humana, sustentada pelos princípios do SUS, compondo uma abordagem comprometida em transformar a realidade em saúde. (NORA, 2013)

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais frequente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais. (GIL, 2006)

Oliveira *et al* (2010) explicam que uma unidade de saúde seria capaz de reorganizar seu processo de trabalho a partir da utilização do acolhimento, revendo necessidades e prioridades, realizando a classificação por risco, evitando, na medida do possível, as filas por ordem de chegada, e, principalmente, a espera desnecessária dos usuários.

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. Essa prática de recorrer ao serviço sempre que for necessário, requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre profissionais e pessoas usuárias. A coordenação do serviço, implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. (LAVRAS, 2011)

A acessibilidade sofre consequências referentes aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos. O estudo do acesso do usuário é primordial para permitir a identificação dos aspectos que podem se tornar obstáculos, assim como dos que facilitam a busca pelo atendimento à saúde. As dimensões geográficas e territoriais refletem a distância entre a população e os recursos, podendo ser medida por distância, tempo de deslocamento, custo do transporte, entre outros condicionantes. A acessibilidade organizacional faz referência as estações ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que atrasam ou facilitam a capacidade das pessoas de utilizar os mesmos. Inclui aspectos tais como: tempo para obter uma consulta, agendamento, turnos de funcionamento, tempo na realização de exames laboratoriais e de imagem, continuidade do tratamento. Os aspectos socioculturais e econômicos do acesso incluem o conhecimento de sinais e sintomas, a percepção do risco, da gravidade, o conhecimento sobre o próprio corpo, medo do diagnóstico, crenças, hábitos, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, o valor agregado ao serviço, grau de instrução, seguridade social e renda (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

A adoção de uma forma mais humana e promotora da saúde facilita e permite a melhor sistematização do processo de avaliação, tendo em vista o objeto da avaliação e considerando as distintas características da atenção básica. Ao optar por esse componente, parte-se do princípio de que a interação entre atores levará em conta o contexto de vida dos usuários e os ajustes realizados no processo para garantir a acessibilidade potencializarão a ABS como porta de entrada do SUS (TANAKA, 2011).

Mediante a importância fundamental de promover um melhor e mais humano acesso ao Sistema de Saúde, optou-se em descrever a Política Nacional de Humanização como Filosofia norteadora das práticas do Sistema de Saúde, a partir de resultados dos estudos disponíveis na literatura.

Com isso, pergunta-se: como a Política de Humanização em Saúde vem sendo descrita na literatura científica em saúde? Como essa política está sendo descrita e analisada na literatura envolvendo o acesso do usuário na Atenção Básica? O objetivo deste artigo foi revisar a literatura acerca da aplicação da Política de Humanização em Saúde no acesso do usuário na Atenção Básica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa, relacionada a Política Nacional de Humanização com o primeiro acesso à Atenção Básica. Optou-se por esta modalidade de pesquisa por ser uma ferramenta que proporciona uma síntese



do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração deste estudo, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da questão norteadora; Busca ou amostragem na literatura; Coleta de dados; Análise crítica dos estudos incluídos; Interpretação dos resultados e a apresentação da revisão/síntese do conhecimento (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Como questão norteadora temos: Como está a construção do conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização com o primeiro acesso à Atenção Básica?

Realizou-se uma busca na literatura científica, utilizando-se dos seguintes critérios de inclusão: textos completos, com livre acesso às bases de dados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol, publicados entre os anos de 2006 a 2016 que referem a Política Nacional de Humanização (PNH) como filosofia norteadora de condutas na atenção básica. Optou-se por esta faixa temporal por ter-se identificado que as principais publicações sobre a Política ocorreram a partir de 2006, após a 'normatização' do HumanizaSUS.

Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scielo do Brasil, Medline, LILACS. Os Unitermos, palavras-chaves ou descritores inseridos na BIREME, nos idiomas – português, espanhol, inglês, respectivamente: acolhimento, atenção à saúde, humanização da atenção; atención de la salud, la humanización del cuidado; e reception, healthcare, humanization of care. Após a leitura e fichamento das publicações, as informações foram registradas em uma ficha bibliográfica. A análise procederá com base nos aspectos positivos e negativos; evidência de contribuições, contradições, pontos de concordância e discordância ou divergências; e elaboração da crítica e/ou desenvolvimento de reflexões, acerca da Política Nacional de Humanização que estabelece boas práticas na promoção da saúde, principalmente voltadas para a atenção básica e o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca resultou em 195 artigos e, a partir da análise crítica dos resumos, foram selecionados 21 artigos que atendiam aos objetivos propostos. A maioria dos artigos foram publicados entre 2010 e 2014, havendo uma diminuição no último ano. Após a leitura e análise dos artigos selecionados foi possível perceber que a literatura ainda é precária sobre o tema da Humanização no primeiro acesso a Atenção Básica, pois foi possível encontrar um número significativo ao realizar a busca através dos descritores, porém ao lermos os resumos, o número diminuiu para 21 artigos, tendo prevalência dos anos de 2010, 2011 e 2012, diminuindo a cada ano. Brehmer e Verdi, 2010 constataram em seu artigo, após realizarem entrevistas com gestores e trabalhadores da saúde, incongruências entre discursos e práticas. Outra divergência corresponde ao paradoxo entre o discurso do direito ao acesso universal à saúde e a estratégia de organização da demanda espontânea, sendo necessária a organização de uma rede de referências de serviços e canais de fluxos que permitam encaminhamentos. Tornando-se evidente atividade de atendimento para demanda espontânea, e a atenção humanizada às demandas da comunidade como preconiza a Política Nacional de Humanização. O acolhimento constitui um espaço em um ambiente repleto de conforto, como triagem e encaminhamento de serviços. Não pode ser compreendida somente como uma recepção do usuário; é um conjunto de ações que organiza a assistência e é essencial para realização do atendimento (BRASIL, 2006). Desse modo o foco, antes voltado para a patologia, passa a ser direcionado ao sujeito portador não de um diagnóstico mais de uma história de vida inserido em um contexto social. Outro fator contribuinte para o bom andamento terapêutico resultante do acolhimento é a criação de vínculo, isto é, criação de laços afetivos entre o trabalhador e usuário, ou seja, no receber bem, no estabelecimento de confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores. Dessa forma se reforça a ideia que o trabalho em saúde deve ser alicerçado nos encontros diversos e nas suas múltiplas visões das relações entre os personagens desse encontro, demonstrando que a organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado, favorecendo a ativa manifestação da subjetividade potencializando um bem-estar físico, social e mental (JORGE *et al*, 2011).

Um serviço de saúde deve ser estruturado nos princípios éticos e em uma relação de harmonia entre seus diversos profissionais. A preocupação com os aspectos éticos e da assistência à saúde não se restringe a norma da legislação ou nos códigos de ética profissional, estende-se como respeito a pessoa cidadã o ser social, enfatizando o compromisso e a responsabilidade da equipe acolhedora diante da demanda (OLIVEIRA, 2010).

Para Conceição (2009) a Política Nacional de Humanização apresenta suas proposições mais ligadas ao campo do subjetivismo do que às ações concretas que procurem dar conta dos problemas existentes na saúde, percebendo-se um movimento de conservadorismo, como no caso do acolhimento onde geralmente em conformismo a uma política restritiva, pois não amplia e nem mesmo assegura os direitos já existentes, é utilizado para amenizar situações limites, como a falta de acesso e da qualidade dos serviços

As ações de acolhimento, baseado na Humanização, fazem parte do processo de trabalho da Atenção Básica e são essenciais para a construção de um vínculo entre o profissional de saúde e o usuário/família (MONTEIRO,



FIGUEIREDO E MACHADO 2009). O vínculo facilitará a construção de confiança, sendo capaz de estimular o autocuidado, favorecendo a compreensão da doença, a assimilação e seguimento correto das orientações terapêuticas, pois os usuários ao confiar na equipe de saúde se sentirão mais confortáveis em conversar sobre sua doença e retirar quaisquer dúvidas sobre o tratamento (OLIVEIRA, 2010).

## CONCLUSÃO

Inserir as conclusões (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais. Espaçamento 1,5

O estudo propiciou um aprofundamento sobre a PNH necessária às relações na produção do cuidado. Este cuidado sendo estabelecido a partir da criação de um ambiente de escuta e valorização do outro, por meio da criação de vínculo, respeito e confiança. A partir de um olhar humanizado e integral do sujeito inserido em um contexto social e protagonista de sua história de vida.

Nessa perspectiva a garantia da assistência se faz presente nos serviços de saúde, possibilitando uma maior eficácia e resolutividade nas demandas dos usuários. Concluímos também, que é necessário mais leitura e aprofundamento com o intuito de aplicar o conhecimento obtido nas fontes de pesquisa e nas produções científicas.

Os dados obtidos na pesquisa demonstraram a existência de limitações existentes nos serviços de saúde que garantam a execução do acolhimento proposto na Política Nacional de Humanização. A PNH orienta a existência de qualidade da ambiência, fomento da educação permanente aliado às outras estratégias e deve assim contribuir para a construção de um SUS universal e integral.

A construção de uma Política de Humanização impõe, mais do que nunca, que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede. Uma rede humanizada, lidando com a complexidade sempre diferenciadora do viver. Nessa rede estão todos os sujeitos: gestores, trabalhadores de saúde, usuários, todos os cidadãos. Sendo uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania.

Torna-se então necessária a realização de avaliação e tomada de consciência dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS a fim de elaborar estratégias que garantam uma efetiva utilização dos conceitos e teorias que definem a Política de Humanização.

Para efetivação concreta da PNH, torna-se necessário a associação dos elementos que de fato visam garantir o atendimento e o acesso universal, equânime e integral. Como o financiamento da saúde, recursos humanos e materiais, pois a saúde não pode ser vista como um conjunto de ações desconexas e sem relação com a questão social.

## REFERÊNCIAS

- ARANHA, J.S.; SILVA M.E.S.; SILVA J.L.L. Acolhimento e humanização: perspectiva do atendimento na atenção básica. **Informe-se em promoção da saúde**. Rio de Janeiro, V.7, n.2. p. 23-24, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). **Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). **Humaniza SUS - Documento-Base**. 3. ed. Brasília, 2006.
- BREHMER, L. C. F. VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Supl.3):3569-3578, 2010.
- CAHU, G. P. R. et al. Produção científica em periódicos online acerca da prática do assédio moral: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 611-619, set. 2011.
- CONCEIÇÃO, T. S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Social**, Brasília, v.11, n.25, p.194-220, jul./dez.2009.
- FONTES, K. B.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 815-822, dez. 2011.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 15, n. 2, p. 345-353 – abr/jun.1999.
- GERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 22(1):132-140, Jan-Mar, 2013.
- GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: Sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6): 1171-1181, Junho, 2006.

- JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(7): 3051-3060, 2011.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, V.20, N.4, 867-874, 2011.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008
- MONTEIRO, M.M; FIGUEIREDO, V.P; MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2009;43(2):358–64.
- NORA, C. R. D. e JUNGES, J. R. Política de Humanização na Atenção Básica : revisão sistemática. **Revista de saúde Pública**, 47(6): 1186-11200, 2013.
- OLIVEIRA, E.R.A; et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Rev Bras Pesq Saude**. 2010;12(2): 46–51.
- OLIVEIRA, M. A. C. e PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 66 (esp): 158-164, 2013.
- SANTOS FILHO, B.S..Pesquisa em Humanização: articulações metodológicas com o campo da Avaliação. **Sau. &Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 01-10, 2014
- SILVA L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. Atenção Primária em Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n.1, p.74-84, jan./mar.2008.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n.1, pt. 1, p. 102-106, 2010.
- TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, V.20, N.4, 927-934, 2011.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Universidade de Fortaleza e o Programa de Pós-Graduação, em especial ao corpo Docente pelas oportunidades na promoção da pesquisa, do conhecimento e o norteamento das ideias.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## OS DESAFIOS DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

**Simone Almeida Mendes<sup>1</sup>**

*1 Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Lato Sensu, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção-Ceará- Brasil*

*E-mail: simone.mends@hotmail.*

*Palavras-chave: SUS. Financiamento do SUS. Participação Popular.*

### *Introdução*

Este trabalho tem o objetivo de apresentar a situação da saúde no Brasil e o seu financiamento. A saúde no Brasil tem uma trajetória com diversas vitórias, e todas elas são fruto de mobilização popular, por isso em um período de retrocessos e restrição de direitos sociais que estamos enfrentando, se faz necessário a organização e fomento da participação popular e engajamento nos processos de mobilização social referente a luta por garantia de direitos básicos como o direito à saúde, que segundo a Constituição Federal de 1988, é direito de todos e dever do Estado.

Assim como no período do início da Reforma Sanitária nos anos 80, a organização dos trabalhadores e usuários do SUS vem se fortalecendo e se reinventando ao longo desses anos. O SAÚDE+10 foi um movimento pelo qual os trabalhadores e usuários pedem o investimento de 10% do PIB para a saúde, assim como na última década o movimento estudantil de todo o país pede também os 10% do PIB para educação.

### **METODOLOGIA**

Para se realizar a pesquisa científica é necessário que se trace caminhos para que ela possa se concretizar com um conjunto de técnicas para averiguação e aproximação com o objeto de estudo e ter melhor organização do mesmo, como também para obter melhores respostas para os questionamentos postos. A pesquisa é um diálogo entre os conhecimentos e a realidade.

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas. Dizia Lênin (1965) que “o método é a alma da teoria” (p. 148), distinguindo a forma exterior com que muitas vezes é abordado tal tema (como técnicas e instrumentos) do sentido generoso de pensar a metodologia como a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência. (MINAYO, 1994, p. 16).

Essa pesquisa é baseada no método histórico dialético de Marx, que traz a perspectiva da totalidade,

Articulando essas três categorias nucleares - a totalidade, a contradição e a mediação -, Marx descobriu a perspectiva metodológica que lhe proporcionou o erguimento do seu edifício teórico. Ao nos oferecer o exaustivo estudo da “produção burguesa”, ele nos legou a base necessária, indispensável, para a teoria social. (NETTO, 2011, p 58)

Toda pesquisa tem relevância desde que proporcione conhecimento e a metodologia requer bastante atenção do pesquisador. Para a realização dessa pesquisa preferimos pelo uso da pesquisa bibliográfica e documental, pois a finalidade do trabalho foi apresentar dados sobre o financiamento do SUS, principalmente na Atenção Básica, baseado em livros, artigos científicos, revistas, dissertações e teses sobre os respectivos assuntos.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Parte dos estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisas bibliográficas, assim como certo número de pesquisas desenvolvidas a partir da técnica de análise de conteúdo. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. (GIL, 2008, p 50).

A pesquisa documental tem o objetivo de descrever ou investigar sobre algum processo histórico com intuito de analisá-lo,

De acordo com Gil (2002, p.62-3), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Ela é semelhante à pesquisa bibliográfica, segundo o autor, e o que a diferencia é a natureza das fontes, sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa. (Piana, 2009, p 122)

Com a pesquisa bibliográfica e documental é possível obter um maior aprofundamento teórico dos dados utilizados, para melhor apreensão do conteúdo. Segundo Minayo (1994) o pesquisador opera escolhas (mesmo sem ter a percepção clara disto), tendo como horizontes sua posição social e a mentalidade de um momento histórico concreto.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa questão traz a pauta do financiamento, ou o subfinanciamento da saúde pública, e teve apoio de diversas áreas, como da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), a CNBB (Conferência Nacional de Bispos do Brasil), de entidades médicas, entre outras. Foi realizada uma medida de Ação Popular com quase 2 milhões de assinaturas e entregue ao Congresso Nacional, logo se faz perceptível que o projeto teve ampla adesão popular, e com essa extensa repercussão há o diálogo com os diversos setores na sociedade que passam a compreender cada vez mais a necessidade de lutar pelo Sistema Único de Saúde.

Ultimamente o SUS é sucateado diariamente, e essa ideia de que o que é público não funciona, é cada vez mais embutido no imaginário da sociedade e com isso crê-se que o privado é o melhor e então diversos recursos financeiros públicos são enviados aos planos de saúde anualmente, por causa de conchaves políticos e em troca de apoio em períodos eleitorais.

Os gastos exclusivos do SUS em relação ao PIB se ampliaram passando de 2,95% em 2000 para 3,67% em 2010. O restante do gasto em saúde é privado (planos e seguros e outros gastos pessoais dos cidadãos). (Mendes, p. 36)

O financiamento do SUS está dentro do orçamento da seguridade social, que abrange ainda a previdência e a assistência social, que são três áreas que demanda muitos recursos financeiros e é responsabilidade das três esferas de gestão; união, Estados e municípios, e segundo o Art. 55 da CF/88 ficou assegurado 30% para a saúde. O repasse financeiro é realizado fundo a fundo, em conta única e são repassados ao Fundo Nacional de Saúde.

O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde. (Brasil, p.103).

As Normas Operacionais Básicas definiram os critérios para organização e gestão do SUS, segundo Brasil (2015), os marcos principais foram a criação das Comissões Intergestoras Bipartites e Tripartites, na NOB/93; na NOB/96, o ponto crucial foi a descentralização da gestão e categorias de repasses financeiros.

Atualmente os recursos financeiros são distribuídos por blocos de financiamento, regulamentados pela Portaria GM/MS nº 204 de 2007 e que seguindo Brasil (2015) são divididos em: Bloco da Atenção Básica; Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Bloco de Vigilância em Saúde; Bloco de Assistência Farmacêutica; Bloco de Gestão do SUS.

## CONCLUSÃO

Traçado esse caminho, o presente trabalho objetiva, por fim trazer os desafios e formas de resistências para a concretização da conquista de direitos sociais na saúde e como o financiamento afeta a vida de milhares de brasileiros, perpassando todos os níveis de complexidade, diminuindo a qualidade de vida, dentre outras consequências.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994

Mendes JDV, Bittar OJNV. **Perspectivas e Desafios da Gestão Pública no SUS**. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba. 2014, v.16, n.1 :35-39.

NETTO, J. P. **Introdução ao Método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Lato Sensu e a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## UM RETRATO DA PRIMEIRA INFÂNCIA EM SITUAÇÃO DE POBREZA NO ESTADO DO CEARÁ, SEGUNDO DADOS DO CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS, 2017

Raissa Freitas Gomes Brito<sup>1</sup>, Herika Paiva Pontes<sup>2</sup>, Mirna Albuquerque Frota<sup>3</sup>

*1 Doutorado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: raissafreitasgomes@hotmail.com

Palavras-chave: Primeira Infância. Pobreza. Cadastro Único

### INTRODUÇÃO

As crianças são, hoje, um dos assuntos mais importantes do mundo. A Organização das Nações Unidas e alguns de seus organismos vêm convocando os países a construir “Um Mundo para as Crianças”. O Brasil também fez a opção pelas suas crianças. A Constituição Federal atribui prioridade absoluta para os direitos da criança e do adolescente, não podendo ser, portanto, nenhum outro assunto, problema ou necessidade, por mais urgente que seja, mais importante do que as medidas que garantam o cumprimento dos seus direitos ( DIDONET, 2015).

De acordo com o último Censo Demográfico, das crianças existentes no Brasil em 2010, 19.632.111 tinham até seis anos, o que correspondia a pouco mais de 10% da população. Para se ter uma ideia dos desafios que esse contingente populacional impõe às políticas públicas, basta estabelecer uma comparação com outros países. O Brasil possuía, à época, mais indivíduos na Primeira Infância do que a população inteira do Chile e, ainda, o equivalente a duas vezes a população total da Suécia (MARINO & PLUCIENNIK, 2013).

Esse período que compreende os seis primeiros anos de vida, denominado de Primeira Infância, é uma etapa de extrema importância, durante a qual a criança passa por significativos processos de desenvolvimento, que são influenciados pela realidade em que está inserida. Entre esses processos, estão o crescimento físico, o amadurecimento do cérebro, a aquisição dos movimentos, o desenvolvimento da capacidade de aprendizado e a iniciação social e afetiva (CYPEL, 2011)

Em meio a esse contexto, no Brasil, foi sancionado recentemente o Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2016), que determina que as políticas públicas voltadas ao atendimento dos direitos dessas crianças sejam elaboradas e executadas com vistas ao atendimento integral, estabelecendo, ainda, a priorização do atendimento daquelas famílias em situação de vulnerabilidade ou com direitos violados, bem como as que têm crianças com indicadores de risco ou deficiência.

Contudo, para a identificação de demandas reais e planejamento de políticas públicas que venham a efetivamente supri-las, o primeiro passo necessário é o diagnóstico e por isso a importância de, primeiramente, conhecer as condições de vida dessas crianças que demandam prioridade.

Um estudo realizado por Barata (2000) enfatiza a íntima relação entre saúde e as condições de vida quando observa que os indivíduos mais afetados nas epidemias que ocorreram durante o século XX, por exemplo, eram os que, em geral, viviam na periferia, em moradias pouco espaçosas, sem estrutura de saneamento básico, com alimentação inadequada e renda insuficiente para manter condições mínimas de sobrevivência.

Assim, em decorrência da consciência de que, dentre outros fatores, a pobreza na Primeira Infância pode ser uma barreira trágica ao desenvolvimento integral da criança, a pesquisa desenvolvida teve como objetivo responder à seguinte pergunta: Qual o perfil da primeira infância em situação de pobreza no Estado do Ceará?

### METODOLOGIA

Seguindo um critério legal estabelecido pelo Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2016), que preconiza a priorização do atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade, a pesquisa definiu, como população-alvo, crianças de zero a seis anos em situação de pobreza no estado do Ceará. Destaca-se, contudo, que, segundo o Ministério do Desenvolvimento Social, ao falar-se de famílias em situação de pobreza, está-se referindo àquelas com renda *percapita* de até R\$ 170,00.

Quanto à tipologia da pesquisa, seguindo a classificação de Gil (2010), é de abordagem quantitativa, por ter se utilizado de dados estatísticos e de quantificação de informações; descritiva, quanto aos objetivos, por apresentar

a descrição das características de certa população; e de corte temporal transversal, tendo em vista que todos os dados foram coletados em um único momento.

A coleta de dados foi feita por meio do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único), que é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor sua realidade socioeconômica por meio do registro de informações como características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de renda, entre outras, funcionando como uma porta de entrada para as famílias acessarem diversas políticas públicas.

Os dados coletados, disponíveis na plataforma TabCad do Ministério do Desenvolvimento Social, fazem referência ao período de junho de 2017, quando o Cadastro Único contava com 5.385.085 pessoas cadastradas, das quais, 10,8% tinham de zero a seis anos – vivenciando, portanto, a primeira infância – e foram essas 581.336 crianças que compuseram a amostra da pesquisa.

As variáveis investigadas foram categorizadas em seis dimensões e codificadas, conforme descrito no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1. Categorização das dimensões e variáveis investigadas

DIMENSÃO	VARIÁVEL
Renda (R)	R1. Faixa de renda total da família R2. Faixa de renda <i>per capita</i> da família R3. Beneficiária do Programa Bolsa-Família
Habitação (H)	H1. Calçamento em frente ao domicílio H2. Zona do domicílio H3. Existência de banheiro H4. Forma de abastecimento de água H5. Forma de coleta de lixo H6. Forma de escoamento sanitário H7. Material predominante nas paredes externas do domicílio H8. Material predominante no piso do domicílio H9. Existência de água canalizada no domicílio H10. Tipo de iluminação presente no domicílio
Educação (E)	E1. Inserção na escola
Saúde (S)	S1. Pessoa com deficiência
Violação de Direitos (VD)	VD1. Situação de Rua VD2. Situação de Trabalho Infantil
Outros (O)	O1. Sexo O2. Cor ou Raça

Por fim, realizou-se, através de cálculos estatísticos de frequência simples, a análise descritiva dos dados coletados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 581.336 crianças de zero a seis anos que compõem a amostra, 372.774 (64,12%) encontram-se na faixa de zero a quatro anos e 208.562 (35,88%) na faixa de cinco a seis anos, o que nos sugere uma primeira e importante informação, a maior parte das crianças pequenas em situação de pobreza no estado do Ceará está vivenciando o que a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal denominou, segundo Marino e Pluciennik (2013), de “primeiríssima infância” – a faixa etária que vai de zero a três anos – período decisivo para a estruturação física e psíquica do indivíduo.

É preciso conhecer, a fundo, as condições de vida dessas crianças para que se possa planejar políticas públicas voltadas ao seu desenvolvimento integral.

Segundo os dados coletados na pesquisa, no que se refere à dimensão renda (Tabela 1), 95,11% das crianças de zero a seis anos cadastradas no Cadastro Único pertencem a famílias consideradas de baixa renda, que contam com até 1 salário mínimo mensal (R\$ 937,00, à época) para suprir as suas necessidades básicas.

Dessas, 73,18% pertencem a famílias com renda *per capita* de até R\$ 85,00. Ou seja, são 425.441 crianças no estado do Ceará, consideradas, pelo governo federal, em situação de extrema pobreza. Outros 13,12%, em situação de pobreza, com renda entre R\$85,01 e R\$ 170,00. Portanto, 86,3% da amostra encontra-se em situação precária de renda, o que compromete consideravelmente, a depender da qualidade das políticas públicas voltadas à assistência e garantia de direitos desse público, o desenvolvimento integral dessas crianças.



Vale ressaltar, que 78,56% da amostra (456.701 crianças) é beneficiária do Programa Bolsa-Família, recebendo, mensalmente, pelo menos R\$ 39,00 mensais do governo federal.

Tabela 1. Dimensão Renda (R)

VARIÁVEL	RESPOSTA	Valor Absoluto	%
R1. Faixa de renda total da família	Até 1 salário mínimo	552.921	95,11
	Entre 1 e 2 salários mínimos	25.213	4,34
	Entre 2 e 3 salários mínimos	2.684	0,46
	Acima de 3 salários mínimos	518	0,09
	Sem resposta	0	0
R2. Faixa de renda <i>per capita</i> da família	Até R\$85,00	425.441	73,18
	R\$ 85,01-R\$170,00	76.266	13,12
	R\$170,01-R\$1/2 S.M	74.640	12,83
	Acima de 1/2 S.M	4.989	0,86
	Sem resposta	0	0
R.3 Beneficiária do Programa Bolsa-Família	Não	124.635	21,44
	Sim	456.701	78,56
	Sem resposta	0	0

No que diz respeito às condições habitacionais (Tabela 2) dessas crianças, apesar de a maioria (66,79%) morar em domicílios situados em zonas urbanas, em casas predominantemente de alvenaria (94,4%), 41,02% (281.726) reside em domicílio sem nenhum tipo de calçamento em frente.

Um dado que chama atenção é o fato de 9,72% (56.503 crianças) ainda morar em domicílios sem banheiro, e 63,31%, uma maioria significativa da amostra, residir em domicílios sem rede coletora de esgoto, ou seja, em áreas sem saneamento básico apesar de ser este um direito essencial garantido constitucionalmente no Brasil.

Para Pinho e Matulja (2012), este reconhecimento legal é reflexo das profundas implicações desse serviço para a saúde pública e do ambiente, à medida que sua carência pode afetar negativamente em campos essenciais como educação, trabalho, economia, biodiversidade, disponibilidade hídrica, entre outras.

Outro fato considerável é o de que 20,21% da amostra (460.500 crianças) reside em domicílios sem água encanada e, naquelas em que há, o abastecimento de água é realizado, em sua maioria (69,43%), via rede geral de distribuição e 30% com outras formas de abastecimento.

Quanto ao lixo, 73,34% das residências o têm coletado, mesmo que 6,55% ainda de forma indireta. Contudo, 151.621 crianças (26,07%) ainda moram em domicílios onde o lixo não é coletado. Além disso, 4,57% (26.581 crianças) mora em domicílios revestidos com material precário, como taipa e madeira aproveitada.

Tabela 2. Dimensão Habitação (H)

VARIÁVEL	RESPOSTA	Valor Absoluto	%
H1. Calçamento em frente ao domicílio	Total	281.726	48,46
	Parcial	57.803	9,94
	Não existe	238.466	41,02
	Sem resposta	3.341	0,57
H2. Zona do domicílio	Urbanas	388.325	66,79
	Rurais	192.958	33,19
	Sem Resposta	53	0,01
H3. Existência de banheiro	Sim	521.494	89,71
	Não	56.503	9,72
	Sem resposta	3.339	0,57

H4. Forma de abastecimento de água	Rede geral de distribuição	403.600	69,43
	Poço ou nascente	109.023	18,75
	Cisterna	26.670	4,59
	Outra forma	38.704	6,66
	Sem resposta	3.339	0,57
H5. Forma de coleta do lixo	Coletado diretamente	388.276	66,79
	Coletado indiretamente	38.100	6,55
	Queimado ou enterrado na propriedade	137.365	23,62
	Jogado em terreno baldio ou logradouro	12.901	2,21
	Jogado em rio ou mar	326	0,06
	Tem outro destino	1.029	0,18
	Sem resposta	3.339	0,57
H6. Forma de escoamento sanitário	Rede coletora de esgoto ou pluvial	153.430	26,39
	Fossa séptica	126.136	21,70
	Fossa rudimentar	229.649	39,50
	Vala a céu aberto	5.742	0,99
	Direto para um rio, lago ou mar	1.519	0,26
	Outra forma	5.018	0,86
	Sem resposta	59.842	10,29
H7. Material predominante nas paredes externas do domicílio	Alvenaria/tijolo com revestimento	446.017	76,72
	Alvenaria/tijolo sem revestimento	102.854	17,69
	Madeira aparelhada	264	0,05
	Taipa revestida	14.694	2,53
	Taipa não revestida	11.887	2,04
	Madeira aproveitada	596	0,10
	Palha	141	0,02
	Outro material	1.453	0,25
	Sem resposta	3.339	0,57
H8. Material predominante no piso do domicílio	Terra	21.060	3,62
	Cimento	412.332	70,92
	Madeira aproveitada	385	0,07
	Madeira aparelhada	330	0,06
	Cerâmica, lajota ou pedra	139.309	23,96
	Carpete	236	0,04
	Outro material	4.345	0,75
	Sem resposta	3.339	0,57
H9. Existência de água canalizada no domicílio	Sim	460.500	79,21
	Não	117.497	20,21
	Sem resposta	3.339	0,57
H10. Tipo de iluminação presente no domicílio	Elétrica com medidor próprio	529.291	91,04
	Elétrica com medidor comunitário	8.071	1,39
	Elétrica sem medidor	21.873	3,76
	Óleo, querosene ou gás	3.062	0,53
	Vela	2.243	0,39
	Outra forma	13.457	2,31
	Sem resposta	3.339	0,57

A educação (Tabela 3), segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (Cap.IV, art.54, inciso IV) é um direito que deve ser garantido a todas as crianças, sendo dever do Estado assegurar, àquelas de zero a cinco anos de idade, atendimento em creche ou pré-escola.

Contrariando o Estatuto, entretanto, segundo evidenciam os dados levantados na pesquisa, existem pelo menos 395.776 crianças de zero a seis anos (68,08%), em situação de baixa renda, que não frequentam a escola. Entre as crianças que estão frequentando, a maioria é usuária da rede pública de ensino.

Tabela 3. Dimensão Educação (E)

VARIÁVEL	RESPOSTA	Valor Absoluto	%
E1. Inserção na escola	Sim, rede pública	162.360	27,93
	Sim, rede particular	17.446	3,00
	Não, já frequentou	842	0,14
	Nunca frequentou	394.934	67,94
	Sem resposta	5.754	0,99

Com relação à saúde (Tabela 4), constata-se que 0,76% da amostra foi cadastrada como tendo algum tipo de deficiência. Contudo, não foi possível especificar os tipos de deficiência porque mais de 99% dos cadastros das crianças estão sem resposta quanto à descrição da deficiência.

Tabela 4. Dimensão Saúde (S)

VARIÁVEL	RESPOSTA	Valor Absoluto	%
S1. Pessoa com Deficiência	Sim	4.411	0,76
	Não	576.925	99,24
	Sem resposta	0	0

No que tange à dimensão Violação de Direitos (Tabela 5) sofridos pelas crianças cadastradas, o sistema só registra aquelas relacionadas à situação de rua e trabalho infantil. Ambas apresentaram uma prevalência que não chega a representar 1% da amostra. Ainda assim, a que foi mais registrada foi a situação de rua, vivenciada por 53 crianças da amostra. Vale sempre ressaltar que, ao tratar-se dessas questões, o objetivo será sempre alcançar o indicador zero.

Tabela 5. Dimensão Violação de Direitos (VD)

VARIÁVEL	RESPOSTA	Valor Absoluto	%
VD1. Situação de rua	Não	581.283	99,99
	Sim	53	0,01
	Sem resposta	0	0
VD2. Situação de trabalho infantil	Sim	17	0,003
	Não	581.319	99,997
	Sem resposta	0	0

Por fim, percebe-se, na análise da dimensão Outros (Tabela 6), que há um equilíbrio, em respeito ao sexo das crianças que compõem a amostra, com uma pequena prevalência de meninos, que supera em 2,44% o número de meninas.

Quanto à cor, 82,53% das crianças, o que indica uma maioria significativa, foram declaradas por seus responsáveis como de cor parda. Em segundo lugar, aparece o registro da cor branca. Apenas 0,47% das crianças foram declaradas como de cor preta e, 0,22%, como indígena.

Tabela 6. Dimensão Outros (O)

VARIÁVEL	RESPOSTA	Valor Absoluto	%
O1. Sexo	Masculino	297.786	51,22
	Feminino	283.550	48,78
	Sem resposta		

O2. Cor ou raça	Branca	95.038	16,35
	Preta	2.705	0,47
	Amarela	2.529	0,44
	Parda	479.769	82,53
	Indígena	1.295	0,22
	Sem resposta	0	0

## CONCLUSÃO

Como resposta à pergunta de partida da pesquisa – Qual o perfil da primeira infância em situação de pobreza no Estado do Ceará? – concluiu-se que, primeiramente, a maioria das crianças de até seis anos de idade, em situação de pobreza, cadastradas no Cadastro Único do governo federal é do sexo masculino, declaradamente de cor parda e concentra-se, em sua maior parte, numa faixa que vai até os 04 anos de idade.

Com relação à renda familiar, a maioria vivencia uma situação de extrema pobreza, com renda *per capita* de até R\$ 85,00, e beneficiária de programa de transferência de renda. E, no que diz respeito à educação, os dados evidenciaram que chega a quase 70% o número de crianças que ainda não são atendidas pela rede de Ensino.

Quanto às condições habitacionais, constatou-se que a maioria das crianças reside em áreas urbanas, em domicílios de alvenaria – apesar de 4,57% ainda viver em casas construídas com materiais precários –, sem calçamento na frente, que contam com banheiros, coleta de lixo e água encanada, mas sem saneamento básico.

Apesar de a meta ideal ser sempre o zero, felizmente, menos de 0,1% da amostra vive em situação de rua ou realizando trabalho infantil. Por fim, ressalta-se que não se pôde chegar a inferências significativas com relação ao quantitativo e tipificação de crianças com deficiência porque a maioria dos cadastros foi omissa nesse quesito.

A pesquisa, portanto, contribui para o planejamento de políticas públicas voltadas à promoção da saúde integral na Primeira Infância de crianças em situação de vulnerabilidade no Estado do Ceará, ao retratar importantes dados referentes às atuais condições de vida dessa população.

## REFERÊNCIAS

- BARATA, R. B. Cem anos de endemias e epidemias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 333-345, 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200008&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200008>.
- BRASIL. **Lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Lex: Estatuto da Criança e do Adolescente*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm). Acesso em 27 de Agosto de 2017.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 13.257, de 08 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código de Processo Civil, a CLT, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 mar. 2016. p.1.
- CYPEL, Saul (Org). **Fundamentos do Desenvolvimento Infantil**: da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.
- DIDONET, V. et al. **A intersectorialidade nas políticas para a primeira infância**. Disponível em:< [https://undime.org.br/uploads/documentos/phpcrSG7h\\_55a64dbb2efb2.pdf](https://undime.org.br/uploads/documentos/phpcrSG7h_55a64dbb2efb2.pdf)>. Acesso em: 20/08/2017.
- MARINO, E.; PLUCIENNIK, G. A. (org). **Primeiríssima infância da gestação aos três anos**: percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2013.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- PINHO, R.; MATULJA, A. A Importância do Saneamento para a Promoção da Saúde: Os Impactos da Carência e Caminhos para a Transformação da Realidade Brasileira. In: PELICIONI, M. C. F. **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constitution of the World Health Organization**: basic documents. Genebra: World Health Organization, 1946.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERCEPÇÕES DE UM GRUPO DE MULHERES SOBRE O PILATES: DO PRÉ-NATAL AO PÓS-PARTO IMEDIATO

Pauliana Carolina de Souza<sup>1</sup>, Cléria Maria Lobo Bittar<sup>2</sup>

1. Fisioterapeuta, Mestre em Promoção de Saúde, Universidade de Franca, Franca-São Paulo-Brasil

2. Psicóloga, Docente do Curso de Psicologia e do Programa de Mestrado e Doutorado em Promoção de Saúde na Universidade de Franca, Franca-São Paulo-Brasil.

E-mail: doutorapaulianasouza@outlook.com

Palavras-chave: Gestação. Pilates. Promoção da Saúde. Percepção.

### INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi criada após a aprovação do SUS e está alinhada aos seus princípios e premissas, passando por uma revisão em 2014 (BRASIL, 2014).

Mesmo direcionamento tem a criação, em 2000 da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que propõe a melhoria da atenção à saúde reprodutiva, e prevê a capacitação dos serviços de saúde para atender necessidades específicas das mulheres, inclusive a humanização da assistência durante todas as fases da vida (BRASIL, 2004).

Pensando na melhoria da atenção à saúde reprodutiva da mulher, é interessante oferecer a ela atividades que promovam sua saúde da gestação ao pós-parto, pois, em uma gestação sem complicações, o organismo passa por alterações físicas e psíquicas, às quais se a gestante puder contar com terapias e/ou exercícios físicos para se adaptar às mesmas ou amenizá-las, poderá melhorar sua qualidade de vida neste período. Entre as alterações mais comuns, destacam-se: musculoesqueléticas, urinárias, digestórias, hemodinâmicas, hormonais, cardiopulmonares e psíquicas (SOUZA et. al., 2002; CUNHA et. al., 2012).

As alterações musculoesqueléticas são caracterizadas por mudanças significativas no equilíbrio corporal, que começam a ser observadas a partir do segundo trimestre gestacional podendo perdurar algumas semanas após o parto. Além disso, são evidentes na realização da marcha mudanças significativas na cinética e cinemática nos membros inferiores, decorrentes das modificações na distribuição de massa (MANN et. al., 2010).

Outra alteração que merece atenção é quanto ao alinhamento corporal, modificado durante a gestação como uma forma de adaptar-se ao crescimento uterino, onde comumente há um aumento na lordose lombar. É importante salientar que esta mudança de centro de massa é um dos fatores causais das frequentes lombalgias gestacionais, que são as queixas mais comuns entre gestantes (cerca de 50%), podendo comprometer sua qualidade de vida (MOREIRA et. al., 2011).

Além da mudança do centro de massa, outro fator relevante na gestação que pode levar ao surgimento das lombalgias gestacionais e puerperais é a diástase abdominal. Segundo Chiarello et. al. (2005) gestantes submetidas a um programa de fortalecimento abdominal apresentam menores valores de diástase abdominal, podendo prevenir as lombalgias.

Por ter poucas contraindicações, o Pilates pode se tornar uma estratégia para promover a saúde da gestante, abrangendo um dos campos de ação da promoção da saúde (PS), principalmente no que diz respeito à mudança do estilo de vida e criação de hábitos saudáveis (DAVIM, 2017).

O método Pilates consiste em exercícios físicos que utilizam recursos como a gravidade, o peso corporal e a resistência através de molas, buscando a filosofia do bem-estar. Para sua prática pode-se utilizar aparelhos específicos em que a carga externa é transportada por meio de molas com o objetivo de resistir ou auxiliar a execução do movimento, com a finalidade de promover aptidão e/ou reabilitar. Existe também a possibilidade de se utilizar o solo para sua prática, tendo como carga o próprio peso corporal somado à ação da gravidade. Seus princípios básicos são a concentração, o controle, a centralização, a respiração e a precisão, resultando em ganho de força, relaxamento, estabilização e controle muscular global. Além disso, propõe um trabalho muscular do AP podendo ser eficaz na proposta de prevenção das disfunções do mesmo (RODRIGUES et. al, 2010; VIEIRA et. al., 2013).

A prática do método é indicada em várias fases da vida, tanto para reabilitar quanto para obter condicionamento, podendo ser aplicados em populações específicas como: gestantes (exceto aquelas que apresentem contraindicações médicas para quaisquer exercícios físicos), idosos, atletas e também em diversos problemas ortopédicos, como diminuição de flexibilidade e escoliose. Atualmente muito indicado também para tratamento de

lombalgia, uma vez que sua incidência tem aumentado, limitando o indivíduo desde as atividades profissionais até as de lazer (MANN et. al., 2008). Esta tem grande indicação para a prática do Pilates, sendo possível fazer uma correlação com a indicação do método na gestação, pois, durante a mesma, a lombalgia está entre as queixas mais comuns devido às alterações musculoesqueléticas que o corpo gravídico sofre (SILVA, 2009; FERREIRA et. al., 2016).

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva, que utilizou a observação participante durante as sessões de Pilates com um grupo de gestantes e registros em seus prontuários sobre seus relatos a respeito de suas impressões quanto à gestação e mesmo sobre as atividades que eram propostas durante as sessões.

O estudo ocorreu entre fevereiro e agosto de 2016 (mês no qual a última participante passou pelo processo de parturição) em uma clínica de fisioterapia localizada no município de Franca.

Para recrutar as participantes foi realizada uma busca ativa por meio de um anúncio feito pela pesquisadora em uma rede social (Facebook), durante um período de um mês. De um total de 10 candidatas, foram selecionadas cinco que se enquadravam nos pré-requisitos apresentados no anúncio: idade gestacional entre a 12<sup>a</sup> e 16<sup>a</sup> semanas, apresentação de documento de liberação médica para a prática de exercício físico, primíparas ou múltiparas com idade entre 20 e 40 anos que possuíam condições de frequentar as sessões de Pilates. Ressalta-se que as sessões não tiveram custo algum para as participantes.

Foram realizadas, em média, 30 sessões de Pilates com duração de 50 minutos cada, com frequência semanal de duas sessões, nas quais as gestantes praticavam exercícios de fortalecimento e alongamento (membros superiores, powerhouse e membros inferiores) no solo e nos aparelhos instruídos e supervisionados pela própria pesquisadora. Os horários e dias das sessões foram marcados de acordo com a disponibilidade de cada participante.

Foram registradas em diários de campo as observações feitas pela pesquisadora e todos os relatos espontâneos feitos por cada participante com relação ao método aplicado que apresentassem relevância para o estudo, bem como suas impressões e comentários que surgissem espontaneamente durante as sessões de Pilates.

Foram selecionados exercícios do método Pilates para solo e aparelhos, todos com o objetivo de trabalhar o fortalecimento e do Powerhouse, fortalecimento e alongamento dos músculos dos membros inferiores e superiores, com ênfase nas necessidades musculoesqueléticas que as gestantes apresentam durante o período gestacional. As repetições dos exercícios variavam entre 10 a 12 repetições, conforme prescrito por Joseph em seu livro "O retorno à vida pela *Contrologia*" (PILATES, 2010).

No mês de julho houve o primeiro parto. Para cada parto acontecido a pesquisadora entrava em contato com a participante parturiente para agendar uma entrevista que era realizada na casa desta dentro da primeira semana pós-parto.

As entrevistas aconteceram nas residências das participantes e seguiram um roteiro semiestruturado que tinha a finalidade de conhecer seus relatos sobre a gestação, o parto e pós-parto imediato e suas impressões sobre as sessões de Pilates realizadas durante a gestação.

As questões que nortearam o roteiro semiestruturado foram: a) *Como foi a sua experiência de parto?* b) *Como está sendo seu pós-parto?* c) *O que você achou do [método] Pilates durante a gestação?* d) *Acredita que ele teve alguma influência no parto?*

Para as duas participantes que já tinham experiência anterior com parto foi feita ainda a seguinte pergunta: *"Na sua gestação anterior a qual você não praticava Pilates, notou alguma diferença entre ela e a atual?" [em caso afirmativo: "Qual?"]*. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Após exaustiva leitura passou-se a identificação de núcleos de sentidos nas respostas, o que possibilitou a construção de categorias temáticas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes tinham entre 20 e 37 anos de idade, sendo 03 primíparas e 02 múltiparas. Quatro delas praticavam algum tipo de atividade física antes da gestação, porém nenhuma destas atividades era o Pilates. A categorização temática foi realizada *a posteriori*, pelas informações extraídas das falas transcritas da entrevista, bem como dos registros feitos no diário de campo. A partir do reconhecimento dos sentidos foram construídas as categorias temáticas.

As informações coletadas durante a pesquisa foram agrupadas em unidades temáticas, a partir das quais foram feitas as descrições e interpretações. Neste sentido, foram construídas duas categorias: A) Percepções sobre o Pilates na gestação; B) Percepções sobre o Pilates no parto e o pós-parto imediato.

#### a) Percepções sobre o Pilates na gestação

No decorrer de todas as entrevistas, notou-se a satisfação que cada participante esboçou em ter realizado os exercícios de Pilates durante a gestação. Em cada fala, ouviram-se comumente as frases: “gostei muito”, “achei muito bom”, “achei bem interessante”, “pra mim foi excelente”, entre outras com o mesmo sentido.

*“Melhorou o equilíbrio, a circulação. Com a musculação, eu como praticante, não via mais a possibilidade de pegar peso, então eu encontrei no Pilates algo mais leve, mas que me favoreceria nesse sentido enquanto uma atividade física.” (P1)*

Partindo-se das falas e comparando-as com as informações extraídas dos registros, foi observada a concordância com as falas. Em uma das sessões, P1 comentou estar sentindo desconforto para se deitar em casa e, com isto sentia falta dos exercícios nos dias em que não os fazia, principalmente aos finais de semana. O método através de seus princípios (concentração, controle, centralização, respiração, fluidez e precisão) trazem inúmeros benefícios para a gestante atuando não só nas alterações musculoesqueléticas, mas também nas respiratórias e circulatórias, além das alterações de autoestima (KROETZ, 2015).

#### b) Percepções sobre o Pilates no parto e no pós-parto imediato

Das cinco participantes, três tiveram partos vaginais (P1, P2 e P4), sendo dois normais (com intervenções, como analgesia e/ou episiotomia) e um natural (sem intervenções). Outras duas participantes tiveram parto cesárea (P3 e P5) por indicação médica. Pode-se observar que, das cinco participantes, três tiveram parto vaginal com poucas horas de trabalho de parto (máximo de 12 horas).

*“Então eu fiquei em trabalho de parto quatro horas e pouco, quatro horas e dez minutos, foi bem rápido eu achei.” (P3)*

A respiração diafragmática adequada e bem assistida durante a prática do Pilates pode ser um fator primordial à preparação da gestante ao parto vaginal. Böing et.al. (2007) concluíram em sua pesquisa que a técnica respiratória, além de interferir no parto como fator relaxante, diminui a sensação dolorosa, principalmente se for realizada de forma lenta e profunda, se tornando uma alternativa potencial para o controle da dor durante o trabalho de parto. No que diz relação ao pós-parto, ainda analisando as falas e relatos das participantes que passaram por parto vaginal, a maioria delas demonstrou satisfação, relatando bem-estar tanto físico quanto psicológico.

*“Então, está sendo tranquilo, estou conseguindo amamentar. Está normal, já consigo fazer tudo, tá sendo bem tranquilo.” (P3)*

Nos meses finais da gestação o Pilates tem por finalidade ajudar a gestante a obter ganho de força em membros superiores e inferiores tanto para uma boa recuperação do trabalho de parto quanto para futuros cuidados com o bebê, já que a amamentação e o suporte do peso do bebê no colo exigem esse preparo (KROETZ, 2015). Segundo Surita (2014), independentemente do tipo de parto, o exercício físico sempre vai oferecer ganhos para a gestante, tanto no pós-parto imediato quanto no puerpério.

A última pergunta feita exclusivamente para as duas participantes multíparas, possibilitou comparações desta gestação com as anteriores nas quais não praticaram o Pilates:

*“Eu achei que foi mais leve, não senti tanta dificuldade pra caminhar, pra respirar, conseguia subir essa escada aqui que das outras vezes, eu sentia fadiga, pra ir até o supermercado da esquina era um sofrimento, eu sentia que eu estava mais disposta né, mais flexível.” (P4)*

Baseando-se nestes relatos de comparação entre as gestações anteriores e a atual destas duas participantes, verifica-se a importância e relevância da prática do Pilates durante a gravidez. Ressalta-se que, durante a entrevista nenhuma participante relatou ter percebido ou encontrado algum ponto negativo durante a prática dos exercícios do método.

As percepções das participantes deste estudo com relação ao Pilates durante a gestação, parto e pós-parto se mostrou positiva, contemplando a maioria dos benefícios do método citados na literatura.

## CONCLUSÃO

O Pilates apresentou-se como um exercício físico seguro e eficiente para este grupo de mulheres que o praticaram durante o período gestacional. A boa receptividade e resultado da prática do Pilates na gestação, no parto e pós-parto imediato sugerem uma mudança na atenção à saúde da gestante por parte dos profissionais de saúde.

Além de ser um exercício que apresenta poucas contraindicações, foram-lhe atribuídos benefícios, segundo a percepção das participantes, que devem ser levados em consideração pelos profissionais de saúde quanto à

sua indicação, tais como: promoção do bem-estar, relaxamento e disposição, alívio das tensões musculares de forma generalizada (membros superiores, inferiores e coluna), melhora da postura, das AVD, da flexibilidade, boa recuperação pós-cesárea, diminuição no tempo do trabalho de parto vaginal, diminuição da dor pós-parto tanto do vaginal quanto da cesárea e facilidade na amamentação.

Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar outras pesquisas cujas finalidades sejam as de conhecer outros efeitos que o método possa vir a oferecer aos praticantes.

## REFERÊNCIAS

- BÖING, I.; SPERANDIO, F. F.; SANTOS, G. M. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. **Femina**, v. 35, n. 1, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**. Brasília/DF, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Revisão da Portaria MS/GM nº 687 de 30 de março de 2006. Brasília/DF, 2014.
- CHIARELLO, C. M.; FALZONE, L. A.; McCASLIN, K. E.; PATEL, M. N.; ULERY, K. R. The effects of an exercise program on diastasis recti abdominis in pregnant women. **Journal Womens Health Physical Therapy**, v. 29, n. 1, p. 11-16, 2005.
- CUNHA, A. B.; RICKEN, J. X.; LIMA P.; GIL, S.; CYRINO, L. A. R. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. **Revista Saúde e Pesquisa**, Joinville, v. 5, n. 3, p. 579-586, 2012.
- DAVIM, R. M. B. Pilates na Gestação. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, 11(3), 2017. FERREIRA, T. N.; MARTIN, P. C. M. L.; CAVALCANTI, D. S. P. O método pilates em pacientes com lombalgia. Saúde & Ciência em ação. **Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, v.2, n.1, 2016.
- KROETZ, D. C.; dos SANTOS, M. D. Benefícios do Método Pilates nas Alterações Músculoesqueléticas decorrentes do período gestacional. **Visão Universitária**, Cassilândia – MS, v.3, p. 72-89, 2015.
- MANN, L.; KLEINPAUL, J. F.; MOTA, C. B.; dos SANTOS, S. G. Biomecânica da gestação. **Motriz**, Rio Claro, v.16, n. 3, p. 730-741, jul./set. 2010.
- MANN, L.; KLEINPAUL, J. F.; TEIXEIRA, C. S.; KONOPKA, C. K. Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. **Fisioterapia e Movimento**, Santa Maria – RS. v. 21, n. 2, p. 99-105, abr./jun. 2008.
- MOREIRA, L. S.; ANDRADE, S. R. S.; SOARES, V.; de AVELAR, I. S.; AMARAL, W. N.; VIEIRA, M. F. Alterações posturais, de equilíbrio e dor lombar no período gestacional. **Femina**, Goiânia/GO, v.39, n. 5, 2011.
- PILATES, J. H.; MILLER, W. J. **A obra completa de Joseph Pilates** – Sua saúde e o retorno à vida pela contrologia. 1 ed. São Paulo: Phorte, 2010. p. 105.
- RODRIGUES, B. G. S.; CADER, S. A.; TORRES, N. V. O. B; de OLIVEIRA, E. M.; DANTAS, E. H. M. Pilates method in personal autonomy, static balance and quality of life of elderly females. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**. v. 4, n. 2, p. 195-202, 2010.
- SILVA, A. C. L.; MANNRICH, G. Pilates na reabilitação: uma revisão sistemática. **Revista Fisioterapia e Movimento**, Curitiba, v.22, p.449-455, 2009.
- SOUZAA, I.; FILHO M. B.; FERREIRA L. O. C. Alterações hematológicas e gravidez. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Recife/PE, v. 24, n. 1, p. 29-36, 2002.
- SURITA F. G.; do NASCIMENTO S. L.; SILVA J. L. P. Exercício físico e gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Campinas/SP, v. 36, n. 12, p. 531-4, 2014.
- VIEIRA, F. T. D.; FARIA L. M.; WITTMANN J. I.; TEIXEIRA, W.; NOGUEIRA L. A. C. The influence of Pilates method in quality of life of practitioners. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**. v. 17, n. 4, p. 483-7, 2013.



## **AGRADECIMENTO**

À professora Cléria Maria Lobo Bittar pela orientação, incentivo, paciência e dedicação dispensados ao desenvolvimento deste trabalho.

Aos docentes do Programa de Promoção de Saúde da UNIFRAN.

Às participantes da pesquisa pela disposição e total confiança em meu trabalho.

A CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo apoio financeiro.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CARACTERIZAÇÃO DOS ÓBITOS POR ACIDENTES DE TRANSPORTE NO ESTADO DO CEARÁ EM 2010 A 2014

Renata Adele de Lima Nunes<sup>1</sup> (PG), Joana Mendes de Andrade Augusto Lima<sup>2</sup> (P<sub>5</sub>PG), Maria Alix Leite Araújo<sup>3</sup> (PQ), Maria Vieira de Lima Saintrain<sup>4</sup> (PQ), Rosa Livia Freitas de Almeida (PQ).

1,2. Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil

3,4,5. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: renataadele@hotmail.com

Palavras-chave: Violência. Mortalidade. Acidentes de transporte.

### INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito são atualmente um grave problema de saúde pública e uma das principais causas de morte e lesões em todo o mundo, com impactos sociais e econômicos bastante significativos. Acarretam custos elevados para os indivíduos e comunidades, além de gastos vultosos para os serviços de saúde e para as economias (OMS, 2010).

A urbanização e a simultânea motorização, que vêm se estabelecendo rapidamente, nos países em desenvolvimento, contribuíram demasiadamente para o crescimento dos acidentes de trânsito, requerendo uma engenharia apropriada de estradas e programas de sensibilização, educação, prevenção de riscos e repressão das infrações, que não ocorreram. Diante da magnitude do problema, a atuação do setor público tem sido pouco eficaz (MS, 2005).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) demonstrou que os impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras são bastante significativos. Os custos financeiros em 2006 eram da ordem de 24,6 bilhões de reais, sendo devidos principalmente aos cuidados em saúde, à perda de produção, relativo à morte das pessoas ou interrupção de suas atividades, seguido dos custos associados aos veículos. Afora os custos diretos, há ainda custos indiretos de impactos imensuráveis, que acabam promovendo uma desestruturação familiar e pessoal. (MS, 2007).

Ações preventivas, para serem efetivas e eficazes, devem levar em consideração as singularidades locais, evitando adoção de práticas de gestão que, embora consagradas em outras regiões do país, não atendem às especificidades de cada região. Neste sentido, o presente trabalho propõe-se a realizar a caracterização dos acidentes de transporte no estado do Ceará.

### METODOLOGIA

Realizou-se estudo epidemiológico descritivo, com dados referentes aos óbitos por acidentes de transporte no estado do Ceará, Brasil, no período de 2010 a 2014. A fonte de dados foi o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Este sistema foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1975, após padronização do modelo da Declaração de Óbito (DO). Nele, podem ser encontradas todas as variáveis presentes na DO, o que permite a construção de indicadores que contribuam para a eficiência da gestão em saúde (MS, Portal da Saúde, 2016).

Realizou-se estudo epidemiológico descritivo com dados referentes aos acidentes de transporte

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MS, 2005) define acidente como evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID 10, no capítulo XX, referente a causas externas, e com os seguintes códigos: acidentes de transporte (V 00

– V 99) e demais acidentes (W 00 –X 59). Para efeito deste trabalho, analisaremos os óbitos cuja classificação esteja compreendida entre os códigos V 00 a V99.

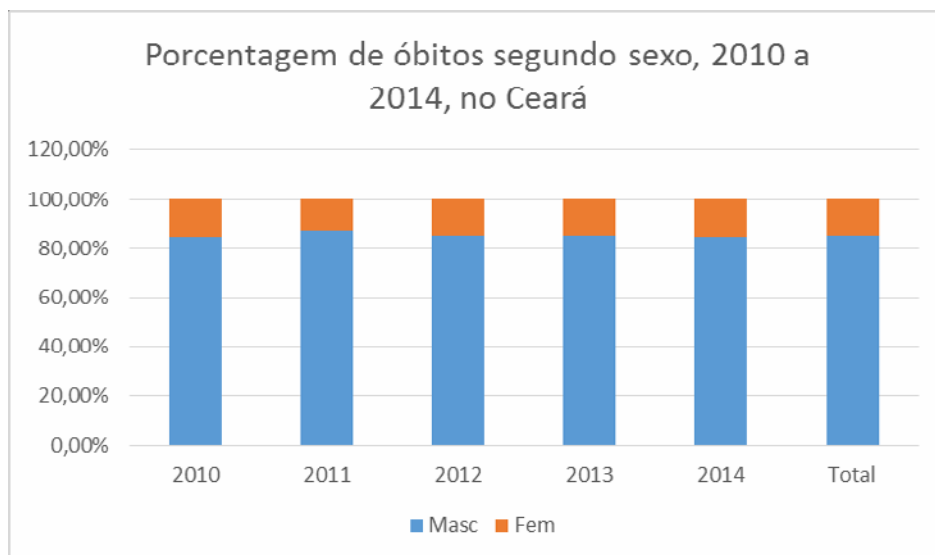
Analisaram-se as variáveis sexo, faixa etária, anos de escolaridade e grupo do CID, que se refere ao tipo de acidente de transporte.

Todas as bases de dados utilizadas são de acesso público, por meio do sítio do DATASUS, portanto não foi necessário submeter este estudo a apreciação do comitê de ética.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estado do Ceará registrou 12.095 óbitos por acidentes de transporte no período de 2010 a 2014. O número de óbitos em indivíduos do sexo masculino foi desproporcionalmente maior que no sexo feminino, com médias de 85,3 % e 14,7 % (gráfico 1), o que pode indicar que a adoção de comportamentos de risco é mais expressiva em homens. Os homens estão mais expostos a situações de risco como os acidentes e a violência por conta de comportamentos reafirmadores da masculinidade, próprios da sociedade contemporânea, tornando-os paradoxalmente mais vulneráveis a eventos de risco de morte precoce por agravos evitáveis (MOURA et al., 2015).

Gráfico 1. Porcentagem de óbitos por acidentes de transporte segundo sexo, no período de 2010 a 2012, Ceará.



Fonte: MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM

Em todos os anos avaliados, observa-se que a população de adultos jovens é a mais atingida por este agravo, sendo que a faixa etária de 20 a 29 anos responde por 26,2 % do total de óbitos. Se a somarmos à faixa etária de 30 a 39 anos, as duas correspondem a 46,8 % dos óbitos. A maioria dos acidentes de trânsito envolvendo jovens ocorre com a presença do uso de álcool, nos finais de semana e durante a madrugada; geralmente estes acidentes são colisões frontais por excesso de velocidade e por isso mesmo costumam ser fatais. (MS, 2005). Este dado demonstra a expressiva perda de força de trabalho devido aos acidentes, impactando negativamente a economia do país e gerando custos sociais que não podem ser negligenciados (Tabela 1).

Tabela 1. Porcentagem de óbitos por acidentes de transporte segundo faixa etária, no período de 2010 a 2012, Ceará

	2010	2011	2012	2013	2014
Menor 1a	0,4	0,2	0,2	0,0	0,2
1 a 9 a	2,0	1,7	1,4	1,8	1,7
10 a 19 a	10,2	9,9	10,8	9,8	11,5
20 a 29 a	27,9	25,2	26,7	25,1	26,4
30 a 39 a	20,4	22,1	21,1	19,9	20,0
40 a 49 a	13,7	15,9	15,1	15,2	14,2
50 a 59 a	10,9	10,5	9,9	12,0	11,3
60 a e mais	14,3	14,2	14,6	16,3	14,5

Fonte: MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM.

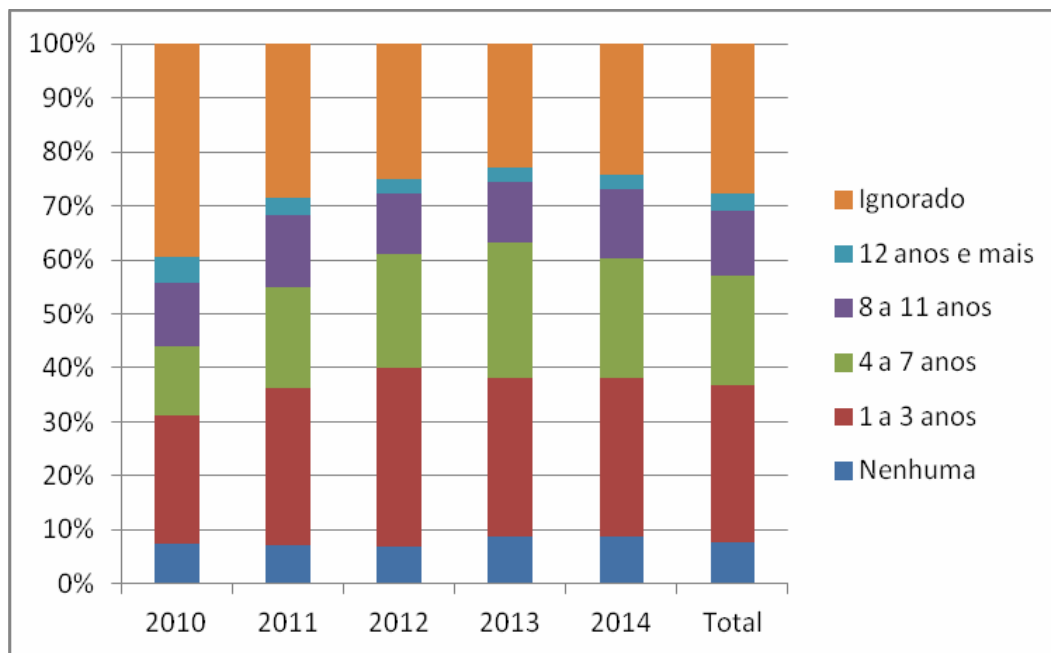
A faixa etária é variável fundamental para ações de prevenção, pois vários estudos demonstram características completamente diferenciadas entre os diferentes grupos etários. Os acidentes com pessoas idosas estão relacionados, principalmente, a menor capacidade de responder aos desafios das regras do trânsito por deficiências visuais, auditivas, de movimentos ou por causa de uso de medicamentos responsáveis pela diminuição de seus

reflexos, enquanto aqueles que ocorrem em jovens geralmente estão relacionados ao álcool, excesso de velocidade e outros comportamentos de risco (MS 2005).

O número de óbitos em pessoas com 1 a 3 anos de escolaridade foi de 3.522 casos, enquanto que o número de mortes em pessoas com 12 anos ou mais de escolaridade foi de 384 casos (gráfico 2). Chama a atenção o expressivo número de indivíduos cuja escolaridade foi registrada como ignorada, um total de

3.354 casos. Este dado pode indicar a baixa adesão dos profissionais que trabalham em segurança pública em realizar uma boa coleta de dados, seja por falta de treinamento, especialização, interesse ou tempo. (OMS, 2010)

Gráfico 2. Porcentagem de óbitos por acidentes de transporte segundo anos de escolaridade, no período de 2010 a 2012, Ceará.



Fonte: MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM

Em relação ao tipo de acidente de transporte, vemos que os motociclistas respondem pelo maior número de casos, com uma média percentual de 31,3% dos casos no período estudado (tabela 2). Segundo Martins et al (2013), em um estudo de séries temporais, houve no Brasil um incremento na taxa de mortalidade por acidentes envolvendo motocicletas da ordem de 800%, passando de 0,5 para 4,5/100.000 no período entre 1996 e 2009, representando um aumento anual de 19% no período estudado. Número expressivo de acidentes envolvendo pedestres também foi observado, totalizando uma média de 19,6%.

Tabela 2. Porcentagem de óbitos por acidentes de transporte segundo grupo do CID, no período de 2010 a 2012, Ceará.

	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%
Motociclista	701	31,5	706	31,3	841	33,6	757	30,8	784	29,5
Pedestre	547	24,6	471	20,9	448	17,9	500	20,4	409	15,4
Ocupante automóvel	196	8,8	291	12,9	329	13,1	263	10,7	265	10
Ciclista	82	3,7	34	1,5	35	1,4	59	2,4	34	1,3

Fonte: MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM.

## CONCLUSÃO

Na problemática dos acidentes de trânsito, fica evidente que ações mais eficazes devem ser direcionadas aos indivíduos jovens e do sexo masculino; estes grupos de pessoas possuem características e comportamentos de risco específicos, relacionados à cultura local contemporânea, que necessitam ser mais estudados para abordagens mais eficazes de segurança no trânsito.

A população com menor escolaridade deverá também ser alvo de campanhas e ações estratégicas, já que este grupo foi bastante impactado por este agravo. Ressalta-se a necessidade de capacitação permanente para os profissionais que atuam na segurança pública, enfatizando a importância da qualidade dos registros, que estão excessivamente prejudicados no quesito escolaridade.

Num contexto em que a promoção de saúde vem sendo debatida como estratégia fundamental para o cuidado, carecemos de novas propostas e soluções para problemas antigos que vêm se intensificando, pelo aumento progressivo da utilização de motocicleta como meio de transporte. São necessárias as ações intersetoriais em todos os níveis de governo, sendo a participação dos usuários fundamental na construção deste processo.

## REFERÊNCIAS

MARTINS, E. T.; BOINGI, A. F.; PERESI, M. A. Mortalidade por acidentes de motocicleta no Brasil: análise de tendência temporal, 1996-2009. *Rev Saúde Pública*, v.5, n.47, p.931-41. 2013.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria GM 737, de 16.5.2001, publicada no Diário Oficial da União nº 96, Brasília, 18 mai. 2001. Seção 1E. 2ed Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. pág 280.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de vigilância à saúde. Sistema de informações sobre Mortalidade – SIM.2016. Disponível em: <.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em 10/10/2016.

MOURA, E. C. et al . Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. *Ciênc.saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v.20, n.3, p.779-788, Mar. 2015.

OMS, 2010:Data systems: a road safety manual for decision-makers and practitioners© Organização Mundial da Saúde, 2010.Inserir as referências bibliográficas segundo a norma da ABNT (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio dos nossos colegas da pós-graduação em Saúde Coletiva, em especial à Nathalie, por sua gentileza em nos ajudar com a apresentação dos dados.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O SURTO DE SARAMPO NO ESTADO DO CEARÁ: EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE IMUNIZAÇÃO

Surama Valena Elarrat Canto<sup>1</sup>, Ana Débora Assis Moura<sup>2</sup>, Elaine Cristina da Silva Alves Bastos<sup>3</sup>, Ana Vilma Leite Braga<sup>4</sup>, Nayara de Castro Costa Jereissati<sup>5</sup>, Iara Holanda Nunes<sup>6</sup>.

1. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – Núcleo de Imunizações - Fortaleza – CE.

2. Doutorado em Saúde Pública – Universidade das Ciências Empresariais e Sociais – UCES – Buenos Aires/Argentina; Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

3. Mestranda em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará - Fortaleza-CE; Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

4. Mestranda em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza - Fortaleza-CE; Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

E-mail: suramaelarrat@hotmail.com

Palavras-chave: Sarampo; Vacinação; Programas de imunização.

### INTRODUÇÃO

O sarampo é uma doença viral, infecciosa aguda, potencialmente grave, transmissível, extremamente contagiosa e bastante comum na infância (BRASIL, 2016), endêmica em algumas partes do mundo, porém, no Brasil, a transmissão autóctone foi interrompida em 2000 (PAHO, 2005).

Entre 25/12/2013 a 12/09/2015, foram notificados no Estado do Ceará 4094 casos suspeitos de sarampo, sendo confirmados 22% (916 casos) e descartados 78% (3178 casos), sendo o último caso confirmado em 06/07/2015. Neste período foram implementadas várias estratégias de imunização para a contenção do surto de sarampo no Estado, dentre elas: vacinação de rotina nos serviços de saúde, campanha de seguimento, bloqueio, intensificação vacinal e vacinação casa a casa nos municípios com circulação do vírus. Foram aplicadas mais de três milhões de doses da vacina com componente sarampo (dupla/tríplice/tetra viral), abrangendo a população a partir de seis meses de idade. No dia 24/09/2015 foi declarada a interrupção da transmissão do vírus no Estado (CEARÁ, 2015).

A vacina tríplice viral é uma vacina combinada, contendo vírus vivos em cultivo celular, que protege contra sarampo, caxumba e rubéola, sendo de uma maneira geral pouco reatogênica e bem tolerada, apresenta também outros componentes como aminoácidos, albumina humana, sulfato de neomicina e sorbitol. A vacina tetra viral além das já mencionadas imuniza contra a varicela e a dupla contra sarampo e rubéola (BRASIL, 2014). Recomenda-se que a gravidez seja evitada por 30 dias após a administração da vacina. Porém, caso seja administrada inadvertidamente não é indicada a interrupção da gravidez.

Os Eventos adversos podem ser devidos a reações de hipersensibilidade a qualquer componente das vacinas ou manifestações clínicas semelhantes às causadas pelo vírus selvagem (replicação do vírus vacinal), porém, com menor intensidade.

O Evento Adverso Pós-Vacinação (EAPV) é qualquer ocorrência clínica indesejável em indivíduo que tenha recebido algum imunobiológico, porém, nem sempre um evento que está temporalmente associado ao uso da vacina, tem relação causal com ela (BRASIL, 2014).

Os EAPV são classificados em graves (EAG), que requerem hospitalização do indivíduo por no mínimo 24 horas, ou prolongamento de hospitalização já existente; causa disfunção significativa e/ou incapacidade persistente (sequela); resulta em anomalia congênita; causa risco de morte (necessidade de intervenção clínica imediata para evitar o óbito); e óbito; e evento adverso não grave (EANG), que se caracteriza como qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de EAG. Ainda, considera-se importante diferenciar “gravidade” de “intensidade”, pois um evento adverso pode ser leve, moderado ou intenso, independente de ser grave ou não. Eventos clinicamente relevantes, mas que não necessitam de internação devem ser investigados e acompanhados, por terem um potencial de gravidade (BRASIL, 2014).

Os estados têm como objetivo identificar prontamente os lotes reatogênicos de todas as vacinas aplicadas, eventos adversos não conhecidos, assim como oferecer subsídios para identificação de preditores e grupos de risco. O monitoramento da segurança das vacinas é o principal instrumento de manutenção da confiança e adesão aos programas de imunização, evitando o ressurgimento das doenças sob controle. Isso ocorreu no passado, em vários países, em relação à coqueluche e difteria, justificando a necessidade da vigilância de EAPV (Freitas, 2007).

Este trabalho objetivou identificar os EAPV relacionados às vacinas dupla/tríplice/tetra viral, registrados no Sistema de Informação da Vigilância de Eventos Adversos Pós-vacinação – SIEAPV *on-line*, no período de 01/11/2014 a 30/11/15.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, para se conhecer os EAPV da vacina dupla/tríplice/tetra viral, no Estado do Ceará, nas faixas etárias de seis meses a dez anos e de 28 anos a 40 anos.

A pesquisa foi desenvolvida no Núcleo de Imunizações (NUIMU), da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE), com dados provenientes do Sistema de Informação da Vigilância de Eventos Adversos Pós-vacinação – SIEAPV *on-line*.

A população de estudo foi composta por 43 notificações registradas no SIEAPV *on-line*, relacionadas às referidas vacinas, no Estado do Ceará, no período de 01/11/14, data em que foi implantado o sistema *on-line* no Ceará, até 30/11/2015. A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2016.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) sob o número de parecer 1.791.423/2016. Todos os princípios de Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12 de dezembro de 2012 foram seguidos em todas as etapas da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse período foram aplicadas mais de três milhões de doses das vacinas dupla/tríplice/tetra viral no Ceará, nas faixas etárias de seis meses a dez anos e de 28 anos a 40 anos, sendo identificadas 43 notificações de EAPV relacionadas à essas vacinas, sendo registrados 48 EAPV.

As manifestações de pele e mucosa representaram 29%, tendo o exantema e eritema como os mais registrados; outras manifestações, 19%, com maior frequência a febre e letargia; as neurológicas 14, 5%; seguida das respiratórias e locais com 12,5%; as gastrointestinais 8,5%, e cardiovasculares com 4%.

No local da aplicação da vacina podem ocorrer ardência de curta duração, eritema, hiperestesia e endurecimento. Importante notificar e investigar as reações de maior intensidade, muitas vezes o aumento expressivo de algumas reações locais podem estar relacionadas a erros de imunização e lotes vacinais (BRASIL, 2014). A conduta nesses casos é o tratamento sintomático, não estando contraindicado as doses subsequentes (BRASIL, 2014).

As manifestações gerais podem ser representadas em 5% a 15% pela febre, principalmente nos primovacinados, podendo surgir entre o 5º e o 12º dia, estando relacionado a qualquer componente da vacina e as crianças predispostas podem apresentar convulsão febril (BRASIL, 2014).

O exantema pode aparecer em 5% dos primovacinados, entre o 7º ao 14º dia após a vacinação, estando relacionado ao componente do sarampo e da rubéola. Pode ocorrer meningite como manifestação do sistema nervoso entre o 11º ao 32º dia após a vacinação (BRASIL, 2014), porém, nesse estudo, esse EAPV não foi registrado.

A parotidite foi o diagnóstico de cinco notificações, entre 28 a 40 anos, fato não observado nas crianças. Esse evento está relacionado à vacina da caxumba, principalmente, nos primovacinados, sendo de curso benigno e de curta duração, aparecendo entre o 10º ao 21º dia após a vacinação (BRASIL, 2014). Pancreatite, orquite e ooforite também podem ocorrer, todavia são raras (BRASIL, 2014).

Foram registrados quatro casos de convulsão entre seis meses a um ano de idade. As crianças predispostas podem apresentar convulsão febril, porém, como essas crianças haviam recebido a vacina pentavalente (vacina adsorvida difteria, tétano, pertússis, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* tipo b (conjugada)), o EAPV foi atribuído a esta.

Em relação à vacina tetraviral, 3 a 5% dos vacinados apresentarão lesões semelhante à varicela, entre 5 e 26 dias após a vacinação, fato não observado neste trabalho. O risco de convulsão febril é um pouco mais elevado com a tetravalente em relação à vacina monovalente de varicela, com um caso a mais para cada 2.500 crianças vacinadas (BRASIL, 2014).

Todos os EAPV relacionados as vacinas dupla/tríplice/tetra viral notificados nesse período no SI-EAPV *on-line* foram classificados como não graves.

## CONCLUSÃO

Os EAPV identificados não foram significativos frente ao número expressivo de doses aplicadas das vacinas dupla/tríplice/tetra viral no período avaliado, onde se esperaria que eventos indesejáveis graves e raros pudessem acontecer, em virtude do quantitativo vacinado, contribuindo também para que as estratégias de vacinação para combater o surto de sarampo no Ceará fossem exitosas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde. 1. ed. atual.- Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós Vacinação*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Encerramento do Surto de sarampo. Fortaleza:SESA: 2015.6p.

FREITAS F.R.M., SATO H.K., ARANDA C.M.S.S., ARANTES B.A.F., PACHECO M.A., WALDMAN E.A.

Eventos adversos pós vacina contra difteria, coqueluche e tétano e fatores associados à sua gravidade; *Rev Saúde Pública* 2007; 41(6):1032-41.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Measles elimination: field guide. 2nd Ed. Washington DC: Pan American Health Organization; 2005. (Scientific and Technical Publication, 605).



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## COMUNICAÇÃO E CRACK: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**July Grassiely de Oliveira Branco<sup>1</sup>(PG), Poliana Hilário Magalhães<sup>2</sup>(PG), Silvana Sousa Ferreira Pacheco da Cunha<sup>3</sup>(PG), Francisca Bertilia Chaves Costa<sup>4</sup>(PG) Christina Cesar Praça Brasil<sup>5</sup>(PQ), Luiza Jane Eyre de Souza Vieira<sup>5</sup>(PQ).**

1. *Doutoranda em Saúde Coletiva, Bolsista FUNCAP. Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;*

2. *Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Bolsista Pesquisadora pela Fiocruz; Rio de Janeiro-RJ;*

3. *Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;*

4. *Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;*

5. *Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.*

E-mail: [julybranco.upa@gmail.com](mailto:julybranco.upa@gmail.com)

Palavras-chave: *Cocaína Crack. Comunicação em Saúde. Saúde Pública.*

## INTRODUÇÃO

Historicamente o crack teve origem na década de 1970, a partir da experiência de misturar cocaína com outros produtos, surgindo assim a substância. A escolha do nome faz referência ao barulho que a droga emite quando é consumida. Segundo a Confederação Nacional dos Municípios (2012), por ser um entorpecente que deve ser fumado, após um trago, a fumaça inalada vai para os pulmões, sendo absorvida imediatamente na corrente sanguínea e, entre 10 a 15 segundos, o crack inunda o cérebro com uma substância chamada dopamina que traz uma breve sensação de prazer, porém o efeito da droga é breve, durando em média 15 minutos.

No Brasil o crack chega tardiamente, com um atraso de 10 anos quando comparado ao hemisfério norte. Contudo, em função da dificuldade de levar consigo o cachimbo, os usuários brasileiros desenvolveram um mecanismo no qual a pedra de crack é fumada em latas de alumínio com auxílio de cinzas de cigarro para que estas aumentem a combustão (KESSLER; PECHANESKY, 2008).

Devido ao baixo valor de mercado desta substância, o auto prazer ofertado, associado a problemas sociais o crack ganha rapidamente a preferência dos usuários de drogas, sendo consumido em larga escala, (NASCIMENTO; SILVA; SILVA, 2015) e assumindo contornos de um grave problema de saúde pública (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010). É polêmico referir e associar as ocorrências das múltiplas violências ao uso desta substância, da forma como vem sendo divulgada na mídia impressa, televisiva e virtual, atribuindo ao *crack* a responsabilidade pelos altos índices de violência das grandes metrópoles (SANTOUCY; CONCEIÇÃO; SUDBRACK, 2010).

As transmissões das mensagens mediante as atuais tecnologias de comunicação são responsáveis pela formação da opinião pública, pois é por meio destes canais que a sociedade tem contato com a informação (CRUZ, 2015; FONSECA, 2011). Nesse sentido, faz-se necessário que antes de qualquer julgamento que atribua a violência nas grandes metrópoles brasileiras unicamente ao uso de drogas, deve-se analisar outros fatores que contribuem para a construção social das violências.

Neste contexto, a mídia coloca o crack como um fenômeno responsável pela violência urbana instalada nas grandes cidades (ROMANINI; ROSO, 2012), retratando uma imagem cristalizada dos usuários de substâncias psicoativas como os causadores de violência e marginalidade, mediante imagens veiculadas para a população (CAMARGO; MARTINS, 2014), inexistindo, na maioria das vezes, uma descrição apurada das lacunas que dialogam com os condicionantes e determinantes sociais que, possivelmente, fomentaram o ingresso desse contingente populacional na cruel aventura do uso do *crack*.

Frente ao exposto e para além das interlocuções midiáticas, qual a convergência e/ou divergência da literatura sobre a interlocução do uso do *crack* e as produções e reproduções das violências? Esta literatura expressa a complexidade geopolítica, as iniquidades sociais, o fosso excludente que perdura há décadas no estado brasileiro?

Subsumidos por esta construção lógica e paradoxal, esta revisão integrativa tem como objetivo identificar as abordagens que a mídia traz sobre o (ou sobre o uso?) crack; o público alvo das veiculações midiáticas (para quem a mídia se direciona) e os tipos de mídias que os estudos englobam.

## METODOLOGIA

Esse estudo se ampara na metodologia proposta pela revisão integrativa, que tem o intuito de agrupar os conhecimentos produzidos acerca de determinado assunto, de forma sucinta, ressaltando sua aplicabilidade

prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Desta forma, como ponto de partida foi utilizado como questão norteadora: Quais o as abordagens que a mídia traz sobre o (ou sobre o uso?) crack; o público alvo das veiculações midiáticas (para quem a mídia se direciona) e os tipos de mídias que os estudos englobam?

Utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) composta pelas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS), Base de dados em Enfermagem (BDENF) e Index Psicologia, acrescidos do diretório de revistas do *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO).

A busca pelos manuscritos se deu no mês de maio de 2017, utilizando os termos mídia AND cocaína crack, comunicação em saúde AND cocaína crack, obtidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e utilizados na língua portuguesa.

Da intercessão dos referidos descritores resultou 66 artigos. Quando realizado o entrecruzamento dos descritores mídia e crack, 20 artigos, dos quais seis duplicados, e seis não se enquadravam no objeto dessa revisão, restando oito artigos. Ao entrecruzar os descritores comunicação em saúde e crack, a pesquisa gerou 22 artigos, dos quais seis apareciam em duplicidade e 14 estavam fora do objeto, um artigo não estava disponível na íntegra, restando um artigo. Ao entrecruzarmos comunicação e saúde e crack, emergiram 24 artigos, cinco duplicados e 18 não atendiam ao objeto, um não estava disponível na íntegra, não restando nenhum artigo para análise.

A seleção final resultou em nove artigos disponibilizados pela base LILACS. Elencou-se os seguintes critérios de elegibilidade: artigos completos, publicados nos anos de 2009 a 2015, na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, disponíveis gratuitamente. Não foram incluídas teses, dissertações, cartas ao leitor e artigos de opinião.

Utilizou-se instrumento próprio para organização dos manuscritos, tendo como modelo norteador o quadro proposto por Vieira Netto e Deslandes (2016) que priorizou os tópicos de autoria, ano de publicação, título do artigo e tipo da mídia.

A descrição dos achados, se deu de forma descritiva. As implicações extraídas, após leitura dos artigos, mostram que o conteúdo conglomerava em um eixo temático central, aqui retratado como *direcionamento e tipos de mídias*. A análise e as discussões confrontaram os dados obtidos bem como a literatura vigente sobre o objeto investigativo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Direcionamento e tipos de mídias

A mídia em destaque convergiu para a jornalística impressa (RODRIGUES; CONCEIÇÃO; IUNES, 2015; WRUDIG; MOTTA, 2014; ROSO *et al.*, 2013; CHAGAS; SEEGER, 2013; ROMANINI; ROSO, 2012),

realizando críticas às abordagens ao usuário, reforçando a criminalização e a violência, seguida de campanhas televisivas como artifício de prevenção (MACEDO; ROSO; LARA, 2015; ROMANINI; ROSO, 2013a; ROMANINI; ROSO, 2013b; CUNDA; SILVA, 2014).

É inegável a relevância dos meios de comunicação e a ampla cobertura que é dada ao assunto em questão. Entre os estudos realizados nota-se contribuições importantes acerca da temática, pois desvela a ideologia associada as reportagens e campanhas trazidas pela mídia.

As políticas públicas referentes ao uso de drogas reproduzem o modelo repressor adotado pela política norte-americana, justificando que a droga é responsável pelos males do mundo, afastando cada vez mais a possibilidade de resolução dos problemas que estão por traz do uso dessas, pois é mais fácil punir do que pensar em formas de erradicar a fome, a pobreza, promover igualdade, buscando fomentar acesso a políticas sociais que estejam ao alcance dos menos favorecidos (ACSELRAD, 2013).

Em face ao problema, um estudo realizado com indivíduos (amigo ou parente de usuário de substância psicoativas) moradores de uma cidade localizada no Estado de São Paulo, investigou a percepção destas pessoas no que se refere a políticas e leis sobre drogas no Brasil, evidenciando que a maioria desses referiam que a política e leis não cumpre seus objetivos no que se refere a reabilitação e reintegração social, não respeitando a garantia de direitos dos usuários (VENTURA *et al.*, 2009).

Nesse mesmo estudo, 87% dos entrevistados (parentes e amigos), relataram que preferem compartilhar a informação de conhecer alguém com problemas com drogas somente após conhecer bem a pessoa e 57% destes preferem não compartilhar essa informação. Isto segundo eles se deve a rejeição sofrida pela sociedade em geral (VENTURA *et al.*, 2009). Esta rejeição é fruto do discurso do senso comum dominante que propaga que os usuários de drogas são tão antipatizados quanto os ateus (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2008).

O preconceito e a estigmatização em relação ao usuário de substância química mascaram, muitas vezes, a real situação de vulnerabilidade em que esse usuário se encontra. A estigmatização é identificada na produção

de violência. A partir da vivência nas comunidades da periferia, é perceptível como a falta de oportunidades de trabalho e demandas por infraestrutura se tornam facilitadoras para a expansão do fenômeno do uso de crack, ou seja, a situação de pobreza, conjuntamente com as falhas do Estado, estimularia o envolvimento com a droga (ANTUNES, 2011).

A estigmatização em torno do uso de substâncias psicoativas com seu reforço efetuado pela mídia tem origem na repressão às drogas, que se fundamenta no racismo e repercute nas políticas públicas de enfrentamento que, por sua vez, se restringem à repressão e punição (ZACCONE, 2011).

Um realizado sobre as representações sociais do crack na imprensa pernambucana constatou-se a associação do usuário a alguém desprovido de sanidade e violento. Estigmatizações são realizadas ao classificar esse como doente, criminoso ou como alguém que infligi às leis religiosas. O enfrentamento dar-se mediante repressão e consequente guerra às drogas (SANTOS; ACIOLI NETO; SOUSA, 2012).

No contexto de violência e criminalidade que se dá a mais intensa estigmatização aos usuários de drogas, principalmente pelos grupos elitizados. Por mais que os especialistas em saúde mental se esforcem em afirmar que esse paciente raramente é violento (GUARNIERO; BELLINGHINI; GATTAZ, 2012).

Uma parcela da sociedade impõe a culpabilidade ao dependente químico, enquadrando-o como marginal e criminoso. É o período de se investir na integração das políticas públicas com ações de educação em saúde, prevenção, informação midiáticas e combate ao estigma para que o trabalho com o dependente químico seja positivo na busca pela sua reinserção na sociedade (BARD *et al.*, 2016).

Como uma precedência temática de relações com a violência nos meios de comunicação, eventualmente, torna-se necessário estabelecer uma relação de causa e efeito entre o consumo de drogas. Embora o uso de crack possa gerar inquietações nos laços sociais, muitas vezes essas perturbações já foram instaladas antes do vício, pois não existe uma relação intrínseca e direta entre crack e violência; existem, no entanto, diversos fatores que contribuem para potencializar certos tipos de relações.

Contudo, a mídia, transmite formas simbólicas sobre o crack e reforça subjetividades e modos de vida. A partir desta perspectiva, para realçar e interpretar os discursos dos meios de comunicação no sentido da utilização pelo usuário de drogas é um passo importante para a compreensão do sistema de ideias subjacente aos discursos midiáticos e o reconhecimento dos tipos de subjetividades que são produzidos na cultura pós-moderna (ROSO *et al.*, 2013).

O papel da mídia, muitas vezes acaba por ser apenas de transmissão da notícia, ou da propaganda sem ter a preocupação em gerar discussão sobre o assunto, sem contextualizar as ocasiões envolvidas e sem propor algo relevante e com enfoque preventivo da violência, deixando lacunas na informação. Os manuscritos selecionados, fazem análises sobre a abordagem midiáticas acerca do crack, deixando a ideia de que a mídia é um importante adjunto na prevenção dos agravos e repercussão que esse problema de saúde acomete a contemporaneidade.

Em contraponto, há que se ressaltar aspectos positivos da mídia e o compromisso dos profissionais da área de comunicação com a qualidade da programação, esforço de âmbito mundial, também praticado no Brasil (NJAINÉ; MINAYO, 2004).

Os textos analisados retratam uma mídia, que transmite formas simbólicas sobre drogas, como a produção de crack e reforça subjetividades e modos de vida. A civilização da mídia é um espaço em que a governabilidade é negociada e os projetos correspondem à procura, pelos grandes meios de comunicação, de narrativas que restabelecessem um vínculo social em meio à preocupação com a saúde pública.

É recorrente que a compreensão dos aspectos que envolvem a dependência química deve considerar toda a conjuntura que o sujeito está inserido e atentar-se para os elementos simbólicos que estão atrelados ao uso, caso contrário, ficará sempre a margem a real compreensão do problema.

É de fundamental importância que as políticas públicas possam debruçar-se com compromisso ético, político e social, ante as veiculações na mídia sobre o crack desmistificando o uso de substâncias psicoativas e fomentando possibilidades e estratégias eficazes para o seu enfrentamento. Podendo ainda criar leis que limitem e/ou impeçam que a transmissão das informações chegue à população de forma deturpada e ainda contribuir que estas possam ser repassadas mais comprometidas com a verdade e maneira menos aterrorizante.

## CONCLUSÃO

Os dados desta revisão integrativa assinalaram que as produções científicas acerca de como o crack tem sido divulgado pela mídia apresentaram, a violência e o estigma como pontos associados a drogadição, mencionando, inclusive, no compilado de dados de alguns estudos, a ação policial para o enfrentamento. E por fim, a universalização do crack e a sua relação entre a leis, política, saúde e a midiática. Identifica-se número incipiente de artigos que discorrem sobre o fenômeno apontando uma lacuna relativa à produção de estudos nessa linha com possibilidades compreensivas e explicativas.

Esta necessidade de aprofundar os estudos sobre o tema respalda-se na sua complexidade, pois existe uma vinculação constante do uso de crack com a violência e, assim, com a criminalidade, o que acaba por negligenciar a teia social, econômica, familiar e subjetiva que compõe o contexto de um vício.

## REFERÊNCIA

- ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a Educação para a Autonomia como Garantia de Direitos. **R. EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63 (Edição Especial), p. 96-104, 2013.
- ANTUNES, G. Crack, mídia e periferia: uma representação social das “classes perigosas” [Internet]. 2011 Disponível em: <[http://www.urbalpernambuco.org/adm/public/files/biblioteca/Artigo-Gilson-Antunes\\_Crack-midia-eperiferia\\_--20110511160022.pdf](http://www.urbalpernambuco.org/adm/public/files/biblioteca/Artigo-Gilson-Antunes_Crack-midia-eperiferia_--20110511160022.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2017.
- BARD, Nathália Duarte et al. Stigma and prejudice: the experience of crack users. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2680, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100309&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100309&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 ago.2017. Epub Mar 28, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0852.2680>.
- CAMARGO, Paola O.; MARTINS, Maria F. D. Os efeitos do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 22, Suplemento Especial, p. 161-169, 2014.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). Observatório Crack: A visão dos Municípios brasileiros sobre a questão do crack. Brasília: 2012.
- CHAGAS, Arnaldo Toni; SEEGER, Fabiano Dutra. Crack na mídia impressa: um estudo sobre a produção o de sentido no discurso jornalístico sobre o crack. **Barbarói**, n. 38, p. 145, 2013. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/612bc14aaa5dc32e5f8c4813af1be963/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2029530>>. Acesso em: 15 jul. 2017.
- CRUZ, Marcio. A mídia e os formadores de opinião no processo democrático. **Ponto e Vírgula: Revista de Ciências Sociais**. n. 17, 2015.
- CUNDA, Mateus Freitas; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. O crack em um cenário empedrado: articulações entre os discursos jurídico, médico e midiático. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. spe., p. 245- 255. 2014.
- FONSECA, Francisco. Mídia, poder e democracia: teoria e práxis dos meios de comunicação. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 6, p. 41-69, 2011.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil. Intolerância e respeito às diferenças sexuais. Junho-2008. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/fles/pesquisa- lgbt.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2016.
- GUARNIERO, Francisco Bevilacqua; BELLINGHINI, Ruth Helena; GATTAZ, Wagner Farid. O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. **Rev. psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 80-84, 2012.
- KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.
- MACEDO, Fernanda dos Santos de; ROSO, Adriane; LARA, Michele Pivetta de. Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 4, 2015.
- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto context enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 ago.2017.
- NASCIMENTO, Júlio César Coelho do; SILVA, Patrícia Naves da; SILVA, Ludimila Cristina Souza. Crack: Construindo um caminho de volta. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 57-61, 2015. Disponível em: <<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2787/2807>>. Acesso em: 29 ago. 2016.
- NJAINE, Kathie; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência na mídia como tema da área da saúde pública: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 201-211, 2004.
- RODRIGUES, Daniel Rohe Salomon da Rosa; CONCEICAO, Maria Inês Gandolfo; IUNES, Ana Luísa da Silva. Representações Sociais do Crack na Mídia. **Psic.: Teor. e Pesq.** v. 31, n.1, p. 115-123, 2015.

- ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 363-376, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014\\_000200363&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014_000200363&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 maio 2015.
- ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia, ideologia e cocaína (crack): produzindo "refúgio humano". **Psico-USF**, v. 18, n. 3, p. 373-382, 2013a.
- ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, p. 82-97, 2012.
- ROSO, Adriane et al. Discourses about crack in the printed mass media. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 455-466, 2013.
- SANTOS, M. de F. de S.; ACIOLI NETO, M. de L.; SOUSA, Y. S. O. Representações sociais do crack na imprensa pernambucana. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 3, p.379-386. 2012.
- SANTOUCY, L.; CONCEIÇÃO, M. I. G. C.; SUDBRACK, M. F. O. A Compreensão dos Operadores de Direito do Distrito Federal sobre o Usuário de Drogas na Vigência da Nova Lei. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 26, n. 1, p. 37-46, 2010.
- SCHEFFER, Morgana; PASA, Graciela Gema; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 533-541, Sept. 2010. Disponível em: Acesso em: 27 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300016>.
- VENTURA, Carla Aparecida Arena, et al. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2009 novembro-dezembro; 17(Esp.):810-6. Disponível em: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3183/art\\_VENTURA\\_Políticas\\_e\\_leis\\_sobre\\_drogas\\_ilicitas\\_no\\_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3183/art_VENTURA_Políticas_e_leis_sobre_drogas_ilicitas_no_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 06 jul. 2016.
- VIEIRA NETTO, Moisés Francisco; DESLANDES, Suely Ferreira. As Estratégias da Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1583-1596, May 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000501583&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501583&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.145420>.
- WURDIG, Karolina Kuhn; MOTTA, Roberta Fin. Representações midiáticas da internação compulsória de usuários de drogas. **Temas em psicologia**, v. 22, n. 2, p. 433-444, 2014.
- ZACCONE, O. **Acionista do nada**: quem são os traficantes de droga. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EDUCAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA: DESAFIOS DA ATUAÇÃO DOCENTE NO BRASIL E NA ESPANHA

**Maxmiria Holanda Batista<sup>1\*</sup>, Valentin Gavidia Catalan<sup>2</sup>, Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>3</sup>, Francisco Pablo Huascar Aragão Pinheiro<sup>4</sup>, Tiago Jessé Souza de Lima<sup>5</sup>**

1. *Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

2. *Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales, Universitat de València, Valencia-Comunitat Valenciana-Espanha*

3. *Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

4. *Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Sobral-Ceará-Brasil*

5. *Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: maxmiria@unifor.br

Palavras-chave: Educação. Saúde. Promoção da Saúde. Docente. Saúde Coletiva.

### INTRODUÇÃO

O campo da saúde coletiva predispõe compreender e atuar nos processos de saúde e doença, levando em consideração as dimensões biopsicossociais e ambientais em um complexo interacional. Os organismos internacionais de Saúde preconizam que a promoção da saúde ocorra como consequência da transformação das realidades de saúde e elegem a educação e o âmbito escolar como um espaço favorável para este êxito.

Segundo a OMS/OPS (1998), os programas de promoção da saúde na escola são mais eficazes quando orientados por temas centrais, dentre eles o desenvolvimento das habilidades docentes através da formação e provisão de recursos. O professor, nesse contexto, é fundamental para a sustentabilidade da educação em ações de saúde escolar, pois representa um importante ator social e poderá fomentar ações em prol do conhecimento, das habilidades e das competências para que as gerações futuras possam promover e cuidar da sua saúde, da sua família e de sua comunidade, além de defender o direito de ser educado em um ambiente saudável.

Entretanto pesquisas demonstram que há ainda uma lacuna expressa na falta de interlocuções entre os objetivos e práticas dos campos da educação e da saúde relacionadas à ausência de formação do professor para a educação em saúde.

Costa et al. (2013) realizou um estudo com professores sobre promoção da saúde nas escolas e seus resultados identificaram a demanda por capacitações dos profissionais de educação e saúde para a prática da promoção em saúde. Venturini, Hansen e Pedroso (2014) realizaram estudos com professores sobre sua percepção a respeito da educação e saúde e práticas docentes. Os resultados apontaram para uma visão tradicionalista da saúde relacionada à prevenção, controle e tratamento e, por consequência, a visão de educação em saúde atrelada ao convencimento e à persuasão para mudanças de hábitos, tais como as campanhas publicitárias em saúde pública.

Marinho, Ferreira e Silva (2015) apontam que os professores percebem que a saúde manifesta-se de modo periférico no currículo escolar. E Venturini, Pedroso e Mohr (2013) fundamentam essa percepção quando alertam que o professor não encontra literatura que discuta a natureza, os objetivos e os valores da Escola Promotora de Saúde, e os programas de formação continuada não abordam esse tema.

A busca de uma análise mais profunda dos documentos institucionalizados pelo MEC, em específico os Parâmetros Curriculares Brasileiros (BRASIL, 1997), percebemos que estes se baseiam nos currículo espanhol (ESPANHA, 1992) e utilizam como referências autores espanhóis.

Diante do exposto, fomos inspirados a realizar um doutorado-sanduíche na Espanha para a participação de um projeto sobre Competências em Educação para a Saúde, ligada à Universidade de Valência na Espanha, financiado pelo Ministério de Economia e Competitividade Espanhol (MINECO)<sup>1</sup>.

Apartir dessa experiência, foi possível perceber que há similitudes e diferenças entre as universidades brasileiras e espanholas, o que nos levou a questionar: a escola enfrenta dificuldades em se afirmar como promotora de saúde porque os professores enfrentam os obstáculos para trabalhar com Educação para a Saúde? Que semelhanças e diferenças podem existir entre Brasil e Espanha em relação a esses obstáculos?

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar os obstáculos apontados pelos futuros professores, espanhóis e brasileiros, para o trabalho com educação em saúde e suas implicações à promoção da saúde nos ambientes educacionais.



## METODOLOGIA

A pesquisa foi transversal, descritiva, analítica e comparativa e teve uma abordagem quantitativa e amostra por conveniência estratificada.

Os ambientes do estudo foram as Faculdades de Educação da Universidade de Valencia e a Universidade Federal do Ceará. O estudo foi realizado no período dentre agosto de 2016 a Dezembro de 2017.

A amostra foi não probabilística, totalizando 118 pessoas dentre elas, 69 espanhóis e 49 brasileiros, sendo 31% da população compostas homens e 75% de mulheres. Os participantes da pesquisa foram alunos dos dois últimos semestres do curso de graduação. O critério de inclusão foi ser estagiário do último ano do curso, visto que assim teriam cursado todas as disciplinas necessárias à formação e por estarem dialogando com o a realidade de trabalho através dos estágios.

Para atender aos objetivos da pesquisa, foram utilizados questionários, como técnica de coleta, a fim de descrever os obstáculos elencados pelos participantes para a educação para saúde na escola. Foi pedido que os participantes assinalassem no questionário quais as dificuldades para o desenvolvimento da Educação em Saúde na Escola.

Os itens foram construídos a partir dos estudos de Talavera e Gavidia (2012) quando fizeram uma pesquisa com professores de 20 centros educacionais da Espanha a fim de investigar quais dificuldades e soluções para a implantação da Educação para Saúde na Escola. São eles:

- Alunos em excesso.
- Programas sobrecarregados.
- Falta de coordenação com os colegas.
- Falta de motivação pessoal.
- Escassa preparação.
- Falta de materiais educativos.
- Não acredito que necessário ou útil.
- Desinteresse das Famílias.
- Dificuldade de coordenação intersetorial (entre professores e profissionais da saúde)
- Não há obstáculos.
- Dificuldade em ser um exemplo de comportamento saudável.
- Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

Os dados foram analisados utilizando o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0, cujo objetivo foi medir o grau de associação ou independência, além de comparações entre características das populações, das variáveis em estudo.

Para ambos os casos, foi utilizado um técnica estatística inferencial denominada teste de hipóteses, dentre eles: o teste de qui-quadrado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados indicam que o excesso de alunos (64% da amostra geral), a falta de coordenação entre os colegas (34% da amostra geral), não acreditar que é útil ou necessário (38% da amostra geral), dificuldades de coordenação intersetorial (33% da amostra geral) e programas sobrecarregados (25% da amostra geral) são os principais obstáculos apontados pelos respondentes.

Um teste qui-quadrado foi realizado para examinar se havia diferença entre os países em relação às variáveis acima apontadas. Uma proporção significativamente maior de espanhóis (100%) indicou que o “excesso de alunos” é um obstáculo comparado com o percentual de brasileiros (14,9%). Além disso, vale ressaltar que uma proporção significativamente maior de brasileiros (40,4%) indicou que o “programas sobrecarregados” é um obstáculo importante comparado com o percentual de espanhóis (15,9%). Uma proporção significativamente maior de espanhóis (43,5%) indicou que o “falta de coordenação com os colegas” é um obstáculo importante comparado com o percentual de brasileiros (23,4%). Uma proporção significativamente maior de brasileiros (63,8%) indicou que o “falta de preparação” é um obstáculo importante comparado com o percentual de espanhóis (15,9%). Uma proporção significativamente maior de brasileiros (40,4%) indicou que a “falta de material didático” é um obstáculo importante comparado com o percentual de espanhóis (0%). Uma proporção significativamente maior de brasileiros

(57,4%) indicou que o “dificuldades de coordenação intersetorial” é um obstáculo comparado com o percentual de espanhóis (24,6%).

Corroborando com esta percepção Morretti et al. (2010) demonstram que na intersetorialidade há um caráter processual e complexo dessas ações que denotam uma dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores, pela necessidade de comprometimento e envolvimento setorial, pela falta de sustentabilidade das ações e inexistência de protocolos que norteiam o desenvolvimento de ações intersetoriais. Ramos et al. (2013) ao analisar o programa “Hagamos Salud”, voltado para a promoção da saúde em centros educativos em Barcelona, demonstrou que os principais obstáculo apontados pelos participantes foram a escassez de tempo, de recursos e de coordenação. Em contraposição a isso, os fatores facilitadores foram a implicação da direção da escola e a implantação de um processo de formação. Para Casemiro et al. (2014, p. 836) há, no entanto, um debate ainda em construção que se refere à definição de papéis e responsabilidades no planejamento e execução de programas de saúde escolar. Este desafio remete a três conceitos que podem e devem ser aprimorados e problematizados na perspectiva de atuação em saúde escolar, são eles: intersetorialidade, interdisciplinaridade e participação.

Sobre não acreditar que seja útil, Silva et al. (2011) relatam como um dos obstáculos para a promoção da saúde na escola a falta de conhecimento dos professores sobre os temas relacionados à saúde e à ausência de ações interdisciplinares, sobretudo envolvendo os profissionais de saúde. Além disso, os autores demonstram que os professores se queixam da ausência de suporte informacional por parte dos profissionais de saúde para que a educação em saúde na escola aconteça a contento, sendo este um dos motivos pela desvalorização das ações de educação em saúde.

Sobre o excesso de trabalho, Ramos et al. (2013), ao avaliarem uma estratégia de promoção da saúde aplicada aos centros educativos de Barcelona, na Espanha, concluíram que há uma necessidade, para que se atenda aos objetivos deste tipo de programa, de criar um grupo de pessoas que liderem os projetos envolvendo atores chaves da comunidade educativa, contando com o compromisso dos outros docentes e com a assessoria dos profissionais de saúde, além da participação e divisão de tarefas entre todos para evitar a sobrecarga de alguns profissionais. Esses dados corroboram com os achados dessa pesquisa, uma vez que futuros professores espanhóis reconhecem, dentre as dificuldades, a falta de integração entre os profissionais da escola, e entre eles e os profissionais de saúde, além do excesso de trabalho.

Outro problema apontado pelos respondentes se refere ao excesso de alunos e programas sobrecarregados. Sobre isso, é importante destacar que escola inserida em um contexto neoliberal na contemporaneidade em que, a educação superior, no conjunto das políticas estratégicas, é pensada e delineada para atender a interesses estritamente econômicos (NUNES; BRAGA, 2016) leva os professores começaram a sofrer críticas quando não podem cumprir as exigências impostas pelo imediatismo de um mercado competitivo (ARRUDA et al., 2015). Rubia (2013), ao discutir sobre o sistema educacional Espanhol, relata os efeitos do neoliberalismo não só nos campos políticos e econômicos, mas também educacionais, visto que as reformas trouxeram os conhecimentos de maneira instrumental e provas de rendimento estandardizadas. Sobre esse aspecto, Santos (2011) relata que a pressão produtivista advinda da gradual transformação da universidade nela própria como um objeto de concorrência no mercado e ao mesmo tempo a serviço dele, tem desvirtuado a universidade e tem esvaziado qualquer preocupação humanística e cultural, e aqui acrescentamos também qualquer preocupação com a saúde, realidade esta também vivenciada nas escolas. Deste modo, faz-se necessário refletir sobre a saúde dos professores, seja individual ou coletiva, visto o estresse diário dos docentes, o esforço repetitivo que o cotidiano exige o enfretamento de situações dramáticas (BRASIL, 2002). Estando ele na escola ou na universidade.

Com relação à falta de preparação, formação e de material didático, diversas pesquisas sobre a realidade brasileira e espanhola corroboram com a ideia de que os obstáculos para a educação para a saúde envolvem problemas na formação. Pesquisadores Brasileiros e Espanhóis já haviam relatado problemas semelhantes relacionados à formação do professor para a educação em saúde. Venturi e Mohr (2013) demonstram que as atividades de Educação em Saúde (ES) no Brasil são componentes frequentes do currículo escolar, e são desenvolvidas tanto de forma planejada pelos professores quanto como atividades avulsas e esporádicas que chegam à escola propostas por outros profissionais e órgãos externos ao sistema escolar (por exemplo, bombeiros, médicos ou enfermeiros visitando a escola para realizar palestras e demonstrações aos alunos). No entanto, os autores relatam que essas atividades continuam a ser tributárias, de enfoques ultrapassados e inadequados, com ênfase em objetivos comportamentalistas e sanitaristas, inadequadas em uma situação de educação escolar.

Mohr (2009) e Silva et al. (2011) alertaram que esses problemas estão relacionados ao fato de os professores não receberem formação sobre os temas em saúde, e que sua preparação é acidental e depende do contexto em que estavam inseridos. Eles demonstraram em suas pesquisas que o professor não encontra literatura que discuta a natureza, os objetivos e os valores que norteiam a Escola Promotora de Saúde e a educação para a saúde. Para esses autores, os programas de formação continuada não abordam esse tema, que faltam conhecimentos específicos sobre o complexo processo saúde-doença e demonstram que a abordagem da educação em saúde se centra em programas onde os temas e objetivos são orientados para a mudança das condutas individuais e



não abordam a aquisição de competências em saúde que promovam mudanças individuais e sociais. Portanto, as escolas seriam, além de espaços de ensino e controle social, espaços terapêuticos, recaindo ao professor o papel de controle e doutrinação.

Para Venturi e Mohr (2013, p. 2349) “faltam-lhe discussões de caráter epistemológico e axiológico que questionem radicalmente sua natureza, fundamentos, objetivos, conteúdos e métodos”, o que corrobora com os resultados desta pesquisa quando os brasileiros (40,4%) apontam a falta de material didático como um problema. Entretanto esse problema não foi apontado por nenhum espanhol.

Casemiro et al. (2014) chamam a atenção para o fato de que artigos que debatem a educação para saúde trazem frequentes relatos e recomendações sobre a necessidade de formação em saúde escolar para profissionais de saúde, e educação articulada às ações de educação em saúde. Os autores apontam que o professor é o profissional mais citado nesse aspecto. Corroborando com esse pensamento, Monteiro e Bizzo (2013), ao realizarem um estudo sobre os documentos e referências sobre saúde na escola nos últimos quarenta anos no Brasil, apontam a ausência de falta de um documento atual, de abrangência nacional, que oriente o ensino dos temas da saúde na escola e que incorporem as discussões realizadas no campo da saúde. O estudo aponta que, por conta dessa carência, os professores partem de suas concepções individuais e de materiais de distintas qualidades para o desenvolvimento de temas com essa complexidade em sala de aula. Nesse sentido, “o caráter idiossincrático e pessoal de cada professor acaba por prevalecer nessas atividades” (MONTEIRO; BIZZO, 2013, p. 423).

Ramos et al. (2013) apontam que a estratégia fundamental para a estratégia de promoção da saúde nas escolas espanholas está relacionada, sobretudo, a uma concepção holística de educação, o que predispõe uma redefinição da identidade profissional do professor, conseqüentemente demandando uma formação inicial e continuada voltada para a educação em saúde.

## CONCLUSÃO

Os resultados nos levaram a concluir que há importantes desafios para que a educação em saúde na escola funcione como uma principal estratégia para a promoção da saúde. Faz-se necessário que ela aconteça não somente por meio do currículo, e sim a partir de ações pedagógicas em saúde que envolva a comunidade escolar e seu entorno, as famílias e a sociedade.

A integração e intersectorialidade entre campos da saúde e educação ainda é um obstáculo relevante, que torna necessário o trabalho em equipe e formação de vínculos de responsabilidade, de modo que os compromissos estejam presentes no cotidiano das escolas, dos serviços de saúde e da comunidade. Além disso, é importante ressaltar que a falta de material e de motivação ou de valorização do professor com relação à educação para saúde nos aponta para a necessidade de formação voltada à politização dos debates sobre a educação em saúde no contexto escolar, fornecendo informações que possam ser relevantes para o fomento de ambientes educacionais favoráveis à saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 533-535, ago. 2002. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000400022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 dez. 2010.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais/Secretaria de Educação Fundamental**. Brasília: MEC/SEF, 1997. 126p.
- CASEMIRO, Juliana Pereira; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da; SECCO, Fabio Vellozo Martins. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-840, mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000300829&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300829&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- COSTA et al. Promoção de saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental **Rev. Eletr. Enf**, v. 15, n. 2, p. 506-515, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15769>>. Acesso em: 24. ago.2017
- ESPANHA. **Currículo Oficial**. Ministerio de Educación y Ciencia. Primaria. Curriculum de la Etapa. 1992.
- FERREIRA, M.; SILVA, J. A. A educação em saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 429-443, abr. jun. 2015.

MOHR, A. Educação em saúde na escola: panorama e questionamentos a partir de depoimentos de professores de Ciências de Florianópolis. In: SELLES, S. E. et al. (org). **Ensino de biologia: histórias, saberes e práticas formativas**. Uberlândia: EDUFU, 2009, p. 54-71

MONTEIRO, P. H. BIZZO, N. N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, Rio de Janeiro, 22. N, 2. P: 411-427, abr. jun. 2015.

MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1827-1834, jun. 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000400022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 dez. 2012.

NUNES, I. C. V.; BRAGA, L. S. A reforma da educação superior no brasil: da herança neoliberal de FHC ao legado de Lula. **Revista Desafios**. v. 3, n. 1, p. 68-79, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15769>>. Acesso em: 24. ago.2017

OMS; OPS. **Escolas Promotoras de Saúde**: entornos saudáveis e melhor saúde para gerações futuras. Washington, DC: OPS/OMS, 1998.

RAMOS et al. Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. **Gac Sanit**, v. 27, n. 2, p. 104-110, 2013. Disponível em: <<https://avances.adide.org/index.php/ase/article/view/115>>. Acesso em 17 dez. 2016.

RUBIA, Fernando Andrés. El futuro de la educación en un contexto neoliberal. **Avances en Supervisión Educativa**, n. 19, p. 1-15, 2013. Disponível em: <<https://avances.adide.org/index.php/ase/article/view/115>>. Acesso em: 14 abril 2017.

SILVA et al. Educação em Saúde: uma reflexão histórica de sua práticas. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 6-10, 2011. Acesso em 17 dez. 2012

TALAVERA, M.; GAVIDIA, V. Dificultades para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela. Opiniones del profesorado. **Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales**, n. 21, p. 119-128, 2012. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702015000200008&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702015000200008&script=sci_abstract&lng=es) Acesso em: 28 ago. 2017

VENTURI, T.; HANSEN, K. S.; PEDROSO, I. Discutindo uma nova perspectiva para a Educação em Saúde: relato de uma experiência. In: Encontro Nacional de Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente, 2014, Niterói/RJ. **Anais...** Niterói/RJ, 2014. p. 1.

VENTURI, T.; PEDROSO, I.; MOHR, A. Educação em Saúde na escola a partir de uma perspectiva pedagógica: discussões acerca da formação de professores. In: Encontro Regional Sul de Ensino de Biologia, 6, 2013, Santo Ângelo, **Atas do VI EREBIO SUL**, Santo Ângelo: URI, 2013. p. 1-12.

## AGRADECIMENTOS

À Capes, à Universidade de Fortaleza e ao Ministério de Economia y Competitividad Espanhol (Projeto de Investigación COMSAL-EDU2013-46664-P) pelo apoio e financiamento desta pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O TERRITÓRIO COM FOCO NA INTERSETORIALIDADE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Aline Luiza de Paulo Evangelista<sup>1\*</sup>, Carine Sousa dos Santos<sup>2</sup>, Romênia Kelly Soares de Lima<sup>3</sup>, Jéssica Karen de Oliveira Rosado<sup>4</sup>.**

1. *Assistente Social. Residente em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará;*

2. *Fisioterapeuta. Residente em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará.*

3. *Bióloga. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil*

4. *Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza - Ceará, Brasil.*

E-mail: [alineluizaevangelista@hotmail.com](mailto:alineluizaevangelista@hotmail.com)

Palavras-chave: Territorialização. Atenção Primária à Saúde. Intersetorialidade. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

A Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE) constitui uma modalidade de ensino de Pós-Graduação *Lato Sensu*, sob a forma de curso de especialização em caráter de Residência, conduzido em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, designa-se como “um programa de caráter interfederativo, interinstitucional, interprofissional, intersetorial e interiorizado” (CEARÁ, 2016, p. 2). O caráter intersetorial como estratégia de promoção da saúde é perceptível no currículo do programa. Nesse sentido, a RIS-ESP/CE baseia-se em um currículo político-pedagógico cujo ponto de partida é o Módulo Território e Saúde, sendo um módulo transversal comum a todas as profissões, especialidades e cenários de atuação (CEARÁ, 2017). Compreende-se o processo de territorialização como fator primordial e um dos pressupostos básicos do trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) já que a execução das práticas de saúde acontece sobre um substrato territorial e que cada equipe da ESF é vinculada a uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (SANTOS, RIGOTTO, 2011). Dentro dessa diversidade na Atenção Primária à Saúde (APS), precisamos considerar as subjetividades que estão dentro do território apresentado aos profissionais de saúde, possibilitando a estes a aprendizagem nos cenários de prática e a construção de processos de trabalho relevantes para atuação profissional, ou seja, capazes de gerar transformações nas demandas trabalhadas. Para Santos (2006), as ações no território possuem papel fundamental na organização da vida coletiva e individual das pessoas, demonstrando a responsabilidade sanitária com a população adscrita a partir da sua complexidade. Organização esta encontrada na constituição da Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois devido ao fato de ser um arranjo organizativo das necessidades de saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2011) deve compreender as múltiplas realidades presentes no território.

O processo de territorialização possibilita a aproximação e uma possível apreensão das realidades multifacetadas das pessoas imersas em determinado território, tendo em vista a convivência social e comunitária ali presente. Logo, a territorialização aqui abordada “é percebida para além de um recorte geopolítico, portanto, compreende-se um espaço vivo repleto de possibilidades de atuação para intervenção nas necessidades de saúde da comunidade assistida” (EVANGELISTA, 2017, p. 94).

Desse modo, para realizarmos a territorialização e construirmos o planejamento das ações profissionais, consideramos a existência de um território vivo que está em constante movimento (OLIVEIRA, FURLAN, 2008), pois “é dentro desse território vivo e completo que as ações dos profissionais de saúde articulados com os demais setores favorecem a realização de políticas e de ações intersetoriais” (EVANGELISTA, 2017, p.95). O município de Fortaleza é um dos municípios cearenses contemplados com a realização da RIS-ESP/CE, mais especificamente, com a ênfase comunitária em Saúde da Família e Comunidade e a Saúde Coletiva. O referido município destaca-se por se tratar de um território geográfico que abrange o cenário correspondente ao lócus de territorialização e atuação descrita neste trabalho. Os profissionais residentes das duas ênfases mencionadas realizaram o processo de territorialização na área adscrita da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Aída Santos e Silva, localizada no bairro Vicente Pinzón, identificando e descrevendo dentre outros aspectos as redes de atenção à saúde presentes na localidade. Diante do exposto, objetivou-se descrever as RAS na qual o território da UAPS Aída Santos e Silva se encontra a partir da perspectiva da intersetorialidade.

## **METODOLGIA**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de campo (GIL, 2008). Realizada em abril e maio de 2017, o cenário de prática do trabalho relaciona-se aos dispositivos da Rede de Atenção à Saúde da Secretaria Regional II de Fortaleza e, mais especificamente, o território abrangido pela UAPS Aída Santos e Silva.

O período de reconhecimento do território que constituiu esse trabalho seguiu três etapas (imersão no município e cenário de prática, imersão comunitária e mobilização nos territórios) que compõem o Módulo I da IV turma do componente comunitário da RIS-ESP/CE, e resultou no mapeamento de aproximadamente 20 equipamentos que compõem a RAS da região de saúde.

A equipe de pesquisadores composta por 13 profissionais residentes utilizou-se de ferramentas pedagógicas fornecidas pela RIS-ESP/CE que orientaram a inserção no território, entre os recursos utilizados destaca-se Tutorial de territorialização, Instrumento de reconhecimento de território pelas equipes de saúde da família, Instrumento para reconhecimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir do território e Instrumento para reconhecimento da Secretaria Municipal de Saúde.

Além disso, realizou-se reunião com as equipes locais, entrevistas não-estruturadas com os profissionais dos serviços, visitas com agentes comunitários de saúde, observação e vivência dinâmica das unidades de saúde, visitas aos lugares onde acontece a vida da comunidade; reconhecimento dos equipamentos sociais, como as Organizações Não-Governamentais (ONGs), instituições religiosas, escolas; afim de promover uma inserção comunitária com o olhar aos modos de produção de saúde da população.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A UAPS Aída Santos e Silva é o local onde os residentes de Saúde da Família e Comunidade e os residentes em Saúde Coletiva estiveram lotados para o processo de territorialização. Lançamos olhares que foram além da área da população de responsabilidade sanitária da unidade de saúde, buscando com isso conhecer o Grande Vicente Pinzón de forma a entender o contexto de inserção do serviço de saúde a partir da composição da Rede de Atenção à Saúde e os dispositivos intersetoriais disponíveis e os desafios colocados aos profissionais de saúde, dentre os quais, nós residentes. Considerando as Redes de Atenção à Saúde, a partir da conceituação do Ministério da Saúde (2010, p. 89), como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, considerando ainda que essa integralidade está diretamente relacionada ao trabalho intersetorial e ao estabelecimento de inter-relações (MENDES, 2011), identificamos os dispositivos de saúde e das demais políticas durante o processo de territorialização no território do Vicente Pinzón.

A unidade de saúde encontra-se no centro das ações de saúde, representando os profissionais residentes, os profissionais dos serviços, os usuários e toda a população adscrita que compõe a responsabilidade sanitária do serviço. Este representa um dispositivo da APS da localidade, fazendo parte da Secretaria Regional II, distrito ligado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, sendo parte também da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), juntamente com os municípios de Eusébio, Aquiraz e Itaitinga, e, portanto, vinculado em rede à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA).

Ressaltamos o fato da unidade aqui representada não ser a única da área, pois o Grande Vicente Pinzón conta ainda com outras três UAPS: Sandra Nogueira, Odorico de Moraes e Flávio Marcílio.

Outros dispositivos da saúde dentro da RAS identificados foram: o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), atendendo as demandas de alta complexidade no que diz respeito à densidade tecnológica; a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Praia do Futuro para o atendimento 24h de urgências e emergências; serviço especializado de saúde mental, representado pelo CAPS, mais especificamente três centros, pertencentes à área de abrangência da SR II, sendo estes divididos em CAPS Geral, CAPS Álcool e Drogas (AD) e CAPS Infantil.

A partir das demandas do território, dispositivos de outras políticas e equipamentos sociais compõem a RAS para a promoção da integralidade do cuidado e da intersetorialidade, como é o caso da Assistência Social e da Educação. Identificamos na localidade do Mucuripe o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Conselho Tutelar. Nas proximidades da UAPS Aída Santos e Silva, contamos com três escolas, uma voltada para o Ensino Infantil e duas para o Ensino Fundamental e Médio, sendo uma destas voltada para o Ensino Profissionalizante. Percebemos a ampliação do leque de possibilidades interventivas no contexto das relações familiares, de educação e de trabalho, bem como em outras questões emanadas aos profissionais de saúde, pois estas são mais amplas do que os aspectos biologicistas.

Tais outras questões aparecem no contexto do lazer, pois este é determinante para a promoção da saúde. Dentro dos equipamentos sociais, percebemos a Areninha da Praia do Futuro I, disponibilizada pela Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), possibilitando a comunidade acessar o lazer através do esporte e da praia. O Centro

de Inclusão Tecnológica e Social (CITS – Mucuripe), ligado à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Governo do Estado do Ceará, atua na qualificação social e profissional dos moradores da região, contribuindo para a promoção da saúde, tendo em vista a possibilidade de acesso ao trabalho e à renda.

Outras iniciativas ligadas ao Governo do Estado do Ceará são: a 1ª Unidade Integrada de Segurança (UNISEG) e o Núcleo de Ação pela Paz (NaPaz). A primeira representa um modelo de segurança pública pautado na articulação de diversos atores de segurança na atenção do território assistido, trabalhando questões como a segurança escolar, o apoio às vítimas de violência, a segurança comunitária, atendimento de emergência, poluição sonora, Corpo de Bombeiros, delegacia 24h e Guarda Municipal. Quanto à segunda iniciativa, identificamos uma estratégia de promoção da cultura de paz e da redução da cultura de violência, assim, estritamente ligada à saúde, tendo em vista o fato das diversas formas de violência representarem um problema de saúde pública e não apenas de segurança pública.

As ONG's e os projetos sociais compõem a articulação em rede, pois atuam dentro do território nos mais diversos aspectos. Nesse contexto, identificamos como possibilidades de promoção da saúde no contexto de atuação dos profissionais residentes na UAPS Aída Santos e Silva foram: Terre des Hommes (TdH): atua na promoção garantia e defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes em situação de vulnerabilidade; Rede Aquarela: projeto social ligado à Secretaria de Assistência, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social da PMF, atua no combate à exploração e ao abuso sexual de crianças e adolescentes; Jovens Agentes de Leitura: projeto social ligado à Secretaria de Cultura do Estado do Ceará, promove a democratização do acesso ao livro e à leitura. Estúdio de Dança Aline Rodrigues: possibilita o acesso das crianças da comunidade à dança através de valores reduzidos, tendo em vista o perfil socioeconômico da localidade.

O perfil socioeconômico do bairro Vicente Pinzón apresenta como características marcantes o baixo nível socioeconômico, baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), grandes bolsões de pobreza com um elevado nível de miséria, violência, analfabetismo, alcoolismo, drogadição e desemprego. Abriga poucos edifícios de classe média e baixa, que na sua maioria são alugados por temporada para turistas, por localizarem-se próximos à Praia do Futuro, demonstrando de maneira intensa, o contraste entre as duas realidades que ali convivem: uma pequena parte da população tem acesso à saúde suplementar, saneamento básico, água de boa qualidade, hospitais particulares; convivendo lado a lado com uma maioria totalmente dependente do SUS na assistência à saúde e dos outros dispositivos da Rede aqui apresentada (FORTALEZA, 2015).

Desse modo, o conhecimento do território na perspectiva da intersetorialidade demonstra a necessidade da atuação em rede, tendo em vista o olhar ampliado de saúde. As RAS relacionam-se não apenas com os serviços de saúde disponíveis pelo SUS, mas com os demais dispositivos intersetoriais que possam responder as necessidades de saúde. No caso da UAPS Aída Santos e Silva, ficou perceptível a necessidade de ações intersetoriais para a promoção da saúde, intervindo no processo saúde-doença para além das demandas exclusivas da ESF.

## CONCLUSÃO

A territorialização em saúde é compreendida como importante momento da construção do processo de trabalho dos profissionais de saúde, e, portanto, deve ser entendida enquanto processo contínuo em sua ação e reflexão, de forma a alimentar um trabalho contextualizado no território. Dessa forma, entendemos que a territorialização não se limitou ao módulo disparado pela ESP-CE no início da RIS-ESP/CE, ela deverá seguir durante todo o processo formativo, tendo em vista a dinamicidade da realidade do território. Para uma política como a da APS, que se propõe a ser de base territorial, esse processo - de territorialização - deve ser marco inicial e permanente aos profissionais que adentram a região, pois é uma forma de sempre estar ciente da dinâmica do território. É necessário entender esse processo, visto que as ações de saúde devem ser coerentes com as necessidades de saúde de determinada população. Desse modo, consideramos a intersetorialidade existente no território como uma estratégia de promoção da saúde, pois permite a interação tanto dos serviços de saúde quanto dos outros dispositivos, ampliando o olhar dos profissionais de saúde diante das demandas dos usuários.

Ter a oportunidade de participar desse processo é como reafirmar a política de saúde e uma oportunidade de demonstrar aos outros profissionais do serviço que um trabalho a partir da territorialização viabiliza ações promotoras de saúde com foco no território.

Optamos por uma sistematização construída de forma dialogada e reflexiva entre o grupo de residentes, de forma a proporcionar a socialização das diferentes vivências e experiências no território e a reflexão coletiva sobre as fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças que permeiam o território.

Assim, consideramos a intersetorialidade existente na RAS como estratégia de promoção da saúde no território, ampliando a resolutividade da APS, tendo em vista a complexidade das necessidades de saúde apresentadas aos profissionais-residentes e aos profissionais do serviço. Portanto, faz-se necessário o conhecimento do território sob a perspectiva intersetorial e integral de forma que cada profissional se sinta implicado nas ações coletivas consideradas estratégicas para as melhorias em saúde.

## REFERÊNCIA

- BRASIL. Portaria n. 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). Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010.
- CARTILHA DA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL II. Mapa da Criminalidade e da Violência em Fortaleza, 2011. Perfil da SER II. Disponível em <[http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional\\_II.pdf](http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional_II.pdf)> . Acesso em: 09 mai. 2017.
- CEARÁ. RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO CEARÁ. Manual do Profissional de Saúde Residente, 2016.
- \_\_\_\_\_. RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO CEARÁ. Manual Pedagógico Território e Saúde, 2017.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, Plano Diretor da Unidade de Atenção Primária à Saúde Aída Santos e Silva, Brasil, 2015.
- GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- EVANGELISTA, A.L.P. Os Reflexos da Implementação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva do Ceará na Atenção Psicossocial. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.
- OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. Manual de Práticas de Atenção Básica – Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p.247-272.
- SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, nov. 2010/ fev.2011, p.387-406.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que colaboraram com a realização do processo de territorialização apresentado nesse trabalho, mais precisamente, os profissionais-residentes das ênfases de Saúde da Família e Comunidade e Saúde Coletiva, preceptores e tutores da ESP-CE, profissionais do serviço de saúde e usuários do mesmo, bem como a comunidade do território no qual estivemos imersos.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A EXPERIÊNCIA NO CURSO “TRABALHAR, APRENDER E COLABORAR NO SUS”: TEORIA E PRÁTICA PROMOTORAS DE SAÚDE

**Aline Luiza de Paulo Evangelista<sup>1\*</sup>, Rafael Bruno Silva Torres<sup>2</sup>, Romênia Kelly Soares de Lima<sup>3</sup>, Jéssica Karen de Oliveira Rosado<sup>4</sup>.**

1. Assistente Social. Residente em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará;

2. Psicólogo. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará; Especialista em Cancerologia na modalidade Residência Integrada em Saúde (Escola de Saúde Pública do Ceará)

3. Bióloga. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil

4. Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza - Ceará, Brasil.

E-mail: [alineluizaevangelista@hotmail.com](mailto:alineluizaevangelista@hotmail.com)

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Relações Interprofissionais. Integralidade em Saúde.

### INTRODUÇÃO

O Curso “Trabalhar, Aprender e Colaborar no SUS” foi promovido através da parceria entre o Laboratório de Pesquisas em Ensino e Gestão do Conhecimento, da Educação e do Trabalho na Saúde, da Universidade Federal do Ceará (UFC), o Centre de Recherche Interuniversitaire sur La Formation et La Profession Enseignate (CRIFPE), da Université de Montréal, a FIOCRUZ-Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). As atividades foram destinadas aos coordenadores da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), coordenadores e professores da ESP-CE, docentes e discentes do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da UFC. Este trabalho baseará sua descrição dos momentos e atividades propostos pelos idealizadores do curso.

A base do curso foi a discussão sobre a colaboração interprofissional como estratégia para melhoria da qualidade dos serviços de saúde e da assistência dos profissionais de saúde diante das demandas apresentadas pelos usuários e as famílias. A discussão sobre a colaboração interprofissional é internacional, emergindo como um dos aspectos fundamentais para a melhoria da Atenção Primária à Saúde e a garantia do acesso aos serviços disponíveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2010 lançou o “Marco para a Ação em educação interprofissional e Prática Colaborativa”, focando nesse aspecto para a melhoria dos resultados em saúde, demonstrando a importância da realização de estratégias para a promoção da saúde. Especificando a prática colaborativa no Brasil, a Constituição Federal de 1988 atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação na área da saúde (BRASIL, 1988), o que segundo Ceccim (2005, p. 976), cumpre “uma das mais nobres metas formuladas pela Saúde Coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho”. Para tanto, o Ministério da Saúde tem desenvolvido, desde aquele período, estratégias variadas e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores da área da saúde às reais necessidades da população e ao desenvolvimento do próprio SUS (BRASIL, 2009). A Educação Permanente em Saúde aparece, nesta perspectiva, como uma alternativa viável a realização destes objetivos, tem sido o enfoque educacional reconhecido como o mais apropriado para produzir transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais (DAVINI, 2009). Por Educação Permanente entende-se “o conceito pedagógico para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre a docência e atenção à saúde” (BRASIL, 2007, Portaria MS Nº 1996). A Educação Permanente permite um encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, de modo que a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção deve ser constituído na prática das equipes. Esse processo formativo deve ser feito de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, como recurso estratégico que permite articular gestão, atenção e formação no enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu próprio território geopolítico de atuação (BRASIL, 2004). Assim, o trabalhar, o aprender e o colaborar no SUS são permeados de desafios que exigem educação permanente para o desenvolvimento dos profissionais de saúde, pois estes são formados de maneira generalista, não sendo preparados na perspectiva do trabalho em equipe e do trabalho em redes dentro do atendimento às necessidades de saúde da população. Logo, é imprescindível a discussão sobre a interprofissionalidade nas equipes de saúde com base na aprendizagem coletiva e não mais em projetos individuais nos quais fragmentam e limitam a atuação profissional apenas a mera categoria profissional.

A vivência do curso “Trabalhar, Aprender e Colaborar no SUS”, as reflexões e ações ocorridas a partir de sua realização foi focada no aprendizado permanente de novos conhecimentos, especialmente no que se refere

a indivíduos inseridos em uma comunidade, propiciando novas habilidades e valores sobre o processo saúde-doença-cuidado, favorecendo a promoção da integralidade do cuidado a partir das relações interprofissionais necessárias nos serviços de saúde.

Os participantes foram incentivados a refletir sobre a colaboração interprofissional no contexto de suas experiências profissionais, percebendo a necessidade da atuação interprofissional no processo de cuidado com os usuários e as famílias, a partir da perspectiva pedagógica da aprendizagem de adultos (KOLB, 1984) e na aprendizagem colaborativa. Aprendizagem colaborativa esta que mostra a importância da educação está voltada para as relações sociais emergentes, sendo capaz de desencadear uma visão do todo, de rede, de transdisciplinaridade e de interdependência (MITRE. et al., 2008). Diante do exposto, o objetivo do curso aqui relatado foi refletir e se apropriar de um quadro de referência sobre as características e exigências para o desempenho do trabalho em equipe comuns ao conjunto das profissões de saúde.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência cujo foco foi um ambiente de aprendizagem promotor de saúde, tendo em vista que os participantes foram profissionais de saúde atuantes nos serviços de saúde do SUS, bem como pesquisadores da área da saúde pública. O curso foi dividido em três momentos principais: o primeiro momento com leitura prévia do principal material bibliográfico indicado; o segundo momento presencial, nos dias 11 e 12 de Agosto de 2015, onde em quatro turnos, vivências e teoria foram intercaladas intensivamente; e um último momento a distância, com a realização de uma atividade em equipes de trabalho, objetivando complementar e finalizar o processo de aprendizagem.

O principal foco do curso era trabalhar a noção e o uso da colaboração interprofissional, trabalhando assim os conceitos de: Teoria Social da Aprendizagem, tendo como principal teórico Etienne Wenger; e Comunidades de Práticas em Saúde (CPS), sendo organizado por Dr. Francisco Antonio Loiola – Prof. da Universidade de Montréal no Canadá, Dra. Ivana Cristina de H. C. Barreto – Profª. da Universidade Federal do Ceará e Pesquisadora da Fiocruz-Ceará, Dra. Ana Ecilda Lima Ellery – Profª. Visitante da Universidade Federal Ceará, Ms. Amanda Frota - Escola de Saúde Pública do Ceará, Ms. Ana Ester Maria Melo Moreira – Profª. da Universidade Federal do Piauí Gisele Melo Soares – Mestra em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará. Desse modo, a base teórica metodológica do curso encontra-se amparadas em Wenger (1998); D'amour (2005) e Barreto e Loiola (2014), visando articular teoria e prática para ações promotoras de saúde a partir da colaboração interprofissional.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A participação no curso se deu, principalmente, a partir de vivências e em sua interação com a teoria, proposta condizente com a Teoria Social da Aprendizagem, que se organiza na aprendizagem através da participação social, considerando necessário o engajamento em práticas sociais para a evolução do conhecimento, logo, da aprendizagem.

Já as CPS se constroem por grupos de pessoas que compartilham uma mesma temática de interesse, um problema ou uma paixão e que aprofundam seus conhecimentos e especialidades no interior deste domínio, interagindo continuamente.

As leituras iniciais serviram de base para introduzir o tema proposto pelo curso e fundamentar o processo de aprendizagem que seria realizado nas vivências entre os participantes do curso. Tais vivências e as oficinas foram ministradas de tal forma que possibilitaram a interação entre os integrantes, dividindo os mesmos em grupos para juntos discutirem teoria e prática - importante salientar que os membros trocavam de grupo constantemente, de acordo com a vivência a ser desenvolvida.

As temáticas abordadas nas vivências e nas oficinas realizadas foram baseadas nas seguintes perguntas: como promover o trabalho em equipe interprofissional na Estratégia Saúde da Família? Modelo teórico da Educação interprofissional e Prática Colaborativa da Organização Mundial da Saúde: atual ou a superar? As discussões foram organizadas nos seguintes blocos temáticos: Aprendizagem e Atitudes; Atitudes face à Aprendizagem Profissional e Comunidades de Prática em Saúde.

Para conclusão do curso foi realizado um trabalho final em grupo com o objetivo de sintetizar o processo de aprendizagem vivenciado. Tal trabalho destinou-se à elaboração de um estudo sobre determinada profissão de saúde que não fizesse parte das categorias profissionais presentes em cada equipe dividida, analisando a profissão escolhida com a síntese das discussões desenvolvidas, focando nos conceitos apreendidos e elencando como esta pode atuar de maneira colaborativa na prática interprofissional. Primeiramente, foi necessário entrevistar um profissional da categoria escolhida, perguntando sobre a atuação do mesmo na Estratégia Saúde da Família, identificando as possibilidades e os limites que perpassavam os processos de trabalho. Após a entrevista, foi



produzido um relatório final, analisando a fala do entrevistado com as perspectivas da equipe sobre a atuação deste no contexto da interprofissionalidade.

As CPS pressupõem alguns conceitos principais: capacidade de reificar, transformando algo abstrato em concreto; sentimento de pertença; valorização das ideias trocadas e suas interações; afetividade; resolutividade em conjunto, podendo criar instrumentais e documentos, bem como o desenvolvimento de uma identidade comum. Tais ideias foram, além de discutidas, vivenciadas nos momentos presenciais.

Os participantes foram incentivados, também, a refletir sobre a noção e o uso da colaboração interprofissional a partir da perspectiva pedagógica da aprendizagem de adultos e da aprendizagem colaborativa. Esta teoria foi aliada as experiências profissionais dos participantes, proporcionando o debate acerca do desenvolvimento do trabalho em equipe com as características e exigências do mesmo frente ao contexto atual do SUS. Com base em D'Amour (2008) existem duas dimensões do tipo relacional. A primeira dimensão relacional é ter "Objetivos e Visão", apresentando como dois indicadores os "Objetivos Comuns e a Orientação Centrada no Cliente Versus outras orientações", possibilitando o reconhecimento de divergências, fidelidade múltiplas expectativas e percepções para a colaboração da equipe. A segunda dimensão relacional é a "Internalização" que se refere à uma tomada de consciência pelos profissionais de suas interdependências e da importância de gerenciá-las, sendo atribuídos três indicadores que são: Conhecimento Mútuo, Confiança e Troca de Informações entre os profissionais. A autora também traz duas dimensões organizacionais. Uma é "Formalização", pois, através da documentação dos procedimentos é que se comunicam comportamentos e resultados desejados. A outra dimensão organizacional é a "Governança", que possui quatro indicadores: Liderança no processo de colaboração; Centralidade; Conectividade e Suporte às Inovações relacionadas às práticas colaborativas interprofissionais e interorganizacionais.

A apresentação em sala de aula proporcionou maior entendimento sobre as ideias de Etienne Wenger e a aprendizagem como foco na prática social situada, entendendo que é a prática o elo de união entre os membros de uma equipe, independente da comunidade que estes representam, podendo ser uma instituição de saúde ou um órgão empresarial. A centralidade é na prática e não nos aspectos cognitivos, lembrando que estes possuem a sua importância, mas as relações sociais necessitam de ênfase.

Foi possível compreender que as Comunidades de Prática são grupos de pessoas que compartilham uma mesma temática de interesse sem precisarem estar juntas em tempo integral, mas sendo essencial certo nível de interação entre os membros. Merece destaque que esses espaços são repletos de hábitos, rotinas e ritos não sendo exigida a harmonia, pois as diferenças podem existir já que os conflitos são considerados naturais, no entanto o primordial é saber lidar com estas e avançar nas atitudes que as equipes tomarão.

A partir disso, fica clara a ideia de que as Comunidades de Prática não são apenas um grupo que possui alguma característica em comum, para se caracterizar tal formação é indispensável que as pessoas do grupo aprendam, produzam e façam a gestão do conhecimento, isso favorece a colaboração interprofissional que foi outra temática abordada em um dos encontros da disciplina.

Dentro dessas comunidades temos uma formação representada por três eixos: Pactuação de Projeto em Comum, Engajamento Mútuo e Repertórios Partilhados. Nesses três aspectos percebemos os potenciais de favorecer o diálogo, o quadro comum de atuação dos profissionais, a formalização e a difusão dos saberes práticos, superando a lógica da profissionalização e incentivando a lógica da colaboração, conforme eu pude expor na aula que facilitei durante a disciplina (BARRETO & LOIOLA, 2014).

## CONCLUSÃO

Através dos trabalhos em subgrupos e das sínteses das reflexões, da apresentação oral pelos professores responsáveis, das vivências e oficinas colaborativas, bem como da apresentação pelos participantes, foi possível construir coletivamente as potencialidades e os desafios do trabalho em equipe composta por profissionais da saúde, a partir de uma perspectiva de interprofissionalidade, visando à integralidade do cuidado e a qualidade dos serviços e das redes de saúde. O curso proporcionou, através da relação teoria e prática, a percepção da colaboração entre as profissões da saúde como estratégia para superar e dar respostas a diversos impasses que prejudicam a qualidade e a resolutividade das práticas de assistência e submetem os usuários a um cuidado que não é acolhedor e que não incorpora a dimensão da integralidade, para tanto, é identificada a proposta da Educação Interprofissional em Saúde como uma estratégia pedagógica potente para empreender algumas das transformações necessárias na educação dos profissionais de saúde.

O curso vivenciado proporcionou a vivência da promoção da saúde a partir de sua articulação teórico- prática, compreendendo que promover saúde é também promover conhecimento e empoderamento dos profissionais para uma atuação crítica e contextualizada, reforçando o trabalho integral e em equipes, que facilit transformações individuais e sociais.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, I. C. H. C; LOIOLA, F. (Org.). **Comunidades de prática e saúde: uma introdução ao tema**. Campinas: São Paulo. Saberes Editora, 2014.
- BRASIL. **ANAIS / VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986**. – Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- \_\_\_\_\_. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude\\_V9.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf)> Acesso em: 27 ago 2015.
- CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, pp. 219-230, out/dez 2005.
- D'AMOUR, D.; GOULET, L.; LABADIE, J.; MARTÍN-RODRIGUEZ, L. S.; PINEAULT, R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research, Bio Med Central Open Access**, 2008.
- D'AMOUR, D; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, n. 1, p. 8-20, 2005.
- DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Série pacto pela saúde. v. 9. p.39- 59, 2009.
- KOLB, D. **Experiential learning. Englewood Cliffs**. New Jersey: Prentice Hall. 1984.
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (Sup 2): 2133-2144, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra, Suíça: OMS, Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, 2010.
- WENGER, E. **Communities of Practices: learning, meaning and identity**. Cambridge University Press, 1998. 318 p.

## AGRADECIMENTOS

O trabalho em equipe é união e amizade em prol de um bem e de um objetivo comum, por isso é muito mais nobre do que uma batalha individual. Obrigada a todos os autores pelas inúmeras contribuições e a Universidade de Fortaleza por ofertar esse evento favorecendo o aprendizado de toda sociedade.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## VÍNCULO AFETIVO ENTRE PAIS E FILHOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

**Maria Solange Nogueira dos Santos<sup>1</sup> (PG), Karla Maria Carneiro Rolim (PQ)<sup>2</sup> Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque<sup>3</sup> (PG), Carlon Washington Pinheiro<sup>4</sup> (IC). Fernanda Jorge Magalhães<sup>5</sup> Heda Caroline Neri de Alencar<sup>1</sup> (PG).**

1. Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza- UNIFOR.

2. PhD pela Universidade de Rouen (CHU-ROUEN), França. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil. Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR); do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UNIFOR). Coordenadora do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE/UNIFOR)

3 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UNIFOR). Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas- UFAM/ISB – Coari-AM

3 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Coordenadora do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

4-4 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil. Doutora de Mobilidade Acadêmica da Universidade do Porto (UP), Portugal. Docente substituta do departamento de Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UFC

E-mail: solange.nog@edu.unifor.br

Palavras-chave: Enfermagem. Relações familiares. Acolhimento. Unidade de Terapia Neonatal. Humanização da Assistência.

### INTRODUÇÃO

A assistência humanizada, em consonância com as políticas públicas existentes, ainda possui repercussões práticas comprometidas e deficientes no sistema público, principalmente no que diz respeito à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Alguns fatores podem contribuir para falta de humanização, como a sobrecarga dos profissionais e a superlotação da Unidade, requerendo do profissional um ônus no compromisso de desempenhar suas atividades dentro de uma especificidade e complexidade. Perpetua-se, assim, um nível de tensão que dificulta o estabelecimento de mudanças no padrão educacional dos profissionais de Enfermagem, sendo estas mudanças, necessárias ao processo adaptativo da incorporação e do desenvolvimento tecnológico (REIS *et al.*, 2013).

A UTIN é um local específico do hospital que contempla recursos, humanos e materiais, necessários para dar suporte às funções vitais de recém-nascidos (RN) internados, que apresentam risco iminente de morte. O RN de risco é encaminhado à UTIN para o estabelecimento da terapêutica adequada e monitoramento das suas funções vitais. A assistência de Enfermagem prestada ao neonato de risco requer dos profissionais, competências e habilidades, pois nessa fase da vida, os órgãos e sistemas se encontram em processo de maturação fisiológica (TAMEZ, 2013).

Consoante a autora supracitada classifica-se o RN, como: pré-termo (RNPT), quando se encontra com menos de 37 semanas; a termo quando possui de 37 a 42 semanas e pós termo, quando está acima de 42 semanas. A avaliação da idade gestacional pode ser feita clinicamente, através do exame físico das características externas nas primeiras horas do nascimento e através do exame neurológico 24 horas após o nascimento. Ballard, Dubowitz e Capurro são os sistemas utilizados para avaliação da idade gestacional.

O vínculo entre pais e filhos inicia-se desde o momento da concepção e se fortalece após o nascimento. A gravidez é um momento desejado pela maioria das mulheres, sendo o período gestacional um processo acompanhado de transformações físicas, emocionais e fisiológicas. Compreende-se que nesse período, começam as expectativas e ansiedades do casal em relação ao seu papel, podendo despertar sentimentos como medo e insegurança. O momento mais esperado é o do nascimento, quando todas as incertezas em relação ao neonato devem ser sanadas e a interação fortalecida. Quando isso não acontece, há uma separação brusca entre os pais e o filho, como é o caso do RNPT que habitam na UTIN (FRELLO; CARRARO, 2012).

Para que aconteça um bom desenvolvimento dentro da UTIN, faz-se necessário envolvimento do enfermeiro com o neonato, possuindo conhecimentos das necessidades específicas que cada neonato, sob seus cuidados, possui, promovendo cuidados com foco na família e inserindo-os como parte da equipe na assistência prestada (TAMEZ, 2013).

A prática baseada em evidências alicerça-se nos princípios de trabalhar com as melhores evidências disponíveis, considerar a experiência do profissional, a realidade local e a preferência do cliente. Com isso, não é alienada das condições da realidade, mas propõe-se que a literatura científica de boa qualidade seja o grande apoio para a tomada de decisão sobre o cuidado. Cabe ressaltar que o desafio para o enfrentamento da redução

dos riscos e dos danos na assistência à saúde do RN depende da assistência prestada. É preciso que o enfermeiro estabeleça formas de comunicação e interação com os familiares dos bebês internados em na UTIN, promovendo a participação dos pais na assistência, orientando e incentivando-os a tocar seus filhos (PIMENTA *et al.*, 2014).

O interesse pela temática abordada foi despertado pela experiência profissional na área de Neonatologia, percebendo-se, no contexto da prática, a fragmentação do vínculo por parte de profissionais com os pais, fazendo com que relações pais/bebês ficassem distantes. A necessidade de fomentar a assistência de Enfermagem, na promoção do vínculo afetivo entre pais e o RNPT, é fundamental para uma assistência de qualidade e menos traumática.

Objetiva-se com esse trabalho descrever a experiência da promoção do vínculo entre pais e RNPT, na ambiência de uma UTIN.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, acerca da experiência da promoção do vínculo afetivo entre pais e filhos no contexto da UTIN. O estudo qualitativo costuma ser descrito como holístico, esse tipo de estudo baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus autores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O local do estudo foi em um hospital de nível terciário, localizado na regional II em Fortaleza - Ceará, referência estadual no atendimento ao RNPT de alto risco. O período do estudo compreendeu os meses de junho e julho de 2016. O levantamento dos dados se deu por meio de momentos de conversação com os pais, havendo também a pesquisa nos prontuários para melhor descrição do quadro clínico e promoção de vínculo entre os familiares com seu filho.

A UTIN, da instituição pesquisada, dispõe de 18 leitos, uma Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) com 16 leitos e uma Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa) com 4 leitos, totalizando 38 leitos credenciados. A ocupação da UTIN em alguns momentos ultrapassa seus leitos credenciados, pelo fato da demanda de partos ocorridos na Unidade Obstétrica.

Faz parte ainda da Unidade: sala de preparo de medicações, lactário, sala de ordenha, sala de apoio dos pais, secretaria, coordenação médica e de enfermagem, sala da equipe multiprofissional, repouso para os profissionais, copa, banheiros, sala de equipamentos, almoxarifado e expurgo. Conta ainda com setores e serviços de apoio: unidade obstétrica, unidade de atendimento de *follow-up*, laboratório, radiologia, banco de leite humano, farmácia, banco de sangue, raios-X, ecocardiograma e ultrassom. Há, também, ampla gama de aparelhos e equipamentos modernos, especializados e adequados à sua clientela.

A UTIN é um serviço voltado para o atendimento de RN graves ou com risco de morte. A UCINCo, também conhecida como Unidade Semi-Intensiva, se destina ao atendimento de neonatos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN, e a UCINCa serviço cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar.

O estudo respeitou a Resolução 466/12, que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos, sendo garantido o anonimato em relação à identidade do paciente. Além do mais, foi dada garantia de utilização dos dados somente para fins científicos, respeitando os aspectos éticos (BRASIL, 2012).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Parturiente e neonato, durante o processo de separação, caracterizado pela internação do RNPT na UTIN, podem desenvolver inúmeras modificações e apresentarem necessidades particulares, requerendo uma assistência qualificada e humanizada por parte da equipe de saúde, que atente para as demandas do binômio mãe-filho, valorizando a escuta ativa e considerando as especificidades de cada caso durante o internamento (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Santos *et al.*, (2014) reforçam que o primeiro contato pele a pele do neonato com a mãe concretiza, por sua própria percepção, o delineamento físico do seu filho, que foi imaginado ao longo da gestação, sendo um momento único, no qual acontece o primeiro reconhecimento do RN pela parturiente, e potencializa, para a mulher, a possibilidade de apreciar o seu filho pela primeira vez e vivenciar fortes sentimentos de emoção, porém, essa ação já é fragmentada no nascimento, por instabilidade hemodinâmica.

A experiência profissional vivenciada permitiu dar visibilidade e importância para a temática da primeira visita dos pais ao RNPT. Em muitas situações, o contato com RNPT dentro da incubadora não ocorre porque muitos profissionais informam aos pais que não é possível esse contato físico. Várias questões são alegadas, entre elas

o risco de desconectar a traqueia do ventilador mecânico; a perda acidental do acesso venoso e a diminuição da temperatura da incubadora devido aberturas das portinholas, devido a essas informações equivocadas, cria-se por parte dos pais um sentimento de medo e vazio em não poder tocar em seu filho (CRUZ *et al.*, 2010).

O toque é fundamental para o desenvolvimento físico e psíquico do RN sendo, portanto, essencial para a sua adaptação ao mundo. Observou-se durante o estudo que, ainda na ambiência da UTIN que alguns profissionais não utilizam o toque carinhoso durante o cuidado dispensado ao neonato e têm fragilizado o acolhimento adequado aos pais na hora da visita. Os pais, muitas vezes são orientados apenas a olhar os filhos, por fora da incubadora, sem realizar um toque gerador de acalento. Tais paradigmas, vivenciados entre os profissionais, necessitam ser quebrados – os pais devem tocar carinhosamente, falar e cantarolar aos seus filhos, nascidos prematuramente durante as visitas à UTIN.

À partir das observações foram utilizadas estratégias humanizadoras diferenciadas, houve o processo de desmistificação das ações praticadas anteriormente, entre elas a promoção de orientações aos pais voltadas a higienização das mãos e paramentação adequada, a indicação e incentivo ao toque carinhoso e o falar delicadamente ao abrirem as portinholas da incubadora de seus filhos. Os RNPT, que se encontravam agitados e inquietos, manifestaram outros sinais, após sentirem o calor das mãos dos seus familiares, ficando calmos e até dormindo melhor.

Consoante Fialho (2012), os pais devem ser orientados durante a visita à UTIN para a desmitificação da ambiência tecnológica. Percebe-se que um dos momentos de maior sensibilização foi quando uma mãe perguntou se poderia tocar no seu filho, porque desde o nascimento até aos seis dias de vida, ela só observava por fora da incubadora e seu maior desejo era tocá-lo. Em meio à resposta afirmativa, de que era possível o toque realizou-se as orientações sobre a dinâmica do ambiente da UTIN e o aparato tecnológico necessário para o tratamento do neonato. Após isso, houve o momento do primeiro contato e conseqüentemente as lágrimas, por parte da mãe não foram contidas, enfatizando sua alegria em perceber que era possível aquela ação de sentir a pele macia, fina de seu filho, que apesar da fragilidade não se quebra quando se toca notando-se uma relevância profunda no estabelecimento desse vínculo.

Diante da dimensão do problema e da quantidade de processos envolvidos para alcançar um cuidado seguro, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e numa parceria com a Comissão Conjunta Internacional (Joint Commission International – JCI) e vem incentivando a adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), como uma estratégia para orientar as boas práticas para a redução de riscos e eventos adversos em serviços de saúde. As seis primeiras MISP são direcionadas para prevenir situações de eventos adversos de identificação de pacientes, falhas de comunicação, eventos adversos de medicação, eventos adversos em procedimentos cirúrgicos, infecções associadas ao cuidado, quedas dos pacientes e a prevenção de ulcera por pressão (BRASIL, 2013).

O cuidar do RN de modo humanizado e individualizado pela equipe de Enfermagem vai além dos conhecimentos e habilidades técnicas. Saber cuidar é abrangente, envolve toque, manuseio, interação e comunicação com o bebê, manter a unidade de terapia intensiva neonatal em condições físicas e ambientais adequadas a fim de oferecer melhores perspectivas de sobrevivência aos neonatos (ROLIM, 2006).

## CONCLUSÃO

No cotidiano do hospital em que foi realizado o estudo, há uma grande demanda na UTIN, muitas vezes descaracterizando o propósito dos pais, sendo estes vistos, pelos profissionais, como intrusos. A relevância da sua presença é pouco valorizada no contexto biomédico, além disso, esquece-se dos benefícios clínicos do contato pele a pele, do acolhimento dos pais e da manutenção do vínculo afetivo necessário para o preenchimento dessa lacuna de convívio.

É necessária a promoção de boas práticas de acolhimento desses pais pelos profissionais enfermeiros, pois este atua numa jornada de 24hs ao lado do paciente. Conclui-se que os pais e o RNPT precisam ser amparados para o estabelecimento e fortalecimento do vínculo, já que ocorre uma separação abrupta na sala de parto, causada por instabilidade hemodinâmica do neonato, onde o atendimento de alto risco ocorre de forma rápida no encaminhamento do RNPT, impossibilitando a troca olhares, o cheiro, o contato pele a pele.

## REFERÊNCIAS

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. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. 1. ed. 2013. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 04 de agosto de 2017.

CRUZ, A.R.M. *et al.* Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica.

**Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/fen/article/view/9530/6599>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

FIALHO, F.A. **A arte de cuidar em enfermagem**: tecnologias aplicadas no cuidado neonatal. 83 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Juiz de Fora Juiz de Fora, 2012.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 65, n. 3, p.514-521, jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672012000300018>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

GIRARDON-PERLINI, N.M.O. *et al.* Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI neonatal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.11, n.1, p.26-34, jan. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18855/pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

REIS, L.S. dos *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 34, n. 2, p.118-124, jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472013000200015>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

RODRIGUES, D.P. *et al.* Cuidados ao binômio mãe-filho no puerpério imediato: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal Of Nursing: OBJN**. Rio de Janeiro, p.227-238. jun. 2014. Disponível em: <[www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/search/search?query=Cuidados+ao+binômio+mãe+filho+no+puerpério+imediato%3A+estudo+descritivo](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/search/search?query=Cuidados+ao+bin%C3%B4mio+m%C3%A3e+filho+no+puerp%C3%A9rio+imediato%3A+estudo+descritivo)>. Acesso em: 03 ago. 2017.

PIMENTA, C.A.M. *et al.* Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Gestão COREN São Paulo 2012–2014. Disponível em: <[http://www.corenSãoPaulo.portal.coren-sp.gov.br/guia%20construção%20protocolos%2025.02.1](http://www.corenSãoPaulo.portal.coren-sp.gov.br/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.1)> Acesso em: 07 de ago 2017.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

SANTOS, L.M. *et al.* Experiencing skin to skin contact with the baby during the postpartum period as a mechanical act. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 67, n. 2, p.202-207, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140026>>. Acesso em: 07 de ago 2017.

TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI Neonatal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

## AGRADECIMENTOS

A Universidade de Fortaleza, em especial aos docentes da pós-graduação quem compõe o Mestrado Profissional de Tecnologia e Inovação em Enfermagem.MPTIE/UNIFOR.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## TECNOLOGIAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DO PROCESSO DE VIDA: ESTUDO REFLEXIVO

Socorro Milena Rocha Vasconcelos (PG)<sup>1</sup>, Aika Barros Barbosa Maia (PG)<sup>2</sup>, Jamille Amorim Paz (PG)<sup>3</sup>,  
Thais Milene Rocha (PG)<sup>4</sup>, Maria Eliana Peixoto Bessa (PQ)<sup>5</sup>, Aline Rodrigues Feitoza (PQ)<sup>6</sup>

1. Mestranda do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR

2. Mestranda em Enfermagem Profissional em Tecnologia e Inovação na Enfermagem- UNIFOR

3. Mestranda em Enfermagem Profissional em Tecnologia e Inovação na Enfermagem- UNIFOR

4. Especialista em Saúde Pública – UECE

5. Docente da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR

6. Docente da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR

E-mail : [smilenarocha@uol.com.br](mailto:smilenarocha@uol.com.br)

Palavras-chave: cuidado de enfermagem. processo de vida.

### INTRODUÇÃO

Existe a esperança de que as novas tecnologias irão propiciar vidas saudáveis, maiores liberdades sociais, conhecimento e meios de vida mais dignos. O grande desafio para a humanidade é transformar a tecnologia num instrumento para o desenvolvimento humano e prospecta-se que através do acesso ao conhecimento livre pela internet, produção e distribuição de novos medicamentos o processo de desenvolvimento da qualidade de vida humana será melhorado.

A tecnologia favorece o atendimento imediato, o diagnóstico mais preciso e fornece mais segurança a toda equipe multidisciplinar, porém, pode fragmentar as relações humanas tornando- as frias e distantes, favorecendo o processo de desumanização.

Entende-se que a tecnologia compreende certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organizar as relações humanas, mas a aplicação humana é que determina sua natureza justificando a preocupação dos pesquisadores em preservar os princípios éticos e bioéticas nas inovações tecnológicas

Os profissionais de enfermagem se baseiam na tecnologia do cuidado como expressão do saber sustentando que não adianta dispor de alta tecnologia para o desenvolvimento da assistência de enfermagem, se não possuir um mínimo de humanização, pois a interação entre a tecnologia e a humanização deve estar sempre presente, pois sem esses elementos o cuidado se torna fragmentado (OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

As tecnologias leve-duras são expressas através do manuseio de equipamentos e saberes tecnológicos para sua utilização como normas, protocolos e conhecimentos e as leves são identificadas no âmbito das relações, que se caracteriza na relação direta entre usuário e profissional (SABINO et al., 2016).

As tecnologias duras são utilizadas em unidades complexas como terapia intensiva cardiológica, aparelhos utilizados na assistência ao paciente crítico por serem recursos materiais obtidos através do uso de equipamentos como instrumento do trabalho.

O GIATE (Grupo de Inventos e Adaptações Tecnológicas em Enfermagem) utiliza-se para classificação e catalogação, de uma taxionomia de tecnologias que tem apoio em Dorothea E. Orem, servindo como um quadro de referência para categorização dos inventos dividido em tipo, especificidade e princípio (NIETSCHE, 1999).

De acordo com os estudos desse grupo é importante a valorização do conhecimento e da criatividade humana nas práticas assistenciais que implicam em consequências positivas como criar, inovar, adaptar produtos e processos tecnológicos. A partir disso surge a categorização dos eventos utilizados pelo grupo e a relevância da discussão de conceitos dessas categorias.

O presente estudo surgiu da necessidade de realizar uma análise conceitual da taxonomia proposta por (Nietzsche, 1999) através do GIATE (Grupo de Inventos e Adaptações Tecnológicas em Enfermagem) , visando uma maior compreensão sobre os conceitos de tecnologias de manutenção do processo de vida embasado no princípio que a equipe de enfermagem apoia e mantém o processo de vida. Diante disso esse estudo objetivou refletir a cerca da conceituação de tecnologia e manutenção do processo de vida.

## **METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de uma reflexão teórica conceitual, relacionada a terminologia de : tecnologia de manutenção do processo de vida, que tem como princípio a equipe de Enfermagem apoiar e manter o processo de vida. Essa terminologia está referenciada para a categorização dos inventos utilizados pelo GIATE (Grupo de Inventos e Adaptações Tecnológicas em Enfermagem).

A reflexão foi operacionalizada por meio de identificação de conceitos e expressões associadas, busca em bases contextuais incluindo variações interdisciplinares, sociocultural e temporal envolvendo os cuidados tecnológicos em saúde na Enfermagem, e análise dos dados relacionados às características, identificação, implicações e hipóteses para o desenvolvimento do conceito.

Este estudo foi realizado no período de junho de 2017, e surgiu a partir da necessidade de investigação conceitual desta categoria, utilizada pelo grupo GIATE, para que dessa forma contribuir com o conhecimento técnico científico da área de Enfermagem.

O estudo metodológico pautou-se em pesquisas e publicações científicas que abordam as temáticas de tecnologia, cuidado de Enfermagem e processo de vida ou ciclo vital, fazendo uma reflexão teórica de conceitos com os temas correlacionados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **1. CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS**

#### **1.1 REFLEXÃO CONCEITUAL SOBRE TECNOLOGIAS**

O aparato tecnológico corresponde a um importante aspecto no trabalho na saúde, pois a utilização de orientações, educação em saúde, equipamentos, máquinas e aparelhos são necessários e imprescindível na assistência de todo o processo de saúde doença.

Mesmo conhecendo as inúmeras contribuições da tecnologia na área da saúde, no que diz respeito à utilização de equipamentos, agilidades no diagnóstico e terapêutico qualificado não podem deixar de apontar que o uso de tecnologias, no âmbito da saúde tem merecido críticas haja vista que o avanço tecnológico que vem ocorrendo com grande magnitude tem colaborado para a desvalorização de cuidados humanizados, já que às vezes, pelo fato de haverem mais possibilidades de monitoramentos e tratamentos, as pessoas vão deixando de lado as relações interpessoais que perpassam pelo ato de cuidar.

Segundo Mehry (2002) toma a definição de tecnologia incluindo, também, os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Pontua-se que as tecnologias duras seriam os equipamentos, as máquinas, e que encerram trabalho morto, fruto de outros momentos de produção; dessa forma, conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabado e pronto. As tecnologias leves seriam aquelas referentes aos saberes agrupado que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo, porém com possibilidade de expressarem trabalho vivo.

Portanto a tecnologia quando usada em favor da saúde contribui diretamente com a qualidade, eficácia, efetividade e segurança da assistência, em outros termos quando usada de maneira adequada cria condições que contribuem para um viver mais saudável, tema de grande relevância na atenção integral de forma individual e coletiva.

Tecnologias leves e leves duras , como por exemplo as tecnologias educativas são instrumentos facilitadores do processo ensino-aprendizagem utilizados como meio de transferência de conhecimento, propiciando ao indivíduo a participação em um momento de troca de experiência. ( BALBINO, ALVES, CARVALHO, SANTOS , OLIVEIRA , 2014 )

As tecnologias leve-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros; caracterizam-se por conterem trabalho capturado, porém com possibilidade de expressarem trabalho vivo. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização.

O empoderamento, entendido como tecnologia educacional inovadora, está diretamente relacionado a ajudar a pessoa no crescente controle sobre sua vida, abordando os campos da promoção da saúde. O desenvolvimento pessoal e social pode ser conquistado por meio da informação, da educação para a saúde e da intensificação



das competências, o que permite que a população exerça maior controle sobre sua própria saúde. (SANTANA, RAYMUNDO, SILVA, MARQUES 2014).

Nesse sentido, defendemos que as mudanças serão potencializadas se incorporarmos, no processo de trabalho, as tecnologias leves, no encontro entre trabalhadores e entre estes e os usuários, aumentando assim a adesão e assimilação do processo de trabalho de educação em saúde.

Em outra tipologia de classificação, mais específica da Enfermagem, as tecnologias do cuidado de Enfermagem são divididas em três tipos: Tecnologias de manutenção que representam os instrumentos utilizados nos hábitos de vida diária e nas limitações dos indivíduos; Tecnologias de reparação que são instrumentos utilizados para compensar uma disfunção, exigindo o conhecimento do profissional para a sua classificação e Tecnologias de Informação que corresponde a um conjunto de informações sobre aspectos de saúde disponibilizados.

### **1.3 TECNOLOGIA DE MANUTENÇÃO DO PROCESSO DE VIDA**

Diante da reflexão conceitual a cerca das tecnologias pode-se perceber que seus diferentes tipos e classificações fazem parte de todo processo de manutenção da vida, seja no estado de saúde ou doença, pois envolve todos os cuidados em cada fase do ciclo de vida e percebe-se que em cada cuidado e assistência em saúde vai envolver e necessitar do uso de algum tipo de tecnologia.

Portanto a tecnologia de manutenção do processo de vida implica na tecnologia do cuidado como uma expressão do saber fazer com a valorização da vida como sustentação moral e ética, pois as tecnologias de cuidado integram o ato de cuidar em si, relacionado as interações expressadas interpessoalmente.

Esse processo de manutenção da vida é resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde e depende de fatores sociais, ambientais, psicológicos, educacionais, econômicos, políticos, ecológicos e genéticos.

Diante do exposto pontua-se também que a Enfermagem utiliza o cuidado como centro de sua atuação profissional, e este aspecto de cuidar se faz presente em todo o processo saúde / doença e de manutenção da vida em todo o ciclo vital, por isso o saber tecnológico e o cuidado de Enfermagem estão meramente interligados e relacionados, pois os diferentes tipos de cuidados tecnológicos podem ser utilizados pelos profissionais de Enfermagem, desde que com o embasamento técnico – científico adequado.

Relacionando especificamente com o cuidado tecnológico de manutenção que envolvem os instrumentos utilizados nos hábitos de vida e nas limitações, fazem parte de todo o ciclo vital desde a concepção até a morte e esses instrumentos podem fazer parte do uso de tecnologias leves como as tecnologias educacionais e de acolhimento.

O cuidado requer o zelo além do momento da realização de uma técnica ou procedimento, pois o comprometimento e a atenção dispensada pelo profissional de saúde favorecem a participação do sujeito atendido, que deve ser compreendido no seu contexto e inserido na dinâmica do seu tratamento, levando em conta seus valores culturais, sociais, morais, éticos, religiosos, entre outros. O acolhimento, em um sentido mais amplo, consiste em uma ferramenta que permite o acesso universal aos serviços, tornando-os humanizados, integrais, com resolutividade e qualidade, fazendo com que os problemas de saúde dos clientes se tornem responsabilidade dos profissionais.

Portanto compreende que a tecnologia do cuidado de Enfermagem de manutenção faz parte da assistência de Enfermagem no processo de vida, pois utiliza no seu princípio o apoio e a manutenção de todo o processo de vida do ciclo vital, sendo de extrema importância para as práticas assistências na área de saúde.

### **CONCLUSÃO**

Tecnologias do cuidado de enfermagem na manutenção do processo de vida envolve os profissionais da área firmando que não adianta dispor de alta tecnologia para o desenvolvimento da assistência de enfermagem. A interação entre tecnologia e humanização deve estar sempre agregada a fim de propiciar para o cliente assistência segura e eficiente.

Embora seja notório as contribuições da tecnologia na área da saúde existe o contrassenso envolvendo o avanço tecnológico, pois este vem contribuindo com a desvalorização de cuidados humanizados interferindo na qualidade da assistência prestada e nas relações interpessoais entre o cliente e o profissional de saúde.

Evidenciou-se no estudo que o cuidar se faz presente em todo o processo saúde / doença e de manutenção da vida em todo o ciclo vital em diferentes tipos de cuidados tecnológicos. As tecnologias leves, leves-duras e duras podem ser utilizadas pelos profissionais de enfermagem, desde que com o embasamento técnico – científico adequado.

Refletiu-se que as tecnologias leve- duras destacam-se na área de saúde através da utilização de protocolos e normas. As tecnologias duras são utilizadas em unidades complexas como terapia intensiva cardiológica, e em outros setores onde os aparelhos são utilizados na assistência ao paciente como instrumento do trabalho.

Conclui-se que o cuidado tecnológico de manutenção do processo de vida que envolvem os instrumentos utilizados no processo do cuidado da enfermagem faz parte de todo o ciclo vital e podem ser inseridos nesse contexto não apenas as tecnologias duras e leve-duras, mas também as tecnologias leves através de tecnologias educacionais e de acolhimento.

Sugere-se novos estudos de análise conceitual abordando os cuidados tecnológicos em saúde na Enfermagem, a fim de embasar cientificamente o desenvolvimento novos de conceitos.

## REFERÊNCIAS

- BALBINO, A.C; ALVES, M.D.S; CARVALHO, V.L.; SANTOS, M.C.L; OLIVEIRA, N.R; **Análise do** Conceito de Tecnologia Educacional em Enfermagem aplicado ao paciente. Rev.Rene. 2014. Jan-fev158- 65
- MERHY EE. **Saúde e cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002.
- NIETSCHÉ, Elisabeta Albertina. **Tecnologia Emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?** 1999. 389 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
- OLIVEIRA, Elias Barbosa de; SOUZA, Natalia Victor Madeira de. ESTRESSE E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE CARDIOLOGIA: TECNOLOGIA
- SABINO, Leidiane Minervina Moraes de et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Chia- Colômbia**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p.230-239, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n2/v16n2a10.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos acima de tudo a Deus por ter nos dado saúde e força para superar todas as dificuldades ao longo desses anos. As nossas excelentíssimas professoras Dra. Maria Eliana Peixoto Bessa e Dra. Aline Rodrigues Feitoza, pelas inúmeras orientações, estímulos, explicações, incentivos, ensinamentos, vivências e experiências que nos oportunizaram integrar mais saber a nossa prática.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## TECNOLOGIAS UTILIZADAS NAS EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lais de Oliveira Silva<sup>1\*</sup>, Elizabeth Brenda Dantas Nascimento<sup>1</sup>, Maria Priscila Oliveira da Silva<sup>1</sup>, Gabriela Souza dos Santos<sup>1</sup>, Thais Marques Lima<sup>2</sup>, Juliana Alencar Moreira Borges<sup>3</sup>.

*Acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará  
Doutora. Enfermeira. Professora Auxiliar III do Centro Universitário Estácio do Ceará.  
Orientadora. Mestre. Enfermeira. Professora Auxiliar III do Centro Universitário Estácio do Ceará.*

*E-mail: lais\_silva29@outlook.com*

*Palavras-chave: Promoção da saúde. Adolescentes. Tecnologias em saúde. Enfermagem.*

### INTRODUÇÃO

Os adolescentes e jovens, na faixa etária compreendida entre 10 e 24 anos, representam 29% da população mundial, sendo que 80% vivem em países em desenvolvimento como o Brasil (BRASIL, 2008). Atualmente, o Brasil possui aproximadamente 60,5 milhões de crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos, o que corresponde a 29,6% da população brasileira. (IBGE, 2015).

O Estatuto da Criança e do adolescente no Art. 11º estabelece que: É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2016).

Todos os adolescentes deverão receber esclarecimentos a respeito de seu crescimento físico e desenvolvimento psicossocial e sexual. Deve ser enfatizada a importância de se tornarem ativamente participantes nas decisões pertinentes aos cuidados de sua saúde (BRASIL, 2017).

Sem instrução e apoio adequados, os adolescentes carecem de conhecimentos e confiança para tomar decisões fundamentadas em relação à sua saúde e à sua segurança, que podem ter consequências para o resto da vida. Para proteger os jovens contra ameaças à saúde, como doenças, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e indesejada, transmissão de HIV e abuso de drogas e bebidas alcoólicas, as comunidades devem atender a suas necessidades específicas, e os governos devem investir na criação de serviços de saúde “sensíveis às necessidades dos adolescentes” em hospitais, clínicas e centros para juventude (UNICEF, 2011).

Para a adoção de um olhar diferenciado para com a população adolescente e jovem é necessário fazer o melhor acolhimento possível em espaços humanizados, de responsabilização e de formação de vínculos como um recurso terapêutico, aliados a projetos terapêuticos formulados, implementados e avaliados pelos profissionais da equipe de saúde; melhorar o acesso aos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis; ter sensibilidade para com as demandas e necessidades desse segmento populacional; enxergar a pessoa jovem na integralidade de seu ser e de sua vida; levar em conta a vulnerabilidade de adolescentes e jovens (BRASIL, 2010).

Devem-se criar oportunidades de esporte, lazer e cultura. Usar os espaços físicos disponíveis, para que eles não sejam apenas espectadores, mas também atores. Isso pode ser feito dentro do plano de aula escolar ou apenas usando o espaço da escola, do clube e praças em horário extracurricular. Para incentivar os adolescentes e jovens a participar das atividades de promoção de saúde, é interessante a organização de gincanas, competições e jogos cujos desafios principais sejam a ênfase na ecologia, alimentação natural, saúde, valores éticos e morais (BRASIL, 2017).

As atividades grupais de Educação em Saúde têm primazia, nessa faixa etária, embora o atendimento individual seja importante e necessário. As razões para essa ênfase no atendimento grupal podem ser sintetizadas em: o grupo é um espaço privilegiado para a promoção da saúde e prevenção de agravos; essa estratégia se coaduna melhor às necessidades dessa faixa etária, tais como fazer parte de um grupo, ser ouvido e respeitado, e o impacto numérico que se pode alcançar é bem maior. É nesse espaço de atenção, também, que se pode construir uma rede de proteção social que garanta os direitos dessa população (BRASIL, 2010).

Para realizar seu direito a serviços de saúde adequados, é crucial criar um espaço privado e acolhedor onde o adolescente sinta-se confortável e possa obter receitas médicas e orientação. Unidades de saúde “sensíveis às necessidades dos adolescentes” devem ser fisicamente acessíveis, atender em horários convenientes, atender sem hora marcada, oferecer serviços gratuitos e prover encaminhamento a outros serviços relevantes. Além disso,

barreiras culturais, barreiras entre gerações e barreiras de gênero devem ser superadas para abrir caminho a um diálogo franco entre adolescentes e equipes capacitadas que possam oferecer tratamento eficaz e orientação (UNICEF,2011).

A educação em saúde, voltada para adolescentes e jovens, deve favorecer a autonomia, a liberdade e a dignidade humanas, estimulando a reflexão e o posicionamento frente a relações sociais que dificultam ou facilitam assumir comportamentos saudáveis, ao mesmo tempo em que estimula o desenvolvimento da curiosidade crítica, como sinal de atenção que é integrante da vida (BRASIL, 2010).

O estudo se faz relevante pela necessidade de tornar conhecida quais as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) estão sendo utilizadas na promoção da saúde integral do adolescente, com o intuito de deixar os temas relacionados à saúde mais atrativos para este público alvo, para que dessa forma ele tenha um acompanhamento de qualidade e que atenda suas reais necessidades.

Este estudo é de alta importância, pois a adolescência é um período que necessita de muita atenção, atenção esta, que na maioria das vezes os adolescentes compensam de outras formas, desde procurar informações sem fontes não confiáveis, até em drogas. Por isso, a Atenção Básica deve estar preparada para atrair e atender esta população de forma criativa correta, e para isso, é pertinente conhecer e lançar mão das tecnologias de informação e comunicação que mais são eficazes.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo, do tipo revisão integrativa com o intuito de responder a seguinte questão norteadora: Quais as tecnologias estão sendo utilizadas na educação em saúde com adolescentes?.

A revisão integrativa colabora com a ciência, contribui com o desenvolvimento da teoria e tem aplicação direta na prática e nas políticas de saúde. É constituída por seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento. (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A pesquisa foi realizada em agosto de 2017, por dois autores simultaneamente, para que fosse possível maior fidedignidade do estudo. O levantamento dos artigos foi na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir dos descritores: “TECNOLOGIA EM SAÚDE”, “EDUCAÇÃO EM SAÚDE”, “ADOLESCENTES” que foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME).

Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas Inglês e Português, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), publicados de 2013 a 2017. Foi critério de exclusão artigos duplicados e do tipo revisão integrativa. Ao cruzar os descritores “EDUCAÇÃO EM SAÚDE” e “ADOLESCENTES” foram encontrados

4.019 artigos, em seguida cruzamos os descritores “TECNOLOGIA EM SAÚDE” e “ADOLESCENTES” e foram identificados 146 artigos. Para uma busca mais refinada cruzamos os três descritores concomitantemente, “TECNOLOGIA EM SAÚDE”, “EDUCAÇÃO EM SAÚDE”, “ADOLESCENTES” e então foram encontrados 42 artigos, no qual foi realizado a leitura do título e do resumo do trabalho, com o intuito de responder à pergunta norteadora. Por fim, foram selecionados 8 artigos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dos 8 artigos selecionados após os critérios de inclusão e exclusão, de acordo com as bases de dados, 4 foram encontrados na LILACS (50%). 3 na BDENF (37,5%) e 1 na Medline (12,5%). Houve predominância com 6 artigos em Português (75%) e apenas 2 em Inglês (25%). Segundo o ano de publicação a busca foi realizada nos últimos 5 anos, em 2013 (12,5%), em 2014 (12,5%), em 2015 (25%), em 2016 (25%) e em 2017 (25%).

A temática preponderante foi a sexualidade o que demonstra que é necessário um cuidado especial na abordagem do tema com os adolescentes, para que não haja constrangimento e sim compreensão sobre seu próprio corpo, suas emoções e desejos. Para isso utiliza-se as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para aproximar o serviço de saúde à realidade dos adolescentes.

Quadro 1- Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, conforme, título, objetivos do artigo e tecnologia utilizada.

Título do artigo	Objetivo do artigo	Tecnologia utilizada
1- Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental.	Analisar a estrutura e a utilização do <i>blog</i> escolar por adolescentes, ao abordarem a temática da sexualidade.	O <i>blog</i> é uma ferramenta de interação virtual comum entre os adolescentes, essa mediação tecnológica permite ao adolescente estabelecer relação com outros adolescentes interessados no tema, diminuindo sentimentos de dúvida, de isolamento e de timidez.
2- Expectations and self- efficacy of African American parents who discuss sexuality with their adolescent sons: an intervention study.	Testar o efeito de uma intervenção multimídia sobre as expectativas de resultados e a auto eficácia percebida para o papel do educador sexual para pais de adolescentes.	A intervenção multimídia, utilizando um CD de áudio, se mostrou eficaz por melhorar a expectativa de resultados dos pais e a auto-eficácia para falar sobre sexo com filhos adolescentes.
3- Análise aparente de tecnologia educativa para universitários sobre abuso sexual infantil	Elaborar e realizar a validação de um folder sobre abuso sexual infantil.	O folder teve boa aceitação, sendo elogiado quanto ao seu objetivo, formatação original e simplicidade da linguagem. Pode-se afirmar que o panfleto parece ser uma tecnologia promissora.
4- The game as strategy for approach to sexuality with adolescents: theoretical-methodological reflections.	Descrever o jogo Papo Reto [Straight Talk] e refletir sobre a base teórico-metodológica.	O Jogo torna-se mais atrativo e estimulante para que adolescentes criem uma rota singular de aprendizagem na área da sexualidade.
5- Construção e validação de jogo educativo para adolescentes sobre amamentação.	Construir e validar jogo educativo para adolescentes sobre amamentação.	O jogo foi validado por especialistas e está apto a ser utilizado junto a adolescentes para promoção da prática do aleitamento materno
6- Validação de material educativo como ferramenta pedagógica sobre métodos contraceptivos para adolescentes	Validar o material educativo denominado: Sou jovem e ainda não quero gerar uma vida, no formato de histórias em quadrinhos, como ferramenta pedagógica para educação básica.	Foi possível observar que a história em quadrinhos otimiza o processo de ensino aprendizagem da sexualidade de adolescentes,
7- Validação de um material educativo como ferramenta pedagógica para adolescentes sobre iniciação sexual.	Validar a história em quadrinhos intitulada "Iniciação sexual: Já estou pronto para iniciar minha vida sexual?"	O material educativo foi validado e facilita a construção do conhecimento dos adolescentes sobre iniciação sexual de forma autônoma e promove diálogos com os professores.
8- Comunicação em saúde: uso de uma web rádio com escolares.	Descrever a vivência de estudantes de enfermagem na promoção do cuidado em saúde com jovens escolares acerca das DST/AIDS a partir do uso de uma Web Rádio.	O uso da Web Rádio, trouxe uma prática em saúde inovadora, criando um novo olhar em enfermagem e os jovens receberam, de forma positiva, as atividades propostas.

Distintos produtos educativos têm sido produzidos para diversos públicos e suas necessidades, apontando a riqueza de oportunidades para o cuidado educativo, como cartilhas, blogs e jogos (SILVA, et al.2017)

É imprescindível proporcionar aos adolescentes uma educação sexual que envolva programas que abranjam o contexto sociocultural, educacional, familiar, bem como o emocional, nos quais os adolescentes estão inseridos, enfocando a questão dos métodos contraceptivos, assim como outras questões que são importantes para que homens e mulheres iniciem uma vida sexual saudável (ALMEIDA, et al. 2016).

A estratégia pedagógica no formato de jogo revela-se alternativa com potencial para instaurar uma vertente problematizadora, capaz de mobilizar os jogadores em seus desejos e suas experiências e favorecer a invenção

Muitas vezes, os jogos são usados para complementar a prática educativa no esclarecimento de dúvidas, às lacunas do conhecimento, à interação e à descontração (SOUZA, et al. 2017).

Uma estratégia que vem sendo utilizada em escolas de ensino fundamental e médio do Brasil e de Portugal é a criação de *blogs* para divulgar o que foi desenvolvido em sala de aula sobre sexualidade. Constata-se que essa estratégia se mostra eficaz uma vez que os adolescentes constroem sua identidade também a partir de processos sociais na *internet*, e também porque as relações estabelecidas no meio virtual refletem no comportamento assumido no mundo real (VALLI, COGO, 2013).

Outra tecnologia que está sendo utilizada para atrair os adolescentes é a web rádio que vem quebrando barreiras, favorecendo a comunicação acerca das doenças e um diálogo mais livre, menos carregado de timidez ou dificuldade para expressão da fala (TORRES, 2014).

Já a utilização de histórias em quadrinhos e folders se mostram eficazes quando a linguagem é neutra e explicativa, simples e adequado ao público-alvo. A linguagem é a responsável por conquistar o leitor, por fazer com que ele se interesse ainda mais pela temática apresentada, especialmente quando direcionado ao público adolescente (VALLI, COGO, 2013).

O enfermeiro tem como uma de suas competências o desenvolvimento de educações em saúde, logo, pode planejar e implementar ações que favoreçam a saúde do adolescente.

## CONCLUSÃO

Constatou-se a necessidade de uma abordagem de qualidade com adolescentes sobre as temáticas que apresentam maiores dúvidas e receios, para aperfeiçoar a assistência prestada, visto que há uma dificuldade estabelecida entre os serviços de saúde e o adolescente. A utilização das TICs, propicia aumento do vínculo enfermeiro-adolescente através do acolhimento, dando a oportunidade para ele expor as suas inseguranças e solucionar-las a partir das informações desenvolvidas.

A educação em saúde é de responsabilidade do Enfermeiro, e este deve promover a autonomia e o empoderamento dos adolescentes para que o atendimento seja de forma integral, buscando atender as suas reais necessidades, desejos e aspirações.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, 2016

BRASIL Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Um olhar sobre o jovem no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 2015**. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).

MENDES, K.D.S, SILVEIRA, R.C.C.P, GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. São Paulo, 2008.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA 2011: Adolescência Uma fase de oportunidades**. New York, USA, 2011.

SOUZA, Vânia de et al . The game as strategy for approach to sexuality with adolescents: theoretical-methodological reflections. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 2, p. 376-383, Apr. 2017 .

VALLI, Gabriela Petró; COGO, Ana Luísa Petersen. Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 3, p. 31-37, Sept. 2013 .

MATOS, Karla Julianne Negreiros de; STELKO-PEREIRA, Ana Carina. Análise Aparente de Tecnologia Educativa para Universitários sobre Abuso Sexual Infantil. **Psico-USF**, Itatiba , v. 20, n. 2, p. 349-352, Aug. 2015 .

SILVA, Ana Karoline Chaves da et al. Construção e validação de jogo educativo para adolescentes sobre

amamentação. **Rev. Bahiana Enferm.** Bahia, v.31, n.1, 2017.

FERREIRA, Andreia Silva et al. Validação de um material educativo como ferramenta pedagógica para adolescentes sobre iniciação sexual. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, nov., 2016

ALMEIDA, Thayse Gomes de et al. Validação de material educativo como ferramenta pedagógica sobre métodos contraceptivos para adolescentes. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, dez., 2016

TORRES, Raimundo Augusto Martins. Comunicação em saúde: uso de web rádio com escolares.

**Journal of Health Informatics**, v.7, n.2, 2015.

WEEKES, C.V, HAAS, B.K, GOSSELIN, K.P. Expectations and Self-Efficacy of African American Parents Who Discuss Sexuality with their Adolescent Sons: An Intervention Study. **Public Health Nurs**, May- Jun 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus, agradecemos ao Centro Universitário Estácio do Ceará por nos proporcionar participar do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (GPAPS) e a Professora Juliana Alencar Moreira Borges pelo incentivo à pesquisa e por toda a orientação para tornar esse trabalho possível.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## REDES SOCIAIS E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: REFLETINDO O CUIDADO EM SAÚDE DE UMA COMUNIDADE VULNERÁVEL

Indara Cavalcante Bezerra\*<sup>1</sup>, Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante<sup>2</sup>, Fernando Sérgio Pereira de Sousa<sup>2</sup>, Ana Márcia Borges Maia<sup>3</sup>, Raimunda Magalhães Silva<sup>1</sup>, Maria Salete Bessa Jorge<sup>2</sup>.

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza- Ceará-Brasil.

3 Centro de Atenção Psicossocial do Município de Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: indaracavalcante@yahoo.com.br

Palavras-chave: Vulnerabilidade Social. Projeto Terapêutico Singular. Uso abusivo de álcool e outras drogas. Equipe Multidisciplinar.

### INTRODUÇÃO

Uma comunidade é dita vulnerável quando vivencia influências ambientais, econômicas, políticas e culturais, que fragilizam as relações, interações e associações individuais, familiares e sociais, pondo em risco a garantia do direito à cidadania (GEPESES, 2011).

O termo 'vulnerabilidade social' é relativamente utilizado com o objetivo de analisar, de maneira ampla e contextualizada, os problemas sociais, superando o enfoque assistencialista, pontual e linear de compreender a realidade individual e coletiva, com ênfase no bem-estar social e no exercício da cidadania (BACKE et al., 2015).

Os povoados remanescentes de quilombos correspondem às comunidades negras rurais que agrupam descendentes de escravos vivendo de uma cultura de subsistência e onde as manifestações culturais têm forte vínculo com o passado (GASPAR, 2016; SILVA, 2007). Desde 1980, devido aos movimentos sociais negros, essas comunidades foram legalmente instituídas, cujo marco legal se estabeleceu na Constituição Federal de 1988.

Essas comunidades, também conhecidas como 'quilombolas' se caracterizam por grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade, ou seja, possuem ancestralidade comum, formas de organização política e social, elementos linguísticos, religiosos e culturais distintos. A identidade étnica é entendida como um processo de auto-identificação que não se resume ao aspecto material ou biológico, mas que se implica na construção histórica de processos de resistência para manter e reproduzir seu modo de vida característico em um determinado lugar (GASPAR, 2016).

Todas as regiões brasileiras apresentam áreas remanescentes de quilombos. O Estado do Ceará possui até o momento 46 comunidades reconhecidas e certificadas por esta mesma fundação (FUNDAÇÃO PALMARES, 2016). Para o Ministério da Saúde, a política de inclusão da população quilombola inicia-se, efetivamente, em 2004 com a Portaria n.º 1.434, de 14/7/2004, que criou um incentivo para a ampliação de equipes de estratégia da saúde para as comunidades quilombolas (SILVA, 2010; PARE et al., 2007). Mesmo assim, o município de Cruz, pequena cidade localizada na mesorregião do Noroeste Cearense, com 22.887 habitantes (Censo IBGE-2012) e 334 km<sup>2</sup> de extensão, ainda não tem suas comunidades quilombolas reconhecidas pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), através da titulação de território quilombola (PORTAL BRASIL, 2016).

A necessidade de ampliar a discussão do direito à saúde é uma das premissas básicas do SUS, levando-se em conta que o acesso ao mesmo, passa ainda pelas condições sociais e econômicas da população e não apenas de sua condição étnica. Mas sem perder de vista que a universalidade do SUS, que seria o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e de qualidade, para toda a população brasileira ainda não se efetivou na prática.

Nesse contexto, é grande a necessidade de compreensão por todas as profissões ligadas à área de saúde, uma vez que a efetividade das ações só é possível quando os recursos humanos se apoderam do conhecimento norteador destas atividades. Este texto realiza uma discussão com o intuito de apresentar aos profissionais de saúde uma reflexão sobre as questões pertinentes às populações quilombolas e suas dificuldades na defesa de seus direitos de acesso à atenção em saúde, principalmente no concernente as redes de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

### METODOLOGIA

Este trabalho resulta do relato da experiência de uma atividade de campo realizada durante o curso "Formação Permanente de Profissionais e Trabalhadores que Atuam nas Redes de Atenção Integral à Saúde e de Assistência Social com Usuários de Crack e outras Drogas e seus Familiares", realizado em 2015, pelo Centro Regional de Referência (CRR) em parceria com a Universidade Estadual do Ceará (UECE) na microrregião de Acaraú-Ceará.



Os discentes do Município de Cruz-Ce, os quais também eram trabalhadores de saúde, elegeram para a atividade solicitada um caso real de um usuário sob abuso de substâncias psicoativas, descrevendo e contextualizando o percurso de cuidado percorrido por esse sujeito e sua família na rede de saúde, fosse ela formal ou informal.

Assim, a equipe foi orientada a descrever detalhadamente sobre o caso estudado, apontando os dispositivos da rede acessados ou buscados pelo usuário/família, com ênfase nas (des)articulações dos serviços, nas facilidades e dificuldades encontradas. Após o registro do objeto em questão, as equipes discutiram entre si, desenharam a rede de serviços revelada no estudo e proporam à construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o referido sujeito.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Isaura (nome fictício) é uma mulher jovem (19 anos), negra, em união estável, mãe de dois filhos, sem ocupação. Mora em uma comunidade extremamente pobre (Comunidade Quilombola) na zona rural da cidade de Cruz, no Ceará. Filha de um casal de agricultores, tem sete irmãos e sempre residiu na comunidade em estudo. Começou a namorar o atual companheiro quando tinha 10 anos de idade e ele 16. Aos 12 anos iniciou o uso de álcool, segundo ela, moderado. Dois anos depois foi morar conjugalmente com o seu parceiro em uma casa improvisada no mesmo terreno da casa de sua família, onde residem até hoje. Aos 15 anos passou a fazer uso abusivo de álcool, depois de ter a primeira filha. Isaura relata que os conflitos na família sempre foram constantes, antes apenas com o pai e as irmãs, depois com o marido também e afirma que as brigas são intensas e constantes com ele e, por isso, tem vontade de sair e não voltar mais.

A equipe de saúde do Município de Cruz relata que nos episódios em que faz uso da substância, ela chega a se ausentar de casa por vários dias. No período em que se ausenta o companheiro vai para a casa do irmão e as crianças ficam sob os cuidados da avó materna. Na ocasião da visita ao domicílio de Isaura, ela havia voltado para casa há dois dias, após 11 dias ausente de casa. Isaura afirmou que estava na casa de amigos, que trabalhou em alguns momentos e usou o dinheiro para beber. Falou que não gasta a renda do programa Bolsa Família (R\$ 245,00) para fazer uso do álcool. Relata que na maioria das vezes as pessoas dão a bebida pra ela.

O marido supõe que ela usa outros tipos de drogas: [...] *ela tanto fuma como cheira* [...], mas a usuária nega e diz que, apesar dos amigos que bebem junto com ela usarem “crack” e outras substâncias, ela utiliza apenas o álcool. Porém, na discussão em grupo, outras pessoas do município que não estavam na equipe do caso de Isaura relataram que ela fazia uso de outras substâncias psicoativas e que se prostituía para adquirir álcool e drogas.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Cruz e a assistência ofertada à Isaura e sua família está exposta da seguinte forma, segundo os participantes do curso:

O Centro de Saúde da Família (CSF) realiza o planejamento familiar e faz acompanhamento da saúde da criança. O enfermeiro afirma que Isaura é uma paciente assídua e responsável com a saúde dos seus filhos. Nesse espaço não é abordado a questão do alcoolismo.

O Conselho Tutelar recebeu denúncia por parte da família de Isaura relatando abandono e negligência dela com os filhos, e encaminhou a família para atendimento no CREAS.

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) passou a acompanhar a família realizando visitas domiciliares com atendimentos psicossociais e sociojurídicos. Posteriormente, a encaminhou para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e para o Centro de Referência Social (CRAS). No CAPS, Isaura faz visitas esporádicas. Iniciou e parou o tratamento medicamentoso algumas vezes. No momento da atividade não estava frequentando o serviço. No CRAS, a filha de três anos participa do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos diariamente no contra turno. A família também recebe cestas básicas. Os dois filhos frequentam a creche da comunidade.

A equipe que realizou o trabalho relacionado ao caso estudado comportou-se por uma equipe multidisciplinar. Dentre os assuntos tratados na discussão desse caso, foram apontados alguns aspectos relacionados ao processo de cuidado exercido no território em questão: Grupos terapêuticos inconsistentes; Cobrança dos conselhos municipais pra tratar questões sobre drogas; Medo, por parte dos trabalhadores, de ameaças dos traficantes; Dificuldades de formar e de conectar a rede; a desarticulação intersetorial; o reconhecimento da importância da família no processo de cuidado (conscientização/redução de danos); quanto à transição do paradigma hospitalocêntrico para o território, foram relatadas muitas dificuldades nos processos. A equipe relatou que os CAPS, na configuração atual, não acessam os usuários de substâncias, revelando a impotência desse serviço enquanto articulador central do cuidado em saúde mental.

Os profissionais também apresentaram a conformação da rede de saúde mental existente e um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para Isaura, o que rendeu ricas discussões acerca da temática. A ferramenta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que consiste em um plano de atenção aos usuários de substâncias psicoativas com ações e propostas de cuidado pensadas, discutidas e elaboradas conjuntamente entre os profissionais e o usuário com o objetivo de aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde tendo como eixo norteador a política

de redução de danos (UFSC, 2014). Essa ferramenta propõe uma reformulação no modelo de cuidar, do modo de organização dos serviços e favorece as relações horizontais entre os envolvidos no processo terapêutico para atuarem de maneira interdisciplinar e intersetorial, efetivando a conexão em rede.

## CONCLUSÃO

A atual concepção de saúde e doença compreende essa relação para além do plano biológico e fisiológico, avança no sentido de considerar a subjetividade do indivíduo e suas interações com sua história de vida, sociedade e família. Assim, tem-se exigido cada vez mais que os trabalhadores da saúde reconheçam a forma como uma comunidade constrói em seu território seus sentidos e significados enquanto visão de mundo, pois, esses aspectos interferem nas práticas de saúde e reafirmam suas representações individuais e coletivas que estão continuamente em transformação (BEZERRA, SOUSA E MAIA, 2017).

Na comunidade quilombola em questão, tem-se “uma mulher negra, de baixa condição financeira e usuária de álcool e outras substâncias”. Esse fato instiga e envolve uma diversidade de (pre)conceitos, entendimentos, pensamentos e paradigmas sociais, que marcam a vida dessa pessoa, tendo como eixo, o gênero feminino e a relação, geralmente de subordinação, gênero-classe-raça/etnia. Diante dessa realidade, urge zelar pela não reprodução de ideias machistas, estigmatizantes e que (re)produzam a concepção da naturalização dos fracassos históricos da hereditariedade de quem ‘nasce assim, morre assim’.

A temática “saúde de quilombolas” é extremamente nova e ainda há muito por debater e avançar neste caminho. Observa-se que a efetivação das políticas ainda está longe de garantir uma existência digna para essa população, o que chama a atenção para a importância de discussões aprofundadas desse povo, as quais contemplem a sua relação com problemáticas que podem ocasionar repercussões negativas em suas vidas. Os estudos apontam que há uma grande disparidade na Atenção à Saúde no Brasil, e que é necessário o envolvimento social e profissional para adaptação e transformações dessa realidade.

## REFERÊNCIAS

- BACKE, Dirce Stein et al. Expectativas de escolares de uma comunidade vulnerável: qualidade de vida e esperança sobre profissionais/governantes. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015.
- BEZERRA, I. C.; SOUSA, F. S. P.; MAIA, A. M. B. Singularidades de uma comunidade Quilombola: redes sociais e projeto terapêutico singular. *IN*: JORGE, M.S.B. et al (Org) **Experiências de formação com metodologias ativas nas redes de atenção à usuários de crack e outras drogas**. Recife: Imprima, 2017, 151p.
- FUNDAÇÃO PALMARES. Disponível em: [http://www.palmares.gov.br/?page\\_id=31475](http://www.palmares.gov.br/?page_id=31475). Acesso em 14/11/2016.
- GASPAR, Lúcia. Quilombolas. **Pesquisa Escolar Online**. Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <<http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/>>. Acesso em: 14 jun 2016.
- PARE ML, OLIVEIRA LP, VELLOSO AD. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel Dos Pretos Em Restinga Seca (RS) e da comunidade Kalunga Do Engenho II (GO). **Cad. Cedes**, Campinas 2007;27(72):215-32.
- PORTAL BRASIL. Regularização de territórios quilombolas avança no Ceará - Portal Brasil.Nwww.brasil.gov.br › Cidadania e Justiça › 2016. Acesso em 2 de junho de 2016.
- SILVA, O. S. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. **Rev. Identidade** 2010;15(1):51-64.
- SILVA, José Antonio Novaes da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba . **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 111-124, aug. 2007.
- UFSC. Álcool e outras drogas da coerção à coesão. Módulo Recursos e Estratégicos do Cuidado. Universidade Federal de Santa Catarina. Universidade Aberta do SUS-UNASUS. 2014.
- GEPESSES (Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde).
- Validação de um conceito de comunidade vulnerável à luz da complexidade**. Conceito discutido e validado no grupo de pesquisa; 2011.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD pela possibilidade da pesquisa e aos profissionais/trabalhadores e usuários da equipe de saúde do Município de Cruz-Ce pela participação no estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DESENVOLVIMENTO DE UMA TECNOLOGIA NA PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UTI NEONATAL

**Maria Solange Nogueira dos Santos<sup>1</sup> (PG), Karla Maria Carneiro Rolim<sup>2</sup> (PQ) Carlos Washington Pinheiro<sup>3</sup> (IC), Fernanda Jorge Magalhães<sup>4</sup> (PQ), Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque<sup>5</sup> (PG), Eurico de Vasconcelos Filho (PQ).**

*1 Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza, Brasil (MPTIE/UNIFOR)*

*2 PhD pela Universidade de Rouen (CHU-ROUEN), França. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil. Professora Titular do Curso de Enfermagem; do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Coordenadora do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).*

*3 Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, Brasil (UNIFOR).*

*4 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil. Doutora de Mobilidade Acadêmica da Universidade do Porto (UP), Portugal. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).*

*5 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UNIFOR). Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas- UFAM/ISB – Coari-AM*

*6 Doutor em Ciências da Computação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Brasil. Coordenador do Laboratório de Inovação do Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação (NATI). Professor de Engenharia da Computação e do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Diretor de Cidadania e Cultura Digital pela Coordenadoria de Ciência Tecnologia e Inovação da Prefeitura Municipal de Fortaleza (CITINOVA/PMF).*

E-mail: [solange.nog@hotmail.com](mailto:solange.nog@hotmail.com)

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermagem Neonatal. Tecnologias em Saúde.

### INTRODUÇÃO

O aumento de nascimentos prematuros no Brasil, constatado nos últimos anos (Duarte, et al., 2010), tem se tornado um fator importante para ampliar e aprofundar os estudos em torno deste tema, enfatizando e conhecendo as particularidades de uma internação neonatal, bem como os riscos e os cuidados destinados a mães e seus filhos, oferecendo-lhes um olhar diferenciado que vise à qualidade e à melhoria da assistência (BASEGGIO et al., 2017).

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (Portal Brasil, 2012), o Brasil está entre os 10 países com maiores índices de nascimentos prematuros: a cada 117 partos, um deles é prematuro. A prevalência de partos de crianças prematuras é de 11,7% em relação a todos os partos realizados no País, e esse percentual coloca o Brasil no mesmo patamar de países de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8% segundo dados Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

A fim de reduzir tais índices, tem-se o desenvolvimento das tecnologias voltadas para a assistência aos neonatos de risco internados em UTIN tem proporcionado uma importante diminuição na morbimortalidade em decorrência das novas e diversificadas tecnologias assistenciais que promovem uma melhoria da assistência em saúde diante da segurança do paciente, além de um acompanhamento mais rigoroso do estado clínico do mesmo (SILVA; BALDA; GUINSBURG, 2012; FERNANDES et al., 2014).

Com essas novas tecnologias, também, vem um maior número de procedimentos invasivos, os quais se fazem necessário para garantir a sobrevivência desses neonatos. Essa luta pela sobrevivência do RN de risco, utilizando-se de tecnologias dispõe, também, por uma maior exposição a fenômenos dolorosos, com dor, estresse, desconforto, irritabilidade, instabilidade clínica, isso devido a procedimentos terapêuticos e diagnósticos que promovem lesão tecidual e/ou outros agravos, muitas vezes, decorrente da utilização de tecnologias em saúde que possibilitam a melhoria da sobrevivência dos pacientes com grau de complicações (SILVA; BALDA; GUINSBURG, 2012).

Tais recém-nascidos se inserem nesse grupo, em virtude da fragilidade, da imaturidade neurológica, do quadro clínico severamente comprometido e da necessidade de internamento por período prolongado na UTIN ((CARDOSO; FARIAS; MELO, 2014).

As ações humanísticas da assistência devem ser tidas como prioridade durante o cuidado neonatal, bem como o aprimoramento do conhecimento humano, técnico científico para a realização dos procedimentos, já que é importante avaliar o RN como um todo em seu contexto fisiopatológico e, também, familiar.

Ou seja, o cuidar do RN de modo humanizado e individualizado pela equipe de Enfermagem vai além dos conhecimentos e habilidades técnicas. Saber cuidar é abrangente, envolve toque, manuseio, interação e comunicação com o RN e sua família, manter a UTIN em condições físicas e ambientais adequadas a fim de oferecer melhores perspectivas de sobrevivência aos RN (ROLIM, 2015).

Diante destas considerações, foi idealizado uma tecnologia m-Health, mais especificamente um aplicativo amparado por serviço web que trará informações sobre a importância e o manejo do RN de risco, apresentará e registrará o processo como também buscará sensibilizar os profissionais quanto ao processo de cuidados humanizados e partilhar imagens dos cuidados aos pais ausentes da UTIN no momento dos procedimentos. Isso motivará aos profissionais e pais uma coparticipação dos cuidados e responsabilidade compartilhada no tratamento do neonato.

O objetivo do estudo foi desenvolver um aparato tecnológico de baixo custo para o apoio no acompanhamento da assistência de enfermagem na UTI Neonatal. Acredita-se, portanto, na relevância deste estudo, pois uma tecnologia que possa promover uma melhoria no conhecimento dos profissionais, com informações direcionadas e específicas quanto às orientações de cuidados ao RN, é uma estratégia para esclarecimento de dúvidas que possam surgir no decorrer na prática assistencial. Quanto aos pais, a tecnologia concebida fortalecerá a integração do cuidado com possibilidade de melhora no vínculo afetivo pais e filhos que deve ser percebida com muita sensibilidade pelo enfermeiro como um *continuum*, que envolve tempo e aprendizado, além da humanização da assistência.

## METODOLOGIA

Quanto a sua natureza, caracterizou-se como aplicada, em vista o objetivo de gerar conhecimentos para aplicações práticas dirigidas à solução de problemas específicos, no caso, relacionados à assistência de Enfermagem neonatal. De acordo com Polit; Beck; Hungler, (2011) a pesquisa aplicada é motivada a partir da necessidade de produzir conhecimento para aplicação de seus resultados, e tem como objetivo contribuir para fins práticos, visando à solução mais ou menos imediata do problema encontrado na realidade.

A pesquisa foi realizada inicialmente no laboratório do Núcleo de Aplicação de Tecnologia da Informação (NATI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - como ambiente de concepção, desenvolvimento e teste do artefato tecnológico.

O Laboratório de Inovação em TI do NATI da UNIFOR é um espaço dedicado ao desenvolvimento de projetos de inovação em tecnologia da Informação. O laboratório conta com infraestrutura de *hardware* e *software* de vanguarda (e.g. computadores, servidores (datacenter próprio), dispositivos computacionais móveis, sensores, internet *wifi* e cabeada) bem como uma equipe de pesquisadores e profissionais de mercado cujo objetivo é dar suporte a realização de projetos e a formação prática dos alunos envolvidos.

A pesquisa aqui apresentada compõe-se de três etapas: fase de revisão integrativa da literatura, fase laboratorial e fase de avaliação. Porém o trabalho descreverá fase laboratorial de concepção do artefato tecnológico.

A fase laboratorial objetivou a concepção e desenvolvimento do artefato tecnológico. Tendo em vista o caráter tecnológico e a necessidade de conhecimentos técnicos, essa fase contou com a contribuição de uma equipe de TIC e de uma metodologia própria para o desenvolvimento do artefato, o *Design* de Interação Centrado no Usuário (PREECE et al., 2013).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

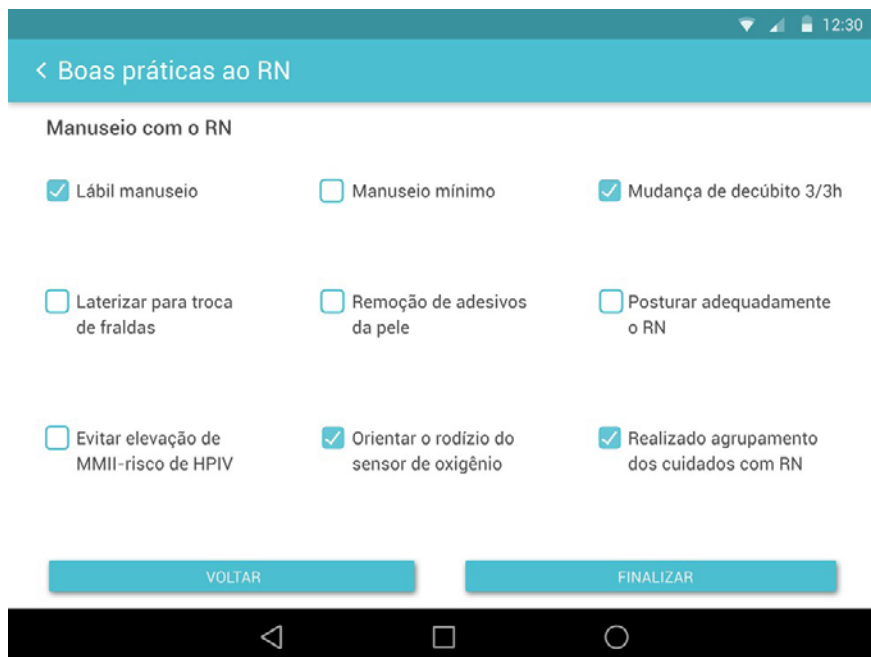
Para a arquitetura preliminar do aplicativo, foi realizado um levantamento bibliográfico, das principais publicações do Ministério da Saúde do Brasil acerca dos cuidados ao RNPT e a participação dos pais nesses cuidados junto à equipe de Enfermagem na UTIN, no intuito de levantar as informações existentes para compor o aplicativo.

Após a definição dos requisitos, iniciou o desenvolvimento do protótipo interativo com o suporte técnico do NATI, este Núcleo é composto por professores e alunos do Curso de Computação, e visa integrar o conhecimento teórico das necessidades do mercado de trabalho. O NATI fomenta um núcleo excelência da UNIFOR no que concerne à formação de profissionais de Tecnologia da Informação (TI).

O NATI visa a obtenção de produção científica em trabalhos de investigação das atuais ferramentas de *softwares*, buscando o seu aperfeiçoamento contínuo e executa testes na própria unidade de pesquisa, das inovações que são incorporadas por substituições ou adições às ferramentas estudadas, antes de suas utilizações em larga escala. Os conteúdos levantados após as reuniões, foram: a aspiração oro traqueal, cuidados acerca da ventilação mecânica, coleta de sangue para exames laboratoriais, termoregulação, manuseio e cuidados voltados à prevenção e tratamento de lesões de pele. Além disso, será levado em consideração as observações da prática clínica em relação as vivências dos profissionais enfermeiros, suas principais dúvidas quanto ao manejo do RNPT na UTIN.

Na atividade de *Design* e quando necessário *Redesign* do artefato, foram gerados os desenhos das interfaces (telas do sistema), sua paleta de cores, tipografia e elementos visuais. Os desenhos foram um reflexo da solução, permitem a discussão e revisão (*redesign*) por parte da equipe antes de iniciar a codificação do artefato. (Figura 1)

Figura 1- Boas prática na assistência ao Recém-nascido.



No que refere às boas práticas da equipe de Enfermagem deve se utilizar uma assistência humanizada e não meramente tecnicista, tendo um olhar holístico, mantendo a integridade física, evitando as iatrogênicas e contribuindo com a recuperação e qualidade de sobrevivência dos RN na UTIN. Baseado nessas evidências, a contribuição da equipe de Enfermagem no desenvolvimento é relevante, porque uma atitude errônea pode causar danos, muitas vezes sendo irreversíveis, prolongando a estadia do RN na instituição hospitalar (ROLIM et al., 2016).

Por isso quando nós voltamos ao cuidado acolhedor, carinhoso, que permita a revolução da ternura ao priorizar a melhoria da qualidade da assistência, nós enfermeiras devemos buscar a compreensão do RN como um ser holístico e não fragmentado, e dos pais como aliados, participantes dos cuidados na recuperação de seu filho, realizando pequenos procedimentos e estabelecendo assim o vínculo afetivo entre eles. Ao incentivarmos o toque da mãe no bebê, estaremos estimulando o contato pele a pele, o olhar da mãe para seu filho, onde o que deve refletir é o amor nascido em momentos de angústia e aflição (ROLIM et al., 2015).

Pode-se observar, conforme Mosa et al., (2012) que grande parte da atividade dos profissionais de saúde consiste em processar informações: a obtenção e registro de informações sobre o paciente, as consultas aos seus colegas de profissão, a pesquisa de literatura científica específica, procedimentos diagnósticos, o planejamento e as estratégias de tratamento, a interpretação de resultados de laboratório e os estudos radiológicos ou a condução de estudos epidemiológicos.

A concepção dos aplicativos *m-Health* é destinada ao importante papel de fornecer novos serviços na área de saúde. Um deles é destinado ao empoderamento das pessoas sobre seus cuidados pessoais de saúde e bem-estar. Aqui se percebe aplicativos como um conjunto ilustrativo de recursos para promover educação em saúde. Os aplicativos fornecem vídeo e tutoriais elaborados por especialistas, apresentados e categorizados de forma amigável. O usuário acessa o menu correspondente às orientações que deseja receber desencadeando as notificações de maneira personalizada, e que podem ser programadas para uma determinada data e hora pelo usuário (BANOS, 2015).

O projeto 'UTI Neonatal', ainda em execução, está finalizando a fase laboratorial de desenvolvimento do protótipo. Entretanto, o projeto resultados interessantes, como a concepção e a implementação do sistema proposto. Ainda, testes de bancada das funcionalidades das aplicações foram realizados em laboratório, durante o desenvolvimento.

## CONCLUSÃO

A tecnologia concebida e desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, trará informações sobre a importância e o manejo do RNPT; sensibilizará os profissionais quanto ao processo de cuidados humanizados e compartilhará imagens dos cuidados aos pais ausentes da UTIN no momento dos procedimentos. Isso motivará aos profissionais e pais uma coparticipação dos cuidados e responsabilidade compartilhada no tratamento do neonate.

## REFERÊNCIAS

- BASEGGIO, D.B. et al. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.153-167, 2017. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2017.1-10>.
- BANOS, O. et al. Performance evaluation of an enhanced uplink 3.5 system for mobile healthcare applications. **Bio Medical Engineering**, v.35, n.4, p. 1-20, 2015. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/ijta/2008/417870/abs/>>. Acesso em: 02 ago. 2016.
- CARDOSO, M.V.L.M.L.; FARIAS, L.M.; MELO, G.M. de. Music and 25% glucose pain relief for the premature infant: a randomized clinical trial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.22, n.5, p.810-818, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000500810](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500810)>. Acesso em: 3 set. de 2016.
- FERNANDES, A. et al. A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. **Pensar Enfermagem**, Lisboa, v. 18, n. 2, p.45-60, jun. 2014. Disponível em: <[http://pensarEnfermagem.esel.pt/files/Artigo3\\_45\\_60.pdf](http://pensarEnfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf)>. Acesso em: 04 ago. 2016.
- MOSA, A. et al. A Systematic Review of Healthcare Applications for Smartphones. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, 2012. 5(12): 125-134. Disponível em: <<https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-12-67>>. Acesso em: 26 out. 2016.
- SILVA, A.P.M.; BALDA, R.C.X.; GUINSBURG, R. Reconhecimento da dor no recém-nascido por alunos de medicina, residentes de pediatria e neonatologia. **Rev. dor**, v.13, n.1, p.35-44, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132012000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 set. 2017.
- SILVA, F.; LOPES, D. Estudo da Interação Humano-Computador em portfólios coletivos online. **Proceedings Of The 7th Information Design International Conference**, [s.l.], p.1-4, set. 2015.
- ROLIM, K.M.C. et al. Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Enfermagem em Foco**, v.7, p. 42-46, 2016.
- PREECE, J.; ROGERS, Y.; SHARP, H. **Design de Interação: muito além da interação humano-computador**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem**. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE: CONDICIONANTES NO EMPONDERAMENTO DA MULHER QUEIMADA POR AUTO-IMOLAÇÃO.

Rafaele Teixeira Borges<sup>1</sup>, Cristiane Silva Lira<sup>2</sup>, Jonas Loiola Gonçalves<sup>3</sup>, Raimunda Magalhães da Silva<sup>4</sup>

*1 Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.*

*2 Faculdade Ensino e Cultura do Ceará, Curso de Fisioterapia, Fortaleza, Brasil.*

*3 Centro Universitário Estácio do Ceará, Curso de Fisioterapia, Fortaleza, Brasil.*

*E-mail: rafaale\_borges@hotmail.com*

*Palavras-chave: Queimaduras; Espiritualidade; Religiosidade.*

### INTRODUÇÃO

O suicídio atrai a atenção e o estudo das diversas áreas científicas, tais como a filosofia, a teologia, a biologia, a psicologia, a sociologia, entre outros. O suicídio é definido como um ato consciente de auto-destruição, ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida<sup>1</sup>

O conceito clássico de Durkheim<sup>2</sup>, é amplamente utilizado e este foca sua definição na tentativa de auto-extermínio partindo do ponto que todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato este, em que a vítima sabia dever produzir este trabalho.

A literatura aponta outras dimensões e significados, sempre partindo dos aspectos que iniciou se o ato que deflagrou a morte, como a perda da vontade de viver, o desejo ou a intenção de auto-destruição. Buscando entender o ato em si que levou a morte, a motivação para estar morto e o conhecimento do potencial de levar a morte<sup>3</sup>.

Desde tempos imemoriais, crenças, práticas e experiências espirituais têm sido um dos componentes mais prevalentes e influentes da maioria das sociedades. Profissionais de saúde, pesquisadores e a população em geral têm, cada vez mais, reconhecido a importância da dimensão religiosa/espiritual para a saúde<sup>1</sup>.

Religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas. Espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido<sup>2</sup>. A experiência religiosa deixou de ser considerada fonte de patologia e, em certas circunstâncias, passou a ser reconhecida como provedora do equilíbrio e saúde da personalidade<sup>3</sup>.

Objetivou-se nesse estudo, avaliar a relação da espiritualidade/religiosidade e empoderamento em mulheres vítimas de queimaduras.

### METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo qualitativo. Realizado com mulheres com sequelas de queimaduras por tentativa de suicídio, atendidas em uma ONG no município de Fortaleza, Brasil. Participaram deste estudo, mulheres com sequelas de queimaduras, do tipo cicatrizes hipertróficas, maiores de idade, do sexo feminino, que estavam em tratamento ambulatorial nesta Instituição.

O instrumento utilizado, constituiu em um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo perguntas direcionadas as mudanças ocorridas no cotidiano dessas mulheres com cicatrizes hipertróficas. Optou-se pelo método de "narrativa da doença", para a análise dos dados. Segundo Kleinman<sup>4</sup>, a maneira como se percebe e a busca por superação da doença é moldado culturalmente.

Diante desse fato, emergiam temáticas tais como: a religiosidade diante de seu ato. Neste caso, aprofundamos a análise empregando a "Interpretação Semântica Contextualizada", interligando os sinais, significados e ações tomadas diante das situações marcante da vida. Desvelamos, aqui, o significado da moral perdida e a religiosidade como fator de enfrentamento do seu ato suicida e trauma. Embora uma tarefa difícil, tentamos compreender o seu sofrimento na íntegra, inserindo-o no seu mundo moral local e contexto macrosocial<sup>4</sup>.

As informações coletadas nas entrevistas foram transcritas e em seguida digitadas, organizadas em categorias analíticas, e a análise foi fundamentada na literatura pertinente, a finalidade era que surgisse a unidade de significação, destacando a categorização das falas das entrevistadas que foram destacadas por cores distintas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As queimaduras trazem ao paciente várias sequelas, tanto funcionais quanto estéticas. Dentro do seu mundo particular, o paciente com cicatriz hipertrófica geradas pelo trauma da queimadura apresentará reações diversas. Diante do discurso das mulheres vítimas de queimaduras emergiu o seguinte caso: Orquídea: “ Deus tirou tudo aquilo da minha cabeça”, religião ponto alto da salvação, nesse aspecto as vítimas encontrariam na fé em Deus e na religião a coragem de enfrentamento da nova realidade do seu corpo.

Orquídea 41 anos, casada, vítima de queimadura em um acidente doméstico, católica e temente a Deus. Buscou não perder seu convívio social, continuou frequentando os mesmos ambientes, com atribuições quanto a suas crenças na superação e convívio com as queimaduras: *“o relacionamento com meu marido, com minha família só melhorou depois que tudo isso aconteceu comigo. Deus tirou tudo aquilo da minha cabeça ... eu chorava, eu entrava em desespero ... tudo isso passou. Deus tirou tudo isso”* ( Orquídea, 41 anos).

A religião e religiosidade exercem influências na saúde, principalmente, na mental, e esse fenômeno resultará em vários fatores. Dentre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar na saúde, incluem-se fatores como, suporte social, estilo de vida, práticas religiosas, forma de expressar estresse, um sistema de crenças, direção e orientação espiritual<sup>5</sup>.

Orquídea relata que o seu acidente foi na verdade, uma tentativa de suicídio. Refere as cicatrizes como algo sem importância, pois seu maior desafio agora era buscar valorizar a vida. Antes, não pensava assim, o que a levou a tentar tirar sua própria vida. Planeja levar sua história de vida como ensinamento na igreja que frequenta, meio de evitar que outras pessoas façam o mesmo. *“No meu caso foi uma tentativa de suicídio, o que eu fiz. Mas eu não faço mais. Deus tirou tudo aquilo da minha cabeça”*.

A religião tem sido apontada como um fator de proteção contra pensamentos e comportamentos suicidas em vários estudos. O que torna necessário observar o significado e a importância que a religião exerce na vida do indivíduo, variando entre pessoas da mesma religião<sup>5</sup>. Orquídea, com sua imensa fé, fez um pedido a Deus, para que removesse da sua cabeça e coração todas as angústias e medos gerados pelo trauma das queimaduras: *“Eu fiz um pedido para Deus, que Ele tirasse tudo isso do meu coração ... aí Deus tirou ... a gente conversa com Deus como eu estou conversando aqui contigo, normal”*.

Destaca a retomada das atividades da vida pela vítima de queimadura, seja elas profissionais, sociais e de auto cuidado se tornam dificultosas devido as limitações funcionais ocorridas, sendo um desafio desde as atividades diárias ao convívio social<sup>5</sup>: *“Eu sou da igreja, ir pra lá me ajuda demais, sinto leve sabe, mais teve um dia fiquei muito chateada, uma menina ficou se afastando assim de mim, eu cheguei em casa e chorei muito, mas fazer que, Deus tem de me ajudar”*.

A atribuição a Deus por muitas pessoas é destacada como um processo dos problemas de saúde ou o aparecimento deles, no enfrentamento elas recorrem a Deus com frequência como recurso emocional, cognitivo ou comportamental. O enfrentamento religioso, estratégias cognitivas ou comportamentais para lidar com eventos estressores, vindas da espiritualidade ou da religião da pessoa<sup>6</sup>.

Corroborar-se que no processo de aceitação da imagem corporal existem diferentes maneiras de enfrentamento<sup>7</sup>. A interação com o mundo e o equilíbrio interno, depende da imagem corporal, na qual a religiosidade e crenças são pontencializadores para muitos enponderamentos internos do sujeito humano<sup>6, 8</sup>.

## CONCLUSÃO

Este estudo antropológico, realizado em um hospital público do Nordeste brasileiro, revelou uma experiência única na vida de mulheres que tentaram tirar suas próprias vidas através do fogo. Passamos a experimentar a dor da alma do outro, que buscou da maneira mais cruel, uma fuga desesperada de situações que não mais suportavam. Relato de vidas que apresentaram uma série de fatores sociais e pessoais que os levaram a sentir emoções de negação por parte do mundo moral local que estavam inseridos. A espiritualidade e a religiosidade possuem um importante papel no enfrentamento diante das sequelas geradas pelas queimaduras. O processo da aceitação da nova imagem corporal, busca na fé algo motivador para o emponderamento diante do processo saúde-doença.

## REFERÊNCIA

Lovisi GM. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev. Bras Psiquiatr. 2009, 31(II): S86 – S93.

SILVA, M. B., AMARAL, L., GROSSMANN, S. D. M. C., & OLIVEIRA, A. S. (2012). Espiritualidade e saúde. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, 1(2).



- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L. R. (2016). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8(3), 107-112.
- Brito Pedrão, R., & Beresin, R. (2010). O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *Rev Einstein*, 8, 86-91.
- KLEIMANN A. The illness narratives: suffering, healing e the human condition. New York: Basic Books, 1988.
- SOUZA, A, M, F; COSTA, J, B. Percepção de Pacientes queimados de uma Organização não Governamental (ONG) No Município de Fortaleza/CEARÁ Acerca da intervenção Fisioterápica. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará, Fortaleza, 2011.
- TURATO, Egberto, M. Metodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde: Definições, Diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* 39.3 (2005): 507-14.
- STROPPIA, A; ALMEIDA, A, M; Religiosidade e Saúde: Publicado em Saúde e Espiritualidade: uma nova Visão da Medicina. Belo Horizonte. 2008, inede. (pp.: 427-443) .
- BOTELHO, F, M. Corporalidade e Estigma: Estudo Qualitativo com Pacientes em Reabilitação de Queimaduras. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências, programas enfermagem psiquiátrica ) \_ Universidade de Ribeirão Preto/USP.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O ACOLHIMENTO EM SAÚDE COLETIVA E SEUS IMPACTOS NO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Maria Liliane Freitas Mororó<sup>1</sup>, Francisco Regis da Silva<sup>2</sup>, Débora Sâmara Guimarães Dantas<sup>3</sup>, Francisco José Maia Pinto<sup>4</sup>, Luisa Maria Oliveira Pinto<sup>5</sup>, Rafaella Maria Monteiro Sampaio<sup>6</sup>**

*Nutricionista. Pós-Graduada em Saúde Pública, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Ipu-Ceará-Brasil.*

*Nutricionista. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva (UECE). Mestre em Saúde Coletiva (UECE).*

*Estatístico e Matemático. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da UECE, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*Nutricionista. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail:*

*Nutricionista. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*E-mail: regisfrs@hotmail.com*

*Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Processo de Trabalho.*

### INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) busca reorganizar os serviços nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a APS reorientadora dos serviços de saúde. A proposta da APS é promover a acessibilidade, integralidade, organização dos processos de trabalho e reduzir custos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Refletir a atenção ao primeiro contato remete a necessidade de promover o acolhimento, o qual consta na Política Nacional de Humanização (PNH) como uma estratégia no fortalecimento da humanização. Dessa forma, o acolhimento pode ser compreendido como dispositivo que humaniza o atendimento desde o primeiro contato e busca reorientar atenção à saúde, impactando na reorganização do cuidado nos diversos serviços de saúde e no processo de trabalho. Além de buscar superar o modelo hospitalocêntrico, ainda vigente (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

O acolhimento emergiu da perspectiva de reorientar as ações na Atenção Primária à Saúde no sentido de superar o modelo assistencialista; configura-se como um dispositivo na humanização do atendimento. Esse dispositivo tem o objetivo de promover a longitudinalidade do cuidado, possibilitar o vínculo entre usuário e profissional, desse modo, promover o acesso ao cuidado integral em toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, objetivou-se relatar a experiência da implantação do acolhimento em Saúde Coletiva e seus impactos no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência. As ações foram realizadas com os profissionais da APS (Unidade Básica de Saúde), em um município do interior Cearense, Ipu – Ceará, no período de junho a julho de 2017. Entre as categorias profissionais que foram abordadas, destacam-se: Técnicos de Enfermagem e Enfermeiro. Essa necessidade de promover a implantação do acolhimento surgiu a partir da problematização no contexto de trabalho, pelo fato de se identificar algumas insatisfações dos usuários atendidos pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) referenciados pela UBS.

Na primeira fase das atividades fez-se a observação da dinâmica de trabalho dos profissionais na UBS. Na segunda fase problematizaram-se as fragilidades e potencialidades do acolhimento realizado na UBS. Na terceira fase realizou-se uma oficina com os profissionais na busca de se construir o significado do acolhimento em Saúde Coletiva.

Com base na problematização das observações, as seguintes categorias foram formuladas: superação das ações assistencialistas; acolhimento como ferramenta do processo de trabalho; atendimento compartilhado e inserção do usuário como protagonista do cuidado.

Durante a oficina, foram abordadas as categorias e feitos os questionamentos disparadores, como: O que você entende por acolhimento? Como é realizado o acolhimento na UBS? Como você realiza o acolhimento? Quais as potencialidades e desafios do acolhimento no processo de trabalho?

As experiências foram descritas e problematizadas de acordo com o referencial teórico pertinente ao tema, assim como, por meio das inferências e vivências tidas pelos próprios autores do relato.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de implantação do acolhimento verificou-se que as ações seguiam a lógica pontual guiada pela demanda espontânea, que levava em consideração a ordem de chegada. Contrapondo-se ao acolhimento baseado no cuidado integral e longitudinal do usuário.

Desta maneira, dentre os vários pesquisadores, Matumoto (1999), afirma que:

O acolhimento, considerado como um processo a ser desenvolvido antes, durante e após o atendimento deve ser realizado por todos os profissionais, sendo que cada um desses contribuirá positivamente para o desenvolvimento dessa ferramenta assistencial e humanizadora dentro de sua área de atuação. O usuário que recebe uma assistência integral e multiprofissional adequada é mais capaz de alcançar resolutividade e manter uma postura autônoma diante da **promoção de sua saúde**. O trabalho em equipe, quando realizado com qualidade e eficiência, traz resultados mais satisfatórios, em relação à saúde, e pode-se dizer que, dentre esses resultados, está o **bem-estar físico, psicológico, social e emocional** dos indivíduos (MATUMOTO, 1999). (grifo nosso)

Assim, o referido autor, em seu estudo sobre o acolhimento em uma unidade de saúde do município de Ribeirão Preto, assinalou a importância de compreendermos o acolhimento como um processo que se inicia mesmo antes da chegada do usuário ao serviço de saúde, uma vez que este se estrutura para o atendimento definindo espaços específicos, formas de atender necessidades de saúde, ou seja, define um certo “modo de responder” às necessidades que são expressas pela clientela; enfatiza que o acolhimento apresenta alguns componentes, tais como: a mútua-representação entre trabalhador e usuário; a objetivação do que é saúde/doença e do que é problema/necessidade de saúde; a comunicação e escrita e responsabilizar-se pelo trabalho e pela ajuda ao outro (MATUMOTO, 1999).

Com esta percepção, Teixeira (2005), relata que frequentemente uma forma peculiar de humanização na atenção primária é o acolhimento, sendo que o mesmo é muitas vezes realizado de forma incorreta, visto como uma atividade desempenhada por um profissional particular em um espaço específico. O acolhimento, portanto, deve ser tratado como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional e em qualquer momento de atendimento, quando se identificam, elaboram e negociam as necessidades que podem vir a ser satisfeitas.

Segundo Merhy (1994), o usuário espera que a relação que possa se estabelecer entre ele e o trabalhador de saúde, seja capaz de gerar um acolhimento que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema. Há uma grande expectativa por parte do usuário, de que o trabalhador- individual ou coletivamente - responda com resolutividade ao seu problema. Espera-se que o conjunto das ações de saúde ao qual se dispõe a se submeter, lhe traga benefícios, isto é, consiga alterar sua situação. Enfim, a sua grande expectativa é que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam.

Dessa forma, foram elencadas as fragilidades e as potencialidades do acolhimento. Entre as fragilidades, destacam-se: número mínimo de profissionais no serviço; ausência de planejamento nas ações em saúde; profissional médico como único protagonista no cuidado dos usuários e não há vínculo entre profissional-usuário. Assim, propôs-se o estabelecimento da escuta qualificada profissional-usuário e estabelecimento de vínculo profissional-profissional para que houvesse o acolhimento entre os mesmos, perpassando, para a prática profissional.

Assim, de acordo com Schimith e Lima (2004):

O processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários. A atividade de acolhimento deve ser de responsabilidade de toda a equipe (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Nessa perspectiva de implantação do acolhimento, Scholze et al., (2009) destaca que as diversas experiências de implantação do acolhimento centraram-se no estabelecimento da escuta qualificada, porém, algumas experiências centram-se em um único profissional, ressaltando a ausência da integração da equipe e acolhimento do profissional-profissional. Em contrapartida, evidenciaram-se experiências exitosas de envolvimento de equipes multiprofissionais, inserindo públicos vulneráveis, como populações em situação de rua, moradores de favelas e profissionais do sexo, no cuidado nos serviços, adequando-se as suas necessidades e superando o caráter pontual no processo de acolhimento; reorganizando assim, os processos de trabalho, além de evidenciar o resgate da cidadania dos usuários e promover a integralidade e equidade do cuidado.

Camelo et al., (2000) em um estudo sobre acolhimento à clientela em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto, descrevem que não há um projeto específico para orientar o trabalho dos profissionais com relação ao acolhimento, assim há diversas posturas e maneiras diferentes de se comunicar com o usuário. Conclui-se, ainda, que o acolhimento deve ser incorporado aos procedimentos das Unidades de Saúde, ao mesmo tempo,

em que necessita transcender o caráter de rotina do cotidiano. Ou seja, a relação de ajuda permeia uma ação contínua de formação, supervisão e estímulo para que se torne efetiva.

De acordo com Simões, Rodrigues e Tavares (2007), a Estratégia Saúde da Família vem ganhando espaço e relevância em todo o Brasil, tornando-se, indiscutivelmente, importante estratégia de reordenação do modelo assistencial. Essa estratégia vem não só melhorando o acesso da população ao sistema de saúde, como tem proporcionado considerável melhora na qualidade do atendimento oferecido. No entanto, sabe-se que mesmo com essa nova forma de assistência ainda se encontra muito distante dos princípios que norteiam o SUS, verificando-se práticas tradicionais nas quais os usuários ainda ocupam posição passiva nos serviços de saúde.

Nessa experiência abordada de implantação do acolhimento na UBS em Ipu, Ceará, alguns pontos convergem com outros processos de implantação. Sugeriu-se estender essa experiência para as equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e foram propostas ações conjuntas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); promovendo, desse modo, a descentralização do cuidado e utilizando a visita domiciliar como dispositivo para efetivação do acolhimento do usuário e das famílias atendidas no município através do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a oficina, notou-se um certo conhecimento pelos profissionais acerca do que vem a ser o acolhimento, entendido como um atendimento humanizado. Porém, ressalta-se inúmeros desafios referente à sua efetivação de maneira integral e principalmente, inserindo o usuário como protagonista do cuidado.

Nessa perspectiva, Silva et al., (2002), relatam que uma estratégia que parece fundamental para tornar efetivo o trabalho em saúde é o planejamento de ações que busquem identificar e incorporar demandas antevistas à rotina, bem como, o projeto terapêutico deve se organizar na dimensão do cuidado, articulando nos projetos e nas intervenções, de forma indissociável, a escuta, o acolhimento e a terapêutica medicamentosa.

Assim, há a necessidade de superar o modelo hospitalocêntrico pelo fato de basear-se no cuidado apenas da doença e na conduta biologicista. Portanto, deve-se romper os obstáculos no processo de trabalho, promovendo consultas compartilhadas, clínica ampliada e formulação do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

## CONCLUSÃO

A ação de implantação do acolhimento foi exitosa pelo fato de instigar nos profissionais participantes a refletirem sobre suas práticas e seu processo de trabalho. Além, de contribuir para reorganizar a dinâmica de trabalho subsidiando o interesse por preestabelecer metas para a equipe de saúde, sendo possível assim, que suas ações sejam mais resolutivas.

A proposta da oficina é algo que ainda pretende-se expandir para as outras UBS's do município, sensibilizando tanto os gestores, quanto os profissionais e os usuários do serviço. Pelo fato do acolhimento fazer parte da diretriz operacional do SUS e ser relevante o estabelecimento de vínculo entre profissional- usuário; profissional-profissional e gestor-profissional. Essa experiência reafirmou que a prática do acolhimento é uma estratégia potencializadora na reorganização do processo de trabalho em Saúde Coletiva.

Subsidiando o estabelecimento de inter-relações no processo de cuidar, envolvendo o empoderamento dos profissionais acerca da operacionalização do acolhimento. Enfatizando também, que o processo de cuidar do usuário é pautado nas suas necessidades, superando assim, a lógica de produção de procedimentos, atrelado a adequada estrutura dos serviços e ações integrais dos profissionais de saúde. A experiência evidencia alguns desafios, entre os quais: a inclusão das eSF no processo de cuidado integral, utilizando o acolhimento como estratégia potencializadora; a inserção do usuário no processo de cuidado fortalecido pelo acolhimento e descentralizar as ações em saúde.

Portanto, configuraram-se os desafios a partir das categorias reflexivas, evidenciando que há a necessidade de superação das ações fragmentadas; do estabelecimento de vínculo; da necessidade de compartilhar o cuidado e promover o empoderamento do usuário no seu processo de cuidar. Verificou-se que na UBS os profissionais conhecem o que é acolhimento, porém, realizam ações pontuais e tem consciência dos desafios de sua implantação no serviço. A proposta da oficina permitiu elencar as potencialidades de implantação do acolhimento e reorganização do processo de trabalho. Dessa forma, o acolhimento insere-se no processo de cuidar na perspectiva da promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf). Acesso em: 23 de agos 2017.

CAMELO, et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 30-37, 2000.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto, 1999. 219p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos Serviços de Saúde: os Serviços de Porta Aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C. de O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. cap. 3, p. 117- 160.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, (esp), p. 158-164, 2013.

SIMÕES, A. L. A.; RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, L. R. Humanização na Saúde: enfoque na Atenção Primária. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 3, p. 439-444, 2007.

SILVA et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 108-116, 2002.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SCHOLZE, A. S.; JUNIOR, C. F. D.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, n. 31, p. 303-14, 2009.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585- 597, 2005.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos profissionais da “Unidade Básica de Saúde Centro” do Município de Ipu – Ceará pela disponibilidade e total apoio na realização deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DETECÇÃO PRECOCE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA PARA PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

**Samila Sousa Vasconcelos<sup>1</sup>, Ilvana Lima Verde Gomes<sup>2</sup>, Erika de Vasconcelos Barbalho<sup>3</sup>, Samara Sousa Vasconcelos Gouveia<sup>4</sup>, Guilherme Pertinni de Moraes Gouveia<sup>5</sup>**

1. Centro Universitário Uninta, Sobral-Ceará-Brasil.

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente (UECE), Fortaleza-Sobral-Ceará.

3. Centro Universitário Uninta, Sobral-Ceará-Brasil.

4. Universidade Federal do Piauí, Parnaíba-Piauí-Brasil

5. Universidade Federal do Piauí, Parnaíba-Piauí-Brasil

E-mail: samilasousa@hotmail.com

Palavras-chave: Transtorno Autístico. Diagnóstico Precoce. Tecnologia Educacional.

### INTRODUÇÃO

A primeira infância é o período em que a criança se desenvolve em um ritmo acelerado. Seu início se dá no nascimento e termina quando a criança começa a andar e a juntar palavras (sensivelmente por volta dos três anos). É a fase em que são traçados os percursos básicos do desenvolvimento de todas as capacidades humanas, de todos os processos mentais, marcando o período mais rico do desenvolvimento (CASTRO, 2008).

Uma das patologias que afeta de forma severa o desenvolvimento neuropsicomotor é o autismo. Essa afecção foi descrita pela primeira vez em 1943, pelo psiquiatra Leo Kanner, relatando as principais características dos pacientes e como diferenciá-la de outras patologias (KANNER, 1943). Na mesma época, Hans Asperger descreveu a psicopatia autista na infância. Era descrito como um conjunto complexo de inabilidades, que envolvem a interação social, a comunicação e o comportamento dos indivíduos (APA, 2001).

Os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs), os quais incluíam o autismo, eram definidos como um distúrbio, envolvendo comprometimento severo e agressivo em três áreas do desenvolvimento: presença de atitudes, interesses e atividades estereotipadas, habilidades de interação social recíproca e habilidades de comunicação (APA, 2001). Atualmente, o autismo caracteriza-se pela presença da denominada tríade diagnóstica, que consiste no déficit de comunicação social e em comportamentos e interesses restritos e repetitivos. Devido à heterogeneidade dos sintomas, o autismo passou a ser classificado, desde 2013, como Transtorno do Espectro Autista (TEA) (APA, 2013).

Alguns estudos epidemiológicos mostram um aumento na frequência de TEA. Isto poderia ser explicado pela mudança dos critérios diagnósticos ocorrida nos últimos anos. Também tem sido considerado que a incidência dos distúrbios pode ser maior do que a documentada e que muitos casos são subdiagnosticados (RUTTER, 2005).

Uma das grandes complexidades que os profissionais da reabilitação se deparam ao lidar com um paciente autista, está na necessidade de conhecimento sobre as diversas características que engloba o espectro autista, bem como, a dificuldade de administrá-las a favor da reabilitação e do sujeito. Esses profissionais precisam dominar diferentes áreas de conhecimento, além de múltiplas abordagens e atuações terapêuticas e educativas (ROGERS *et al.*, 2006; KWEE; SAMPAIO; ATHERINO, 2009).

Os profissionais da reabilitação estão inseridos na Atenção Secundária à Saúde e dependem do processo de referência da Atenção Primária (BRASIL, 2010). Para uma melhor eficácia e efetividade de suas intervenções e para que o sistema garanta o princípio da Integralidade, é necessário que essa referência ocorra de forma precoce.

No âmbito da saúde, os materiais educativos por serem parte da cultura dos serviços de saúde pública e por sua condição material, atuam como dispositivos na mediação entre políticas e práticas de saúde validando os discursos e procedimentos médico-sanitários, o diagnóstico, o tratamento, a vigilância de casos e a relação médico-paciente (MONTEIRO; VARGAS, 2006).

Desta forma, há necessidade de se oferecer aos trabalhadores e profissionais de saúde da Atenção Básica ferramentas e conhecimentos adequados sobre autismo, para que reconheçam e identifiquem os sinais evidentes durante a visita domiciliar. Assim, realizando esta busca ativa, possibilitam que as crianças com características do espectro autista sejam referenciadas para a Atenção Secundária e possam ter acesso à reabilitação de forma precoce. Portanto, este estudo visa proporcionar subsídios importantes à medida que traz mais uma abordagem

de aprendizagem para trabalhadores e profissionais de saúde, o que gerará influências tanto na Atenção Primária quanto na Secundária, melhorando a acessibilidade do usuário e a integralidade do sistema. No trabalho realizado, a estratégia de aprendizagem escolhida foi uma cartilha destinada para trabalhadores e profissionais da Atenção Primária em Saúde, cujo objetivo era levar para esses profissionais informações relevantes a cerca dos sinais e sintomas apresentados pela criança com TEA, porém com uma linguagem simples, acessível e direta.

O objetivo deste estudo foi elaborar uma cartilha para os profissionais e trabalhadores de saúde da Atenção Básica, visando facilitar a detecção precoce do paciente com transtorno do espectro autista.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de construção de tecnologia do tipo de pesquisa de desenvolvimento metodológico com abordagem qualitativa, que se refere à elaboração de um instrumento material educativo.

A pesquisa metodológica possibilita a elaboração de instrumentos e costuma envolver procedimentos complexos e elaborados. Para sua elaboração, necessita de investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Dessa forma, trata da elaboração, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa foi realizada em Sobral-Ce. O sistema de saúde de Sobral é composto por uma rede física capacitada para a realização de serviços de saúde em seus diferentes graus de complexidade, o que faz com que o município, no modelo estadual de reorganização da saúde, seja referência em âmbito micro e macrorregional (ANDRADE *et al.*, 2004).

Os passos do processo de elaboração da cartilha foram: 1) Caracterização preliminar dos participantes do estudo; 2) O processo de construção da cartilha educativa.

A elaboração da tecnologia educativa correspondeu à seleção do conteúdo a partir das evidências na literatura sobre autismo, sinais e sintomas, orientações à família e percurso do usuário no sistema de saúde de Sobral. Esses temas foram considerados relevantes e relacionados com o intuito da cartilha e foram sugeridos durante a qualificação do projeto de pesquisa. Para a sistematização desse conteúdo, realizou-se uma revisão de literatura para a garantia da fundamentação científica, condição essencial para a segurança do leitor, e definição apropriadamente, dos conceitos contidos neste material.

Após a seleção dos conteúdos, foi realizada a construção da tecnologia, com a digitação e ilustração do conteúdo e a impressão do material. Nesta etapa de composição foi realizado um contato com um designer gráfico, para a criação das ilustrações. A arte gráfica foi proposta por um profissional devidamente capacitado com sensibilidade suficiente para trabalhar os desenhos, tornando a leitura descontraída e de fácil compreensão. Em seguida, foi feito um contato com um profissional que realizasse o trabalho de edição do material.

As ilustrações que foram incluídas tinham como objetivo tornar a leitura mais descontraída e de fácil compreensão. Posteriormente, o material educativo foi encaminhado à gráfica para impressão.

Este estudo seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sendo aprovado sob parecer número 923.587 de 11/12/2014. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo, e também foi elaborado segundo a resolução supracitada (BRASIL, 2012).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A cartilha educativa submetida continha oito páginas, com dimensão de 200/140mm, impressas nas cores laranja, verde, branca e preta, sobre o papel couchê brilho de 180g/m<sup>2</sup>, encadernada com um espiral na parte superior. Para o texto, priorizaram-se letras na cor preta, em contraste com o fundo branco. O título escolhido para a cartilha foi "Detecção Precoce da Criança com Transtorno do Espectro Autista – TEA".

Os desenhos e a arte da cartilha foram feitos por meio do programa de computação gráfica *Corel Draw*. Na cartilha produzida, cada página continha textos e uma imagem, exceto a página oito que continha apenas texto. As páginas eram divididas por tópicos: capa, apresentação, sobre o transtorno do espectro autista, sinais e sintomas, orientação aos pais e cuidadores, percurso do usuário no Sistema de Saúde de Sobral e referências.

No processo de qualificação do projeto deste estudo, foi definido, com o auxílio da banca examinadora, possíveis tópicos principais para constarem na cartilha que influenciariam no processo de diagnóstico precoce, como generalidades sobre o autismo, sinais e sintomas e o percurso do usuário no sistema de saúde de Sobral. Ao ser realizada a revisão de literatura, percebeu-se a importância de incluir um tópico sobre orientação aos pais e cuidadores. Isso se deu pelo fato de que, embora a cartilha tenha como objetivo sinalizar as principais características do TEA para que a criança seja precocemente encaminhada para a reabilitação, os trabalhadores e profissionais de saúde da atenção básica poderão também realizar algumas orientações para os pais e cuidadores antes do paciente ser encaminhado para o médico especialista e para a Atenção Secundária.

No contato com o designer gráfico, o profissional sugeriu a inclusão de uma página destinada à apresentação da cartilha, com informações breves sobre o objetivo da mesma. Apesar dos desenhos terem sido feitos exclusivamente pelo designer gráfico, esse processo ocorreu em conjunto com a pesquisadora, para que as ilustrações tivessem relação direta com o que estava escrito no texto. A princípio, foi solicitado que o designer criasse um personagem que seria a criança com TEA. A partir daí, foi requerido a criação de desenhos referentes à família e ao profissional de saúde. Em seguida, foram criadas as situações que os desenhos retratariam.

Na área da saúde, as Tecnologias Educativas são instrumentos importantes para a realização do trabalho educativo e do desempenho do processo de cuidar. As tecnologias educativas em saúde estão classificadas como tecnologias leves, denominadas tecnologia de relações, como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão como forma de administrar os processos de trabalho (MEHRY, 2002).

Segundo Lopes (2015), quando se discute os processos de ensino-aprendizagem empregados nas tendências pedagógicas mais dominantes no campo da saúde, percebe-se que a intersecção dos campos da educação e da saúde se norteia, a partir de suas práticas educativas, por um “arcabouço de representações de homem e de sociedade que se quer formar” e que o sentido desta combinação (educação e saúde) estaria na ampliação do nível de saúde e na redução das iniquidades. Considera ainda que muitos profissionais de saúde constroem suas práticas educativas inspirados em Paulo Freire, e concebem o processo educativo como ferramenta de liberdade e de transformação da realidade.

A elaboração dos manuais educativos vem ocorrendo de forma a facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação de pacientes e familiares no processo de tratamento, recuperação e autocuidado. Dispor de uma tecnologia educativa e instrutiva facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas, com vistas ao cuidado em saúde. Além disso, é também uma forma de ajudar os indivíduos no sentido de melhor entender o processo de saúde-doença e co-responsabilizá-los pelo processo de recuperação (ECHER, 2005).

É importante salientar que ao optar pela utilização das tecnologias nos cuidados da saúde da criança, não significa o uso dos equipamentos somente, ou limitar-se apenas ao aspecto técnico ou à realização de procedimentos. Essas tecnologias envolvem atitudes que possibilitam atender o paciente e seus familiares com integralidade. De acordo com Waldow (2004) e Mehry (2002) a tecnologia é um processo que envolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam nas variadas formas de conhecimento, como científico, técnico, pessoal, cultural, social, e psico-espiritual. Essa junção de diversos saberes tem por objetivo a efetividade da tecnologia para a promoção, prevenção, manutenção e/ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana.

Nessa perspectiva, Oliveira, Collet e Vieira (2006) apontam que a tecnologia pode ser dividida em dois grupos. Um deles seria composto pelas tecnologias de produto, que incluem equipamentos, instalações físicas, ferramentas e outros. A outra categoria seria as de processo, que constituem as técnicas, métodos e procedimentos utilizados para obtenção de um determinado produto.

Para a construção do material educativo é, ainda, necessário selecionar quais informações realmente são importantes para constar no manual, porque, apesar dele precisar ser atrativo, objetivo e não muito extenso, deve dar uma orientação significativa sobre o tema a que se propõe; precisa ser de fácil compreensão e atender às necessidades específicas de uma determinada situação de saúde para que as pessoas se sintam estimuladas a lê-lo (ECHER, 2005).

Segundo Doak, Doak e Root (1996) há evidências de que materiais de saúde cuja leitura é clara aumentam a adesão e fazem com que o público a que se destina lembre melhor e cometa menos erros, mesmo aquelas pessoas com alta habilidade educacional. Por meio desses cuidados na elaboração da tecnologia educativa, o conhecimento adquirido atingirá a memória em curto e longo prazo. Os mesmos autores salientam ainda que a incompatibilidade de habilidades de leituras conduz à redução da motivação para seguir as instruções. Para a elaboração do material é aconselhável que haja o contato e contratação de profissionais da área de informática e computação para que possa ser feito a adequação de *layouts*, diagramação e editoração. Os conhecimentos com programas específicos de computação, muitas vezes, não são dominados por profissionais de outras áreas. Sendo assim, o trabalho elaborado de forma conjunta com designers gráficos poderá ter uma melhor qualidade e um aspecto mais profissional.

O texto deve ser breve, objetivo, com linguagem simples e especialmente compreensível à clientela a que se destina. Frases longas tornam a leitura mais lenta e geram uma compreensão mais difícil. Palavras comuns devem ser usadas quase o tempo todo. Palavras técnicas e conceitos devem ser explicados através de exemplos (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Na cartilha em questão, o público a que se destina envolve profissionais da área da saúde de ensino superior e trabalhadores da saúde de nível médio (agentes comunitários em saúde). Desta forma, priorizou-se o uso de frases curtas e de uma linguagem clara aos dois públicos.

De acordo com Echer (2005), os manuais devem ser construídos para fortalecer orientações a familiares e pacientes, sendo imprescindível descrever as informações numa linguagem acessível a todas as camadas sociais,



portanto, é importante inserir ilustrações das orientações para descontrair, animar, torná-las menos impactantes e facilitar o entendimento, já que, para algumas pessoas, as ilustrações explicam mais que as palavras.

Quando muitos tipos de fontes e tamanhos diferentes (seis ou mais) são usados em uma página podem confundir o leitor e deixar o foco incerto, sendo sugerido, para pontos fundamentais, o uso do texto em negrito e tipo de fonte, tamanho e cores diferentes (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

## CONCLUSÃO

A experiência da construção de uma tecnologia educativa, vivenciada com o uso da cartilha, constituiu-se um importante meio de informar, alertar, transmitir conhecimentos e promover reflexão acerca da integralidade em saúde e do bem estar do paciente e da família. Ressalta-se que para o material educativo possa ser de fato adequado e efetivo, é fundamental um planejamento eficaz da equipe, dinamicidade e propostas que garantam a participação e aprendizagem de aspectos significativos, do processo de saúde-doença.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. DSM-IV-TR. **Diagnostic and Statistical Manual Disorders**. American Publishing, 4 ed, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. American Psychiatric Publishing, 5 ed, 2013.

ANDRADE, L. O. M; BARRRETO, I. C. H. C; GOYA, N; MARTINS JÚNIOR, T. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **Revista Sanare**, n. 1, ano V, 2004.

BRASIL. Resolução 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012.

CASTRO, M. B. **A influência do contexto nas habilidades motoras fundamentais de pré-escolares e escolares**. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós-graduação em Ciência do Movimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

DOAK, C. C; DOAK, L. G; ROOT, J. H. **Teaching Patients with Low Literacy Skills**. 2 ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1996.

DSM-IV-TR - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ECHER, I. C. Elaboração de Manuais de Orientação para o Cuidado em Saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 13, n. 5, p; 754-7, 2005.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, v, 2, 1943.

KWEE, C. S.; SAMPAIP, T. M. M.; ATHERINO, C. C. T. Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH. **Rev CEFAC**, v.11, Supl. 2, p. 217-226, 2009.

LOPES, E. M et al. AIDS em crianças: a influência dos diferenciais socioeconômicos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 9, v. 31, 2015.

MEHRY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E.P. (Orgs.). **Educação, comunicação e tecnologia**: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência a saúde. **Revista Latino-American. Enferm.**, mar-abr, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.

OLIVEIRA, L. S.; DIAS NETO, R. V.; BRAGA, P. E. T. Perfil epidemiológico dos casos de leishmaniose Visceral em Sobral, Ceará no Período de 2001 a 2010. **Revista Sanare**, v.12, n.1, p. 13-19, jan./jun. Sobral, 2013.

OLIVEIRA, M. S. de; FERNANDES, A. F. C; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008 .

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. Porto Alegre (RS): Artmed, 7 ed, 2011. 669 p.

ROGERS, J; VIDING, E; BLAIR, R. J; FRITH, U; HAPPÉ, F. Autism spectrum disorder and psychopathy: shared cognitive underpinnings or double hit? **Psychol Med.**, v. 36, n. 12, 2006.

RUTTER, M. Aetiology of autismo: findings and questions. **J Intellect Disabil Res**, v. 49, n. 4, p. 231-238, 2005.

STELZER, F. G. Uma pequena história do autismo. **Cadernos Pandorga do Autismo**, v. 1, 2010. WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## VALIDAÇÃO DE UMA CARTILHA SOBRE A DETECÇÃO PRECOCE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: TECNOLOGIA EDUCATIVA VOLTADA À ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Samila Sousa Vasconcelos<sup>1</sup>, Ilvana Lima Verde Gomes<sup>2</sup>, Erika de Vasconcelos Barbalho<sup>3</sup>, Samara Sousa Vasconcelos Gouveia<sup>4</sup>, Guilherme Pertinni de Moraes Gouveia<sup>5</sup>**

1. Centro Universitário Uninta, Sobral-Ceará-Brasil [samilasousa@hotmail.com](mailto:samilasousa@hotmail.com)

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente (UECE), Fortaleza-Sobral-Ceará [ilverde@gmail.com](mailto:ilverde@gmail.com).

3. Centro Universitário Uninta, Sobral-Ceará-Brasil [erikavascb@gmail.com](mailto:erikavascb@gmail.com)

4. Universidade Federal do Piauí, Parnaíba-Piauí-Brasil [samaragouveia@ufpi.edu.br](mailto:samaragouveia@ufpi.edu.br)

5. Universidade Federal do Piauí, Parnaíba-Piauí-Brasil [gpfatufpi@gmail.com](mailto:gpfatufpi@gmail.com)

E-mail: [samilasousa@hotmail.com](mailto:samilasousa@hotmail.com)

Palavras-chave: Transtorno Autístico. Diagnóstico Precoce. Tecnologia Educacional.

### INTRODUÇÃO

O autismo foi descrito pela primeira vez em 1943, pelo psiquiatra Leo Kanner, relatando as principais características dos pacientes e como diferenciá-la de outras patologias (KANNER, 1943). Atualmente, o autismo caracteriza-se pela presença da denominada tríade diagnóstica, que consiste no déficit de comunicação social e em comportamentos e interesses restritos e repetitivos. Devido à heterogeneidade dos sintomas, o autismo passou a ser classificado, desde 2013, como Transtorno do Espectro Autista (TEA) (APA, 2013).

No DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (APA, 2012), o Transtorno Autista, era classificado entre os Transtornos Globais do Desenvolvimento. Em 2013, o autismo deixou de ser considerado como Transtorno Global do Desenvolvimento, e passou a ser classificado como Transtorno do Espectro Autista (TEA), que incluem o transtorno autista, o de Asperger, o desintegrativo da infância e o transtorno global do desenvolvimento não especificado (ZANON e col, 2014).

As manifestações que, atualmente, são consideradas como evidentes no TEA incluem comprometimentos no desenvolvimento sociocomunicativo, repertório limitado de interesses e atividades e presença de comportamentos estereotipados (APA, 2013). Essas alterações dificultam e limitam a qualidade de vida do indivíduo. É considerado um dos problemas de saúde mental que mais prejudicam o desenvolvimento infantil.

É unânime entre os autores que realizam estudos na área do TEA afirmar que os indivíduos com esse transtorno possuem comportamento e interesses limitados, repetitivos e estereotipados, adotam uma rotina fixa, apresentam restrição numa área de interesse, podem insistir bruscamente em algo e ainda, podem apresentar anormalidades na postura (GARCIA; MOSQUERA, 2011).

Embora exista a possibilidade e mesmo da necessidade de intervenção no quadro autístico antes de sua cronificação, alguns autores relatam que o diagnóstico precoce é identificado como gerador de dúvidas e insegurança, por apresentar uma sintomatologia difusa e manifestações clínicas sutis, em seu estado inicial (VISANI; RABELLO, 2012).

O processo de elaboração do diagnóstico está intrinsecamente relacionado com a interpretação que os pais atribuem e constroem acerca deste diagnóstico do filho. Isto envolve as crenças sobre profissionais envolvidos, tanto no momento do diagnóstico, como na forma que ele é comunicado aos pais e nas intervenções, sejam estas educacionais ou clínicas ou em serviços de saúde e escolares (SEMENSATO; BOSA, 2013).

Os profissionais da reabilitação estão inseridos na Atenção Secundária à Saúde e dependem do processo de referência da Atenção Primária (BRASIL, 2010). Para uma melhor eficácia e efetividade de suas intervenções e para que o sistema garanta o princípio da Integralidade, é necessário que essa referência ocorra de forma precoce.

No âmbito da saúde, os materiais educativos por serem parte da cultura dos serviços de saúde pública e por sua condição material, atuam como dispositivos na mediação entre políticas e práticas de saúde validando os discursos e procedimentos médico-sanitários, o diagnóstico, o tratamento, a vigilância de casos e a relação médico-paciente (MONTEIRO; VARGAS, 2006).

Os conceitos dos trabalhadores de saúde, ou seja, que trabalham no sistema de saúde mas não possuem curso de nível superior, como os Agentes Comunitários de Saúde, sobre saúde mental e o paciente com sofrimento psíquico é ainda limitado, pois possuem uma percepção preconceituosa, atribuindo a esses pacientes classificações como “falta de juízo” e incapacidade total (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Nas rodas de categoria e reuniões dos serviços de atenção secundária, uma das maiores inquietações e dificuldades que os profissionais relatam está no fato de as crianças com características do espectro autista serem encaminhadas ao serviço de reabilitação de forma tardia, o que dificulta a reabilitação mais efetiva. Além disso, observa-se que a família destas crianças, chega ao serviço com muitas dúvidas e pouco conhecimento sobre o autismo, tornando-as inseguras quanto à reabilitação. Desde então, surgiu o interesse em realizar um estudo abordando esta temática.

Oliveira e col (2006) apontam que as tecnologias educativas pode ser dividida em dois grupos. Um deles seria composto pelas tecnologias de produto, que incluem equipamentos, instalações físicas, ferramentas e outros. A outra categoria seria as de processo, que constituem às técnicas, métodos e procedimentos utilizados para obtenção de um determinado produto.

Um manual educativo bem elaborado pode colaborar para mudar uma determinada realidade de saúde desde que atenda as expectativas e as necessidades da população a ela dirigida. Muitas vezes a tecnologia educativa distribuída não consegue atingir o seu objetivo, trazendo resultados frustrantes, principalmente por divergir entre o que se pretende informar e o que o público alvo considera realmente importante. A avaliação prévia, por profissionais de diferentes áreas, do conteúdo de um manual informativo e destinado à sua educação continuada, além de possibilitar que emergjam opiniões e enfoques diversos sobre o mesmo tema, minimiza a possibilidade de que o mesmo seja embasado unicamente na percepção e interesse do informante (ZOMBONI; PELICONI, 2011).

Desta forma, a pesquisa se justifica no pressuposto de que é necessário oferecer aos trabalhadores e profissionais de saúde da Atenção Básica ferramentas e conhecimentos adequados sobre autismo, para que reconheçam e identifiquem os sinais evidentes durante a visita domiciliar. Assim, realizando esta busca ativa, possibilitam que as crianças com características do espectro autista sejam referenciadas para a Atenção Secundária e possam ter acesso à reabilitação de forma precoce.

Portanto, este estudo visa proporcionar subsídios importantes à medida que traz mais uma abordagem de aprendizagem para trabalhadores e profissionais de saúde, o que gerará influências tanto na Atenção Primária quanto na Secundária, melhorando a acessibilidade do usuário e a integralidade do sistema.

O objetivo do estudo foi validar o conteúdo da cartilha “Detecção Precoce da Criança com Transtorno do Espectro Autista – TEA” com a colaboração dos juízes especialistas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de validação de tecnologia do tipo de pesquisa de desenvolvimento metodológico com abordagem qualitativa, que se refere à validação de um instrumento de pesquisa.

A validação é um processo em que se examina, com exatidão, determinado instrumento ou inferência realizada a partir de escores estabelecidos. É um processo contínuo de verificação e de constatação do valor de um instrumento de medida (RAYMUNDO, 2009).

A pesquisa foi realizada em Sobral-Ce e em Fortaleza-Ce. Os passos do processo de validação da cartilha foram: 1) Caracterização preliminar dos participantes do estudo; 2) Processo de validação da cartilha.

Os participantes da pesquisa foram 13 profissionais de saúde que constituíram os juízes da cartilha. Os dados foram coletados após a aprovação do comitê de ética em pesquisa, entre julho e agosto de 2015. Os profissionais foram os juízes que fizeram a validação da cartilha. Foram considerados juízes, neste estudo, pessoas com alto grau de conhecimento e experiência em sua área de atuação. Para a seleção desses juízes-especialistas da área da saúde foram estabelecidos os critérios: titulação, produção científica e o tempo de atuação com a temática em discussão. Fizeram parte deste comitê os juízes cujo perfil tenha ocorrência de um desses critérios.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional da saúde de nível superior, trabalhar com crianças com TEA; ter disponibilidade de participar da pesquisa. O critério de exclusão foi: trabalhar menos de cinco anos na área da saúde da criança.

Aos juízes, foi entregue, além da cartilha, uma ficha de avaliação da cartilha na qual eles deviam avaliar a tecnologia educativa e registrar suas sugestões no sentido de aperfeiçoar o material. Essa ficha foi baseada nos estudos de Riberte (2008). Por meio desta ficha os peritos fizeram análises e sugestões quanto à estrutura, conteúdo, linguagem e ilustrações contidas na cartilha. Eles deveriam julgar clareza, compreensibilidade ou redundância e a adequação da representação comportamental dos itens.

As análises e sugestões dos juízes foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), compreendendo as fases de pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A partir dessa análise, foram feitas a correção e a reformulação da cartilha, incorporando as sugestões feitas pelos juízes, a fim de atender às necessidades e expectativas a que se propõe.

Este estudo seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sendo aprovado sob parecer número 923.587 de 11/12/2014. O

termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo, e também foi elaborado segundo a resolução supracitada (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os juízes selecionados foram profissionais da área da saúde, compostos de seis fisioterapeutas, três terapeutas ocupacionais, um fonoaudiólogo, dois psicólogos e um neurologista. Inicialmente, foram incluídos quinze juízes. Entretanto, um dos juízes apresentou menos de cinco anos de formação e outro retirou o consentimento para participar da pesquisa, ficando num total de 13 juízes.

Os juízes possuíam idade entre 29 e 46 anos, sendo 12 do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. O perfil dos juízes segundo à titulação aponta que 84,6 % tem formação lato-sensu e 15,3 % stricto-sensu; o maior grau é de doutor, o que fortalece a possibilidade de uma avaliação apoiada numa visão teórico-metodológica.

Quanto ao tempo de experiência da área da saúde da criança, o mínimo foi de cinco anos e o máximo de 21 anos. Em relação à atuação profissional, todos os juízes estão, atualmente, trabalhando em áreas com crianças.

A cartilha educativa submetida à validação junto aos peritos continha oito páginas, com dimensão de 200/140mm, impressas nas cores laranja, verde, branca e preta, sobre o papel couchê brilho de 180g/m<sup>2</sup>. O título escolhido para a cartilha foi “Diagnóstico Precoce da Criança com Transtorno do Espectro Autista – TEA”.

Os desenhos e a arte da cartilha foram feitos por meio do programa de computação gráfica Corel Draw. As páginas eram divididas por tópicos: capa, apresentação, sobre o transtorno do espectro autista, sinais e sintomas, orientação aos pais e cuidadores, percurso do usuário no Sistema de Saúde e referências.

O material foi elaborado tendo por base a literatura científica específica da área, a experiência profissional e a observação cotidiana em um serviço de atenção secundária que atende pacientes com TEA. A elaboração dos manuais educativos vem ocorrendo de forma a facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação de pacientes e familiares no processo de tratamento, recuperação e autocuidado. Dispor de uma tecnologia educativa e instrutiva facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas, com vistas ao cuidado em saúde. Além disso, é também uma forma de ajudar os indivíduos no sentido de melhor entender o processo de saúde-doença e co-responsabilizá-los pelo processo de recuperação (ECHER, 2005).

As informações colhidas e analisadas por meio das fichas de avaliação dos juízes proporcionaram um entendimento sobre as opiniões dos juízes e os desdobramentos resultantes dos objetivos do estudo. A partir da análise das respostas dos participantes foi possível criar categorias, cujos conteúdos manifestos e latentes apresentavam maior correlação. As categorias foram: Características do transtorno do espectro autista; composição visual e qualidade das ilustrações da cartilha; adequação do material educativo na utilização da prática clínica em saúde.

Em relação à primeira categoria “Características do transtorno do espectro autista”, quanto aos sinais e sintomas relacionados ao TEA, alguns juízes sugeriram a inclusão de alguns que não haviam sido abordados na cartilha. Essas considerações foram importantes, pois tornaram a caracterização do TEA mais completa, tornando assim a cartilha mais adequada para favorecer o diagnóstico precoce.

Na segunda categoria, chamada “Composição visual e qualidade das ilustrações da cartilha”, os juízes fizeram correções e observações quanto à parte visual e ilustrativa da tecnologia. Em relação às ilustrações, três juízes consideraram a quantidade inadequada. Apesar de a tecnologia educativa ser na forma de cartilha, o que permite que o foco seja não apenas nas imagens, mas também no texto em si, foi possível analisar a importância dos desenhos para deixar a leitura mais agradável, uma vez que torna possível exemplificar melhor algumas características.

Em relação à composição visual da cartilha, os juízes consideraram o material adequado e organizado. Entretanto, no processo de impressão da cartilha, utilizou-se o formato encadernado, com espiral na parte superior. E muitos juízes não consideraram isto adequado. Com isso, é possível observar, a importância na forma de apresentação do conteúdo, pois isto influenciará a adesão do público alvo ao uso da tecnologia educativa.

Em relação à terceira categoria, chamada “Adequação do material educativo na utilização da prática clínica em saúde”, os juízes fizeram considerações e sugestões sobre a aplicabilidade da tecnologia educativa no contexto da prática clínica. Em toda a ficha de avaliação, solicitava-se que os juízes avaliassem a adequação da linguagem ao público alvo. A maioria dos juízes classificou que a linguagem era adequada e clara. Entretanto, houve divergência em relação à observação de dois dos juízes, um que sugeria uma linguagem mais técnica e outro, uma linguagem mais informal.

No que se refere à relevância do conteúdo abordado na cartilha, alguns juízes sugeriram a inclusão de mais algumas temáticas importantes. Uma bastante recorrente foi a sugestão de inclusão das áreas terapêuticas relacionadas ao processo de reabilitação da criança com TEA. Na reformulação da cartilha, este tópico foi incluído, assim como uma ilustração que representasse o momento da reabilitação.

Em relação à avaliação quando a adequação do material para a prática clínica, todos os juízes julgaram a cartilha como adequada e relevante, evidenciando a importância da temática para a área da saúde e a facilidade da utilização da tecnologia educativa, principalmente tendo em vista a escassez do tempo que o profissional de saúde dispõe para cada atendimento.

A avaliação por profissionais de diferentes áreas é o momento em que realmente se pode dizer que o trabalho está sendo feito em equipe, valorizando as opiniões e abordagens diversas sobre o mesmo tema. É importante lembrar que o conhecimento científico se renova constantemente e assim, há a necessidade de atualização permanente do material instrucional para que ele alcance seus objetivos. A etapa de validação é também um aprendizado e exige que o pesquisador esteja aberto às críticas para construir algo que realmente venha atender as expectativas e as necessidades das pessoas, as quais, certamente, possuem conhecimentos e interesses diferentes dos deles (ECHER, 2005).

Percebe-se que o processo de validação evidencia a importância da qualificação prévia, para conferir maior credibilidade ao material construído. A partir daí, comprovada a sua validade, a tecnologia educativa encontra-se apta a ser utilizada na investigação, avaliação e tratamento, ou seja, nos diversos momentos que constituem a prática clínica e nos diversos campos de atuação da saúde.

Um manual educativo bem elaborado pode colaborar para mudar uma determinada realidade de saúde desde que atenda as expectativas e as necessidades da população a ela dirigida. Muitas vezes a tecnologia educativa distribuída não consegue atingir o seu objetivo, trazendo resultados frustrantes, principalmente por divergir entre o que se pretende informar e o que o público alvo considera realmente importante. A avaliação prévia, por profissionais de diferentes áreas, do conteúdo de um manual informativo e destinado à sua educação continuada, além de possibilitar que emergam opiniões e enfoques diversos sobre o mesmo tema, minimiza a possibilidade de que o mesmo seja embasado unicamente na percepção e interesse do informante (ZOMBINI; PELICONI, 2011).

A opinião de profissionais de diferentes áreas enriquece o conteúdo do manual. Segundo alguns autores, um grupo de especialistas pode servir para uniformizar, na medida do possível, as informações relacionadas com o tema abordado (RIBERTE e col, 2012).

A ideia de construir um manual em conjunto com os profissionais a quem este se destina, buscando experiências cotidianas da vida como fonte de conhecimento, contribui significativamente para a elaboração de um material educativo e possibilita a reflexão e problematização sobre temas realmente importantes e transformadores da realidade (PELICIONI e col, 2008).

## CONCLUSÃO

No processo de validação da cartilha, percebeu-se a importância da participação dos juízes para adequar o conteúdo ao real contexto de trabalho destes profissionais, que contribuíram com sugestões embasadas em suas práticas profissionais e em seus conhecimentos científicos. Isso ocorreu mediante utilização de uma ficha de avaliação em que eles avaliavam cada item da cartilha, sempre levando em consideração o conteúdo, as ilustrações e a relevância do material para a prática clínica.

## REFERÊNCIA

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. DSM-IV-TR. **Diagnostic and Statistical Manual Disorders**. American Publishing, 4 ed, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. DSM-V-TR. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. American Psychiatric Publishing, 5 ed, 2013.

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

BRASIL. **PORTARIA GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010** (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. **Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012.

ECHER, I. C. Elaboração de Manuais de Orientação para o Cuidado em Saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 13, n. 5, p; 754-7, 2005.

GARCIA, P. M; MOSQUERA, C. F. F. Causas neurológicas do autismo. **O Mosaico**, n. 5, 2011. KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, v, 2, 1943.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E.P. (Orgs.). **Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

- OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência a saúde. **Revista Latino-American. Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.
- OLIVEIRA, M. S. de; FERNANDES, A. F. C; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008.
- PELICIONI, M. C. F et al. **A Educação e a Comunicação para a Promoção da Saúde**. In: ROCHA, A. A; CESAR, C. L. G. Saúde Pública - Bases Conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 165-177.
- RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.
- RIBERTE, L. M; HOGA, L; A. K; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a formação da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 1, n. 20, 2012.
- RIBERTE, L. M. **Celebrando a vida: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante**. São Paulo, 2008. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.
- SEMENSATO, M. R; BOSA, C. A. Relatos de pais de crianças com autismo sobre a rede de apoio frontal: aspectos da elaboração parental do diagnóstico. **Revista Educação Especial**, v. 26, n. 47, 2013.
- VECCHIA, M. D; MARTINS S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico social. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, 2009.
- VISANI, P; RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, 2012.
- ZANON, R. B; BACKES, B; BOSA, C. A. Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 30, n. 1, 2014.
- ZOMBINI, E. V.; PELICIONI, M. C. F. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 21, n. 1, 2011.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL DE JOVENS TESTADOS PARA HIV/AIDS E SÍFILIS EM CAMPANHAS EXTRA MURO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

**Aline Rodrigues Feitoza<sup>1</sup>, Diego da Silva Medeiros<sup>2</sup>, Fabiana Sales Vitoriano Uchoa<sup>3</sup>, Janete Romão dos Santos<sup>4</sup>, Marcos Cavalcante Paiva<sup>5</sup>, Mirleide de Brito Figueiredo<sup>6</sup>**

1. Enfermeira, docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Assessora da área técnica das Infecções Sexualmente Transmissíveis e hepatites virais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza Ceará-Brasil.

2. Sociólogo, discente do Programa de Pós-Graduação Doutorado em sociologia da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Enfermeira, mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora Regional de Saúde (SR I).

4. Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-Ceará-Brasil.

5. Enfermeiro, coordenador da área técnica das Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil.

6. Assistente social, assessora da área técnica das Infecções Sexualmente Transmissíveis e hepatites virais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: alinerfeitoza@hotmail.com

Palavras-chave: Aids. Sífilis. Diagnóstico. Jovens.

### INTRODUÇÃO

A UNAIDS aponta que entre o ano de 2006 e 2015 a taxa de detecção de casos de Aids entre jovens do sexo masculino com 15 a 19 anos quase que triplicou, passando de 2,4 para 6,9 casos por 100 mil habitantes; entre os jovens de 20 a 24 anos passou de 15,9 para 33,1 casos por 100 mil habitantes), ou seja, mais do que dobrou. (UNAIDS, 2017)

O diagnóstico tardio ainda é um importante fator de manutenção das altas taxas de mortalidade por Aids no Ceará. Considerando que a Aids é uma doença crônica e que as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) têm o direito ao tratamento garantido pelo SUS), este indicador de redução da mortalidade por Aids deve ser uma meta a ser priorizada por todas as regiões do nosso estado.

O diagnóstico precoce aumenta a expectativa de vida do paciente e permite o acompanhamento e tratamento precoce nos Serviços de Assistência Especializados – SAE, do município de Fortaleza e no Hospital São José (HSJ), centro de referência estadual em doenças infectocontagiosas. Quem busca tratamento especializado no tempo certo e segue as recomendações da equipe dos serviços de saúde especializados possibilita melhora na qualidade de vida. O estado sorológico de um indivíduo infectado pelo HIV é fundamental para a sua proteção e para o controle da infecção e disseminação do vírus. (BRASIL, 2005)

O teste rápido ofertado pela rede SUS, seja através de fluido oral ou amostra sanguínea, torna-se uma das principais estratégias para a detecção precoce para a infecção por HIV/Aids e, sobretudo, para início eficiente de terapias de resgate ou mantenedoras de um bom estado imunológico. Os testes rápidos são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 minutos, de fácil execução e não necessita de estrutura laboratorial. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais fornece gratuitamente para os municípios, os testes rápidos para a triagem de Sífilis e Hepatites B e C e testes para triagem e diagnóstico de HIV. (BRASIL, 2010)

Permite fornecer o resultado durante o período da visita do indivíduo (consulta médica, atendimento em Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, atendimento em domicílio, atendimento em unidade de testagem móvel, organização não governamental etc, pois proporcionam a execução, leitura e interpretação dos resultados em, no máximo, 30 minutos, tem como vantagens a fácil execução e não necessidade de estrutura laboratorial. (BRASIL, 2013)

A área técnica de DST/Aids e Hepatites Virais de Fortaleza vem realizando campanhas de testagem rápida extra-muro para HIV, sífilis e hepatites B e C, tendo como um dos focos principais a população jovem de risco ampliado para HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), tais como: as pessoas que mantêm relações sexuais com outras do mesmo sexo, as que sofrem ou sofreram abuso sexual e os jovens que cumprem medidas socioeducativas, dentre outras. Esse estudo tem como objetivo traçar o perfil sócio-comportamental dos jovens que realizaram testagem para HIV e sífilis durante os anos de 2014 a 2016.



## METODOLOGIA

Estudo do tipo transversal. A amostra foi de 1.296 jovens de 14 a 25 anos, testados nas campanhas nos anos de 2014 e 2015. Os dados foram coletados em fichas padrão da campanha, preenchidas no momento do aconselhamento pré-teste, as variáveis analisadas foram: sexo, idade, local de intervenção, raça/cor, nº e tipo de parceiros sexuais, local de residência, escolaridade, uso de preservativo e resultado das testagens. A tabulação dos dados foi realizada no programa Microsoft Excel 2007, após a organização dos mesmos foram analisados de acordo com literatura pertinente. O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas, CAAE: 24830614.8.0000.5052 em consonância com a resolução 466/12 que regulamenta as pesquisas com seres humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram testados no período um total de 2.196, sendo 1.296 (59%) jovens de 15 a 24 anos, o perfil sócio-demográfico está detalhado na tabela 1, como podemos ver a seguir:

Tabela 1: Características sócio-demográficas do jovens testados para o HIV/Aids em campanhas extra-muro no município de Fortaleza-Ce nos anos de 2014 e 2015. Fortaleza, Ce.

Variáveis sócio-demográficas	n	N
- Sexo		
Masculino	511	39,4
Feminino	785	60,6
- Idade		
15-17	421	32,5
18-20	479	37,0
21-24	396	30,6
- Raça/cor		
Amarelo	37	2,9
Branca	246	19,0
Indígena	9	0,7
Parda	779	60,1
Preta	160	12,3
Não informado	65	5,0
- Escolaridade		
Nenhum	3	0,2
Fundamental completo	40	3,1
Fundamental incompleto	332	25,6
Médio completo	255	19,7
Médio incompleto	294	22,7
Superior completo	30	2,3
Superior incompleto	316	24,4
Pós graduação	2	0,2
Não informado	24	1,9
- Estado civil		
Solteiro	1071	82,6
Casado/união consensual	190	14,7
Viúvo	1	0,1
Divorciado	8	0,6

Dos 1.296 jovens testados entre 15 e 24 anos, 60,6% (785) são do sexo masculino, 25,6% (332) possuem o fundamental incompleto, 60,1% (779) se auto-declararam pardos e 82,6% (1.071) são casados. Sabe-se que essas variáveis são de grande relevância, pois interferem diretamente com o aumento da vulnerabilidade para o HIV/Aids e outras IST.A vulnerabilidade à Aids é um conceito bastante amplo, pois abrange dimensões que determinam indivíduos ou grupos de maior exposição, com diferentes particularidades e especificidades variáveis de acordo com a população abordada. Estudo revelou que a taxa de comportamento sexual, denominado de risco, aumentou em mais de 50% no período 2002-2007 entre os jovens com ensino fundamental incompleto, sugerindo ainda que

o baixo percentual de escolaridade pode influenciar diretamente na exposição a situações de risco, deixando-os consequentemente mais vulneráveis. (CAMPOS, ESTIMA, SANTOS, LAZZAROTTO; 2014)

Quanto ao local da intervenção: 42,1%(546) foram testados em espaços de formação e sociabilidade de jovens, 34,6% (448) em espaços de formação e sociabilidade de jovens e 23,3% (302) centros educacionais, onde 72,4% (938) estavam fazendo o teste para HIV pela primeira vez.

Além das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Fortaleza, uma das estratégias são as campanhas extra-muro, destacando-se o Projeto Fique Sabendo Jovem itinerante onde buscamos ir onde o jovem está, tais como: boates, barracas de praia, centros educacionais, dentre outros, possibilitando assim um melhor acesso. Também dispomos de serviços de saúde com atendimento especializado para a testagem de IST, HIV/Aids.

O número de jovens que nunca fizeram o teste (72,4%) é preocupante, sendo o diagnóstico precoce uma das metas de controle da infecção pelo HIV/Aids. Dentro da perspectiva traçada pela Meta 90-90-90, até 2020, 90% de todas as pessoas que vivem com HIV vão saber o seu estado sorológico. Até 2020, 90% de todas as pessoas diagnosticadas com infecção por HIV receberão terapia anti-retroviral sustentada. Até 2020, 90% de todas as pessoas que recebem terapia antirretroviral terão supressão viral.(UNAIDS, 2015).

Quanto as questões ligadas ao sexo/sexualidade: 58,1% (753) são heterossexuais, 6% (78) relatam ter sofrido abuso sexual, 24% (311) relatam ter tido entre 3 a 5 parceiros sexuais nos últimos 12 meses .

22,2% (288) jovens relataram não fazer uso de preservativo em suas relações sexuais. O uso de preservativos entre jovens têm sido objeto de estudos diversos, alguns apontam que o uso do preservativo não é uma prática rotineira, sendo utilizados apenas ocasionalmente. (CHINAZZO, CAMARA, FRANTZ; 2014). O principal motivo pelos quais não utilizam preservativos é apontado por Orlandi e Toneli (2008), em estudo realizado com adolescentes de Santa Catarina, como sendo a confiança na fidelidade do parceiro.

Não existe um consenso entre a exposição e nível de proteção, ou nem mesmo com relação aos comportamentos sexuais. Várias são os fatores encontrados para o aumento dessa vulnerabilidade principalmente com relação à prática do sexo desprotegido, tais como: atitudes, normas sociais, conhecimento, a relação pais x filhos adolescentes, participação da escola, iniciação sexual precoce e número de parceiros sexuais. No entanto, não se pode afirmar quais desses fatores tem uma maior influência para um comportamento sexual de risco. (OLIVEIRA et al, 2017)

Dos jovens testados tivemos 29 casos positivos para o HIV , sendo apenas 01 do sexo feminino e 64 casos positivos para sífilis (testagem rápida) sendo 71,9% (46) no sexo masculino, ambos os reagentes com maior incidência na faixa etária entre 21-24 anos sendo 48,3%(14) e 45,3%(29) respectivamente. A razão por sexo com relação aos reagentes para HIV divergem dos últimos dados epidemiológicos que apontam que existe um aumento dos casos da doença entre os adolescentes e adultos jovens, sobretudo do sexo feminino (PEDROSA et al, 2015). Tal fato pode ser explicado pelo tipo de população na qual as campanhas de testagem da estratégia do Fique Sabendo Jovem se direcionam, que são as populações em locais de maior vulnerabilidade.

## CONCLUSÃO

Podemos perceber que é de suma importância que mais ações como essa sejam realizadas, visto que o perfil desses jovens os coloca em situação de risco acrescido, não só para o HIV, com também para outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sobretudo a sífilis que é atualmente um grave problema de saúde pública. Ainda é preocupante o baixo índice de jovens que realizaram a testagem para o HIV, mesmo com um número elevado de parceiros sexuais. A estratégia de testagem rápida extra-muros é de extrema relevância para as ações no município de Fortaleza, vindo a contribuir efetivamente nas ações não só de prevenção, mas sim de detecção precoce e encaminhamento de jovens recém-diagnosticados aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIA

BRASIL, Ministério da Saúde. HIV: Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2010. 98 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Sistema de informação dos centros de testagem e aconselhamento em Aids. SI-CTA versão 2.0. Manual de utilização. Brasília; 2005.

BRASIL. Resolução 466. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 12 d ez. 2012. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 16 ago. 2017.

CAMPOS; C. G. A. P.; ESTIMA, S. L.; SANTOS, V. S.; LAZZAROTTO, A. R. A vulnerabilidade ao HIV em

adolescentes: estudo retrospectivo em um centro de testagem e aconselhamento. *Rev Min Enferm.* 2014 abr/jun; 18(2): 310-314.

CHINAZZO, I. R.; CAMARA, S.G.; FRANTZ, D. G. Comportamento sexual de risco em jovens: aspectos cognitivos e emocionais. *Psico-USF, Itatiba*, v. 19, n. 1, p. 1-12. 2014 .

PEDROSA, Nathália; de Sousa Paiva, Simone; Freitas de Almeida, Rosa Livia; Rolim de Holanda, Eliane; Franco Sansigolo Kerr, Ligia Regina; Gimenez Galvão, Marli Teresinha; 2015. Série histórica da AIDS no Estado do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 20: 1177-1184.

OLIVEIRA, A.C.G.D.P.; CAMELO, F.; PATRÍCIO, M.; CAMARNEIRO, A.P.; CARDOSO, S.M. ; PITA, J.R. .Impacto de um programa de intervenção educativa nos comportamentos sexuais de jovens universitáriosReferência - *Revista de Enfermagem.* 2017, IV (Abril-Junio) : Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388251308010>> Acesso em: 21 ago. 2017.

ORLANDI, R.; TONELI, M. J. F. . Adolescência e paternidade: sobre os direitos de criar projetos e procriar. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 317-326. 2008.

UNAIDS. 90–90–90 – Uma meta ambiciosa de tratamento para ajudar a acabar com a epidemia de AIDS. 2015. Disponível em: < [http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015\\_11\\_20\\_UNAIDS\\_TRATAMENTO\\_META\\_PT\\_v4\\_GB.pdf](http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf). Acesso em: 18 ago. 2017.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE: APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA À LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante<sup>1</sup>, Fernando Sérgio Pereira de Sousa<sup>2</sup>, Indara Cavalcante Bezerra<sup>3</sup>  
Maria Salete Bessa Jorge<sup>4</sup>

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza- Ceará-Brasil

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará- Brasil

E-mail: indaracavalcante@yahoo.com.br

Palavras-chave: Promoção da saúde; Metodologias ativas; Dependência de drogas. Equipe: Multidisciplinar.

### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), tem como um dos eixos estruturantes a promoção da saúde, com intuito de fortalecimento da capacidade de indivíduos, grupos sociais intervirem nos determinantes do seu processo saúde-doença. A promoção da saúde, portanto, envolve cinco eixos de atuação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação dos sistemas e dos serviços de saúde (BRASIL, 2001; CHIESA, 2000).

As várias transformações na área da saúde no Brasil, impulsionadas pela Reforma Sanitária com repercussões relacionados aos saberes e práticas no que se refere ao cuidado em saúde colocam em questão aspectos relacionados à formação profissional bem como de metodologias utilizadas nesse processo, uma vez que se faz necessário o empoderamento dos trabalhadores de saúde para atuarem nesse novo cenário que reconhece a saúde como um direito do cidadão e dever do estado.

Almeida e Ferraz (2008) destacam que investir nos recursos humanos em saúde envolve os seguintes aspectos: a reestruturação curricular nos cursos de formação em saúde, adequando os currículos às demandas do SUS; a adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que promovam formação crítica e reflexiva e integração efetiva entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde; e a capacitação dos recursos humanos da saúde através de políticas de educação permanente em saúde.

Nessa perspectiva o governo brasileiro implantou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da portaria GM/MS n.198, de 13 de fevereiro de 2004, sendo alterada pela portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007, e no ano de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) com objetivo de contribuir para o reconhecimento do trabalho como espaço de aprendizagem e a necessidade de formação específica para a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Portanto, a partir da PNEPS se tem apresentado um novo cenário para as formações em saúde, que envolve a metodologia da problematização, a qual deve ser realizada por uma equipe com profissionais de diversas áreas de atuação, a ênfase recai em situações problemas das práticas cotidianas, uma vez que possibilitam reflexões críticas e busca de soluções estratégicas em coletivo, nesse sentido a PNEPS está inserida no desenvolvimento e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

A utilização de metodologias ativas é prevista na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e propõe a aprendizagem no trabalho, assim os processos de ensino e aprendizagem devem ser incorporados no cotidiano do trabalho, com a possibilidade de transformar as práticas profissionais, portanto, deve ocorrer no cotidiano das pessoas e das organizações (BRASIL, 2009).

Entretanto, os modelos vigentes de educação superior em saúde, no entanto, ainda se mantêm presos a um modelo de prática hospitalocêntrica e fragmentada, de viés privatizante, e mostram-se deficientes em atender às necessidades sociais por saúde. O perfil predominante do egresso dos cursos de graduação em saúde revela seu pouco comprometimento com o SUS e falta de compreensão da necessidade do trabalho em equipe, fraca formação humanística, resultando muitas vezes em profissionais despreparados (BRASIL, 2014; MALUF, 2010). Ainda que não atenda a necessidade para que ocorra uma efetiva transformação na formação, verifica-se que diferentes incentivos têm potencializado a integração ensino-serviço e a utilização de metodologias ativas de ensino voltadas para o mundo do trabalho e para as necessidades da população, visando o aprendizado significativo, como por exemplo o Pró-Saúde, Programas de residências e outros.

O processo de ensino-aprendizagem, portanto, reflete-se na prática em várias dimensões: a distância entre gestão e atenção (separação entre pensar e fazer); a fragmentação conceitual; a presença cada vez maior de profissionais especializados; fragmentação da técnica; e as rígidas relações de hierarquia e subordinação; a fragmentação social; divisão social do trabalho em diferentes categorias profissionais corporativistas.

A promoção da Saúde traz uma grande contribuição nessa questão, pois busca superar o modelo biomédico, utilizando campos de ação amplos, que consideram as dimensões políticas, o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, o envolvimento comunitário, o cuidado com o ambiente e a reorientação dos serviços de saúde. Essa natureza dinâmica e complexa requer, portanto, uma formação diferenciada, com profissional capaz de construir capacidades que facilitem formular e colocar em prática seus princípios teóricos e metodológicos, com reflexão sobre as contradições dos contextos e a necessidade de enfrentamento dos desafios e expectativas das comunidades nos territórios. (TAVARES, et al, 2016).

As metodologias participativas se mostram afinadas com este processo, dado que utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem na direção de estimular o discente, já que diante do problema ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas na direção de uma prática que vá ao encontro das necessidades dos que vão aos serviços de saúde (MITRE, et al., 2008).

Uma aprendizagem significativa deve estar engajada no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e estimular a criação de ambientes favorecedores da saúde, da mudança de comportamentos que permitam a proteção do meio ambiente, a conservação de recursos naturais e o envolvimento cada vez maior da população em projetos de promoção da saúde (DAVINE, 1994). Para Freire (2006), a autonomia é fundamental no processo pedagógico, onde o estudante tem uma postura ativa em relação ao seu aprendizado numa situação prática de experiências, por meio de problemas que lhe sejam desafiantes e lhe permitam pesquisar e descobrir soluções, aplicáveis à realidade. O conteúdo não é apenas reproduzido pelo docente, mas sim construído por professor e aluno, envolvendo, portanto, diferentes saberes.

Nesse sentido, o aprendizado requer uma formação baseada na atuação política e social, com a compreensão da importância e da essencialidade dos determinantes sociais. Portanto, demanda capacidade de mediação e de desenvolvimento de ação intersetorial, por parte dos trabalhadores e das instituições envolvidas, em torno de planos territoriais.

Estimular a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e trabalhar a formação profissional a partir dos eixos da promoção da saúde, valendo-se de metodologias que envolvam ativamente os sujeitos do processo ensino-aprendizagem aplicadas a situações reais e simuladas, contribui para a atuação contextualizada, crítica e participativa do futuro profissional, voltada para a intervenção nesses determinantes, o estímulo à participação popular e controle social.

Portanto, as formações voltadas para os profissionais e as metodologias utilizadas nesse processo, necessitam acompanhar as mudanças que ocorreram na compreensão do processo saúde/doença, estimulando a emergência de novas competências para trabalhar nesse novo contexto de saúde.

Estas novas competências demonstram a necessidade de alterar a percepção e a forma de relacionamento com o mundo circundante, modificando a abordagem mecanicista, fragmentada, competitiva e hegemônica para uma abordagem sistêmica, holística, cooperadora e integradora. Portanto, é fundamental que se possa compreender os problemas enfrentados pela humanidade atual, já necessitam serem entendidos de forma interligada, interdependente e contextualizada (GEMIGNANI, 2012).

Ressalta-se, portanto, o desafio da incorporação de metodologias inovadoras, problematizadoras tanto para os alunos, quanto para o professor que na realidade atua como um facilitador, orientador. É necessário que ocorra uma práxis pedagógica capaz de ultrapassar os limites de uma formação tecnicista, conservadora, descontextualizada da realidade do aluno.

O objetivo do presente texto consistiu em discutir as metodologias ativas utilizadas no processo de formação dos profissionais de saúde atuantes nas redes de atenção à saúde, assistência social e demais redes no cuidado integral com usuários de crack e outras drogas e seus familiares.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa. Utilizou-se a observação participante como técnica de apreensão da vivência de facilitadores na condução do “Curso de Formação Permanente para Trabalhadores e Articuladores das Redes de Atenção Integral aos Usuários de Crack e outras Drogas para a Microrregião de Itapipoca e Acaraú, no Ceará”

O Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) financiou a “Implantação do Centro Regional de Referência (CRR) para Formação Permanente dos Profissionais que atuam nas Redes de Atenção Integral à Saúde e de Assistência Social com Usuários de Crack e outras Drogas e seus Familiares”.

No Ceará, o projeto teve o financiamento subsidiado pela SENAD e foi desenvolvido em parceria com a Universidade Estadual do Ceará (UECE). A equipe de facilitadores no referido curso, foi composta por dez profissionais e discentes da pós-graduação da UECE, os quais foram responsáveis pela concepção da ementa

e aplicação da metodologia. A diversidade de olhares contemplou disciplinas como a psicologia, enfermagem, medicina, farmácia, assistência social, pedagogia e arte terapia.

Fundamentado numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial, participaram do curso os trabalhadores de diversos setores sociais (saúde, assistência social, educação, segurança pública e outras redes sociais, como bombeiros e instituições religiosas), oriundos dos vários municípios que compõem a Microrregião de saúde Itapipoca e de Acaraú.

As experiências foram documentadas em diários de campo. As observações foram realizadas desde o processo de planejamento e concepção do curso (teórica, metodológica e de material didático), até a execução e avaliação. Os registros dos grupos de discussão, foram realizados com os facilitadores durante todo o processo, em seguida foram consolidados em narrativas e organizados em núcleos argumentativos para análise crítica. Ao final de cada módulo, foram realizadas auto-avaliações e avaliações do curso pelos participantes.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Reflexões sobre as metodologias ativas e suas repercussões na prática de cuidados ao usuário de drogas**

Todos os recursos metodológicos utilizados no curso envolveram estratégias problematizadoras, abrangendo diferentes aspectos da atenção integral aos usuários de drogas. O intuito da equipe docente foi evitar que o curso consistisse em mais uma formação relacionada a atualização dos discentes no que se refere ao assunto, nesse sentido os facilitadores buscaram empoderar os discentes para atuarem nos diferentes dispositivos da rede de apoio aos usuários de drogas.

Desse modo, durante todo o curso, os facilitadores buscaram relacionar os conteúdos com as experiências prévias dos alunos adquiridas em outros processos de formação ou em sua prática profissional por meio da educação problematizadora. A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Esse processo é apoiado nas dinâmicas de aprendizagem por descoberta, haja vista que os conteúdos de ensino não são oferecidos aos alunos em sua forma acabada, mas na forma de problemas, as relações devem ser construídas pelos alunos (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004)

A problematização tem seus pressupostos teórico-filosóficos e epistemológicos alicerçados no referencial de Paulo Freire e vem contribuindo de forma significativa na inserção na educação a partir da reforma curricular e nos processos de formação permanente para os profissionais e trabalhadores de saúde. A ação de problematizar enfatiza a práxis, na qual o sujeito busca saídas para intervir na realidade em que vive, e o capacita a transformá-la por sua ação, ao mesmo tempo em que se transforma (FREIRE, 1996).

Para fomentar essa perspectiva crítica, a problematização é pautada, principalmente, no diálogo, que funciona como um potencializador da elaboração de conflitos e permite o trabalho coletivo (FREIRE, 2006). Entretanto, somente por meio da disponibilidade e do respeito pelo potencial de cada ator será possível uma verdadeira transformação.

Os alunos participaram de forma ativa, trazendo reflexões e situações concretas vivenciadas no cotidiano do trabalho com usuários de crack e outras drogas e seus familiares. Foram utilizadas técnicas diversas que contribuíram de forma efetiva no processo de ensino-aprendizagem como por exemplo, exibição e discussão de vídeos, discussão em grupos, dramatizações, estudo de casos trazido pelos alunos, com aplicação de aprendizagem fundamentada na problematização, sempre abordando o território de atuação dos profissionais/trabalhadores das diferentes redes de apoio e atenção ao usuário de álcool e outras drogas e familiares.

Na discussão dos casos apresentados pelos alunos foi possível desenvolver suas competências (conhecimento, habilidades e atitudes) com reflexões importantes diante da complexidade dos problemas encontrados pelos profissionais em cada território, utilizando criatividade, integração das diversas redes existentes no contexto local, em que para eles muitas vezes não eram reconhecidas ou pouco articuladas.

Para Mitre e colaboradores (2008), em muitas experiências de transformação do processo de formação profissional, a participação dos profissionais dos serviços e da comunidade (usuários) na definição de conteúdo e na orientação dos trabalhos a serem desenvolvidos com o discente tem sido essencial para que essas novas práticas sejam construídas. Nesse sentido, qualquer estratégia de inovação deve levar em conta suas práticas de avaliação, integrá-las à reflexão, para transformá-las (PERRENOUD, 1999).

A metodologia ativa tem permitido maior integração entre o ensino, serviço e comunidade, uma vez que traz para o diálogo todos os atores envolvidos no processo, com possibilidades de construção coletivas e resignificação de sua prática, trazendo para o cenário reflexões importantes para todos os atores implicados.

Ao considerar a metodologia de problematização, a atividade norteadora do curso consistiu na solicitação para que os discentes, logo no primeiro módulo, escolhessem um caso real, conhecido durante a sua prática profissional, e em equipe, discutissem sobre ele e organizassem um plano terapêutico que seria posto em prática durante o intervalo do primeiro para o segundo módulo, período de vinte dias.

Os casos escolhidos para discussões em grupo foram aqueles considerados mais complexos pelas equipes, ou seja, mais difíceis de buscar estratégias resolutivas para os usuários e suas famílias (observação da realidade social). As discussões sobre o caso foram fomentadas por meio do método do arco, proposto por Maguerez (1970) apoiado em cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução, aplicação à realidade.

Ao conhecerem os casos em sua singularidade, inicialmente os discentes observaram a realidade, em seguida os facilitadores buscaram discutir sobre as possíveis causas relacionadas às dificuldades existentes no que se refere aos cuidados aos usuários de drogas, nesse momento foram apontados problemas sociais, políticos, estruturais, culturais, subjetivos dentre outros, uma vez que os problemas são multideterminados e complexos. Essa etapa consistiu na busca dos Pontos-Chave.

Ainda nessa etapa, durante a discussão, algumas variáveis foram consideradas mais diretamente relacionada ao problema, foram eleitos então os pontos essenciais que foram estudados pelos discentes, para compreender o problema mais profundamente, por meio de um olhar mais crítico, para então, buscar formas de intervir na realidade.

A etapa da teorização foi realizada durante o intervalo do primeiro para o segundo módulo, o material didático elaborado pelos docentes do curso serviu como apoio nesse processo de buscar recursos científicos sobre o assunto. Dentre os temas investigados pelos alunos, destacaram-se: projeto terapêutico singular; estratégias e políticas de redução de danos; política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

A quarta e a quinta etapa foram realizadas concomitantemente, visto que os discentes a medida que buscaram compreender as demandas do caso, já foram aplicando na sua realidade. Desse modo, no segundo módulo, as equipes já trouxeram os casos com os encaminhamentos realizados, portanto os profissionais, de fato, aplicaram os conhecimentos que foram construídos, juntamente com os facilitadores, no contexto de sua prática profissional.

Foi perceptível, durante todo esse processo, a mudança em relação ao vocabulário utilizado pelos profissionais, antes permeado por expressões como “abstinência”, “doente”, “drogado”; agora substituídos por termos mais adequados a estratégia de redução de danos como “sujeito em situação de abuso de drogas”.

Além disso, observou-se análises mais críticas relacionadas as causas do abuso de drogas, envolvendo explicações para o abuso diferentes do modelo moralista, abrangendo aspectos culturais, sociais e econômicos. Tal situação também contribui para a diminuição da estigmatização dos profissionais de saúde em relação aos usuários de drogas, facilitando assim o acesso desse público aos serviços de saúde.

As dificuldades relacionadas aos cuidados aos usuários de drogas também foram analisadas nessa perspectiva crítica, assim percebeu-se que os usuários não são os únicos responsáveis pelos processos de mudanças, uma vez que a ressocialização envolve também vários aspectos contextuais, como a disponibilidade de serviços e recursos que podem funcionar como rede de apoio bem como a construção de políticas públicas que facilitem e garantam a atenção integral aos usuários de drogas.

Assim, com base em uma visão crítica sobre o problema, os profissionais, construíram um projeto terapêutico condizente com o contexto no qual atuam, mas buscando implementar as estratégias da redução de danos aliada aos princípios da reforma psiquiátrica, ao propor em seus projetos, articulações envolvendo diversos recursos comunitários, como serviços de atenção primária à saúde, escolas, centros de atenção psicossocial, centros de referência em assistência social, dentre outros, demonstrando assim uma preocupação com a integralidade do usuário.

As metodologias ativas utilizadas como estratégias de ensino-aprendizagem no processo de formação desse projeto consistiram em proporcionar aos discentes competências (conhecimento, habilidades e atitudes) para uma atenção integral, humanizada e resolutiva. O novo cenário de mudanças e complexidades demandam pessoas com capacidades criativas, reflexivas e sensíveis a essa realidade para lidar com as grandes questões que emergem cotidianamente. [...] “é indispensável que eles sejam capazes de exercer valores e condições de formação humana, considerados essenciais no mundo do trabalho” (BARBOSA; MOURA, 2013, p.52).

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, observou-se que o processo de formação com base em metodologias ativas, de fato, implicou em mudanças em relação a posturas e atitudes dos participantes do curso que por sua vez refletiram-se em sua prática cotidiana.

Por meio da atividade problematizadora, os facilitadores puderam perceber todo o conhecimento construído pelos alunos, assim como percebido sua aplicabilidade por meio dos aspectos contextuais, sociais econômicos e culturais, possibilitando uma prática pautada numa postura ética, crítica e interdisciplinar.

Contudo, alguns desafios ainda precisam ser superados, como a visão de que apenas a abstinência total ao uso de drogas significa sucesso terapêutico, visto que a manutenção do uso, mesmo que em um padrão mais

controlado, ainda foi visto como motivo de frustração e, portanto, um grande problema que ainda necessita ser superado.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L.P.G.; FERRAZ, C.A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 1, p. 31-35, 2008.
- BARBOSA, E.F.; MOURA, D. G. Metodologias ativas de aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica. *B. Tec. Senac, Rio de Janeiro*, v. 39, n.2, p.48-67, maio/ago. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé e Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega países, Declaração do México. Brasília; 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 31 mar. Brasília.
- CHIESA, A. M. A promoção da saúde como eixo estruturante do Programa de Saúde da Família. In: Tema do 1º Seminário Estadual “O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família”; 2000 nov. 9-15; São Paulo, SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p. 1-7.
- CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública* 2004;2.
- DAVINE, MC. Currículo integrado. In: Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde. Brasília;1994. p.39-55.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 21. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 156 p. (Coleção Leitura).
- FREIRE. *Educação como prática de liberdade*. 29ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
- GEMIGNANI, E.Y.M.Y. Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão *Revista Fronteira das Educação* [online]. Recife, v. 1, n. 2, 2012. ISSN: 2237- 9703. Disponível em: <http://www.frenteirasdaeducacao.org/index.php/fronteiras/article/view/14>Acesso em 27 de agosto 2017.
- MAGUEREZ, C. Elementos para uma pedagogia de massa na assistência técnica agrícola. In: COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA INTEGRAL – CATI. Análise do sistema paulista de assistência à agricultura. Campinas, 1970. Mimeografado.
- MITRE, S.M.; BATISTA, R.S.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M.; MORAIS-PINTO, N.M.; et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva* vol.13 suppl.2 Rio de Janeiro Dec. 2008 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>. Acesso em jun. 2016.
- PERRENOUD, P. *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas*. Porto Alegre: Art-Med; 1999.
- STROSCHEIN, K. A., & ZOCHE, D. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(3), 505-519, 2011.
- TAVARES, M.F.L., ROCHA, R.M., BITTAR, C.M. L., PETERSEN, C.B., ANDRADE, M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6):1799-1808, 2016.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD pela possibilidade da pesquisa, ao Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará, as Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Ceará (6ª e 12ª região), gestores e trabalhadores da microrregião de Itapipoca e Acaraú.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Ítala Alencar Braga Victor<sup>1</sup>, Emanuela Teixeira Lima<sup>2</sup>, Carla Virgínia de Souza Gonçalves<sup>3</sup>, Edeiza Ataliba Bastos<sup>4</sup>

1. Docente do Departamento de Enfermagem - Universidade Regional do Cariri (URCA), - Iguatu-Ceará-Brasil,

2. Enfermeira - Universidade Regional do Cariri (URCA), Iguatu-Ceará-Brasil.

3. Enfermeira - Universidade Regional do Cariri (URCA), Iguatu-Ceará-Brasil.

4. Enfermeira - Universidade Regional do Cariri (URCA), Iguatu-Ceará-Brasil.

E-mail: italaalencar@hotmail.com

Palavras-chave: Infecção hospitalar. Desinfecção das mãos. Segurança do paciente.

### INTRODUÇÃO

As Infecções Hospitalares (IH) são relatadas desde a criação dos primeiros hospitais, gerando agravo à saúde do paciente, tão logo sua admissão, ou após 72 horas. Podem ocorrer ainda depois da alta, desde que exames laboratoriais não evidenciem a presença de microrganismos que possam resultar em processo infeccioso no momento da admissão (BRETAS et al., 2013).

Há mais de um século, o médico Ignaz Philipp Semmelweiss constatou através das suas observações que as infecções dentro do ambiente hospitalar poderiam ser evitadas através de medidas simples de higienização das mãos, utilizando-se de água e sabão, o que acabou por levar a uma diminuição significativa no índice de morte entre parturientes (MOTA et al., 2014).

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) tem se tornado um componente desafiador no processo saúde/doença. Estima-se que os riscos de IRAS são vinte vezes maiores em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos, compreendendo a segurança do paciente como um problema de saúde a nível mundial. No Brasil, o número de pacientes que adquirem as IRAS pode chegar até 15% em seu total, tendo como fatores desencadeantes os procedimentos invasivos, o desequilíbrio da microbiota do cliente e a higiene (PAIM; LORENZINI, 2014).

Nesse contexto, a epidemiologia das IRAS tem apontado que as mãos dos profissionais de saúde tem sido uma das propagadoras da transmissão de microrganismos entre pacientes, o ambiente e a assistência. Nesse sentido, propõe-se a realização da Higienização das Mãos (HM) durante a prática do cuidado em pacientes, controlando a propagação dos patógenos, contribuindo com a prevenção e controle das IRAS (BATHKE et al., 2013).

Após a criação do Programa Nacional para Segurança do Paciente, o Ministério da Saúde ampliou as suas diretrizes, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na qual exigiu a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) dentro das unidades hospitalares. Foram estabelecidos ainda, no mesmo período, os seis protocolos internacionais de cuidados, os quais dizem respeito a: identificação do paciente, prevenção de lesões por pressão, segurança quanto à prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, prevenção de quedas e prática de higienização das mãos (CORONA; PENICHE, 2015).

A HM é uma medida simples de cunho individual que previne as infecções. Possui um baixo custo, e vem sendo adotada ao longo de anos para prevenção e controle de contaminações (LOPES; MELO, 2014). Mesmo sendo eficaz na redução de infecções, ainda se percebe uma baixa adesão por parte dos profissionais. Nesse aspecto, a estratégia multimodal é um método de incentivo criado pela OMS, que busca estimular a HM como prioridade dentro das instituições, abrangendo a educação dos profissionais, a fixação estratégica de lembretes visuais e a monitorização das práticas de HM (PRADO, et al.; 2012).

Contudo, existem inúmeros fatores que contribuem para as dificuldades relacionadas à baixa adesão à HM dentro das instituições de saúde, dentre elas a carência de produtos adequados para HM, número reduzido de pias, a falta de cultura dentro da unidade, além da falta de liderança administrativa que estimule essa prática (PRADO; HARTMANN; FILHO, 2013).

O interesse pela pesquisa emergiu da necessidade de entender e divulgar dados sobre a percepção dos profissionais de enfermagem de um Hospital Regional da Região Centro Sul do Ceará, diante de um ato simples e de baixo custo para prevenção de infecção hospitalar, que é a HM. Por se tratar de um Hospital Regional de médio

porte, que atende vários municípios e possui grande rotatividade de pacientes, profissionais e acadêmicos de enfermagem, observou-se alguns pontos que dificultam a adesão da HM.

Diante da relevância da temática em questão e com a finalidade de contribuir com as ações de incentivo à adesão da HM pelos profissionais de uma forma geral e com as ações para prevenção e controle de IRAS no referido hospital, esse estudo teve como objetivos: conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem quanto à importância da HM para prevenção e controle de IRAS; identificar a frequência e a forma desta prática durante a assistência aos pacientes e elencar dificuldades encontradas pelos profissionais na prática de HM.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de natureza qualitativa, realizado em um Hospital Regional da Região Centro Sul do Ceará, no período de abril a maio de 2017. Participaram da pesquisa enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O método de seleção da amostra se deu por amostragem não probabilística intencional e a delimitação da amostra seguiu o critério de saturação dos dados que, segundo Minayo (2014, pag. 197) diz respeito ao “conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou coletividade em estudo”. Foram excluídos os profissionais de enfermagem que não estavam desempenhando função assistencial e que se encontravam de férias ou licença, ou ainda, que não se encontravam no estabelecimento durante as datas e horários da coleta.

A investigação se deu através de um roteiro de entrevista semiestruturada, mediante gravação, para garantir melhor aproveitamento das respostas, bem como facilitar a coleta para o pesquisador. Os dados coletados foram transcritos e tratados por meio da análise de conteúdo, na modalidade análise temática, a qual Minayo (2014) apresenta em três etapas: a Pré-análise, que corresponde à escolha de documentos que serão analisados mediante objetivos escolhidos para realização da pesquisa, devendo o investigador observar a relação entre as etapas realizadas; a Exploração do Material, a qual busca compreender o texto, nesta o investigador tenta encontrar palavras ou expressões, as quais organizam o conteúdo de uma fala, visando alcançar seu núcleo de compreensão; a terceira e última etapa diz respeito ao Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, podendo ser classificados como resultado bruto, que sugerem operações estatísticas simples (porcentagem) e complexas (análise fatorial), dispostas em relevo.

Na apresentação dos resultados os participantes são tratados por letras (E – enfermeiro, TE – técnico de enfermagem, A – auxiliar de enfermagem) e por números, de acordo com a ordem das entrevistas. O estudo obedeceu aos princípios éticos norteados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri sob parecer de número 1.973.765.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados onze profissionais de enfermagem, dos quais seis eram enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem, na faixa etária de 27 a 43 anos, sete do sexo feminino e quatro do sexo masculino, atuantes nos setores de urgência e emergência, clínica médica, clínica obstétrica e clínica cirúrgica, sendo que, a maioria possui entre 2 e 15 anos de serviço em instituições de saúde.

Na exploração do material emergiram três categorias temáticas. Na categoria I, que trata da importância da higienização das mãos, verificou-se que os participantes são conscientes da importância da higienização das mãos como medida preventiva de infecções, como mostram as falas a seguir:

“Ah, é de suma importância à questão da higienização das mãos pra nós profissionais da saúde. Porque impede da gente contrair certos tipos de doenças né, como também a segurança do paciente, não transmitir a proliferação de microrganismos para o paciente e vice-versa (E1).”

“Bem, é... a importância é que assim, é um meio, certo, um meio simples e prático, é... no que diz respeito a... o controle de infecção, principalmente assim, no controle de infecção cruzada, por exemplo, a gente tem o contato com o paciente e se a gente não fazer a higienização das mãos, a gente acaba tendo contato com outro e causando assim um infecção né, é... transmissão de microrganismos de um paciente para outro (E2).”

Menezes et al (2016) enfatizam que a higienização das mãos está entre as medidas mais importantes no controle de infecções por prevenir a transmissão de agentes infecciosos e desempenhar um papel eficaz na prevenção dentro do ambiente hospitalar, protegendo o paciente e ao mesmo tempo promovendo a segurança dos trabalhadores em saúde.

No estudo foi notório que os profissionais de enfermagem entendem que a HM é importante não só para evitar a transmissão de infecção para o paciente, mas também para sua própria segurança: *“É de grande importância porque já vai evitar infecções no paciente né, vai assegurar o paciente de não ter pegado nenhuma transmissão da gente, das mãos da gente, nenhuma bactéria, nem a gente passa pro paciente e a gente também não adquire do paciente, é muito importante isso (TE1)”*.

Partindo dessa premissa, Rezende et al (2012) dizem que a HM revela-se como peça elementar de proteção no processo de cuidado e na prevenção das infecções cruzadas, não devendo deixar de ser cumprida. Somando-se a mesma ideia, Lima et al (2014) reafirmam que, ao não aderir a essa prática, o profissional de saúde deixa de cumprir um princípio crucial de higienização e acaba por não realizar uma das medidas mais importantes no controle de infecções cruzadas que se conhece nos dias de hoje.

A linha de pensamento dos autores supracitados corrobora com o que foi apresentado neste estudo, o qual esclarece que essa prática deve estar incorporada a assistência.

Na categoria II ressalta-se a forma e a frequência com que a HM é realizada durante a jornada de trabalho e o uso de produtos adequados para essa prática, evidenciando a insegurança de alguns profissionais no que diz respeito à frequência da realização da HM e em quais momentos realizá-la.

“Às vezes eu não cons... a... quantas vezes eu num sei lhe dizer ao certo, mais sempre que... antes, depois de fazer medicações, antes e depois de fazer sinais vitais e antes e depois de ir ao quarto do paciente (TE 3)”.

Ficou claro que os profissionais compreendem em quais momentos devem realizar a higienização das mãos. Notoriamente, os relatos mostram que há uma preocupação com a HM ser realizada antes e depois do contato com os pacientes e antes da preparação de medicamentos, no entanto, o estudo evidenciou que os profissionais não realizam a HM conforme a técnica sugerida nas literaturas, o que corrobora com o estudo de Mota et al (2014), no qual afirmam que os profissionais de saúde costumam higienizar suas mãos de maneira corriqueira, assim como fazem no dia-a-dia em suas residências, não adotando portanto a técnica correta.

“Sempre que eu pego no paciente eu, eu lavo as mãos, ou uso logo o álcool em gel, então, muitas vezes (E 4).”

“Praticamente em todas as horas, porque na hora em que a gente vai fazer a medicação e depois temos que fazer a higienização, não fazemos realmente como tem que ser feito, mas pelo menos o básico a gente tem que fazer (TE 2).”

É válido lembrar que a realização da higienização das mãos de maneira inadequada não responde a uma prevenção eficaz. O que se percebe é que os profissionais ainda permanecem inertes quanto ao hábito correto, ora por questões da própria cultura, ora por relatarem falta de tempo para essa prática. Além disso, relata-se a falta de materiais apropriados para tal fim.

“É... é muito importante só que no dia a dia da gente não tem condição, além do tempo, os materiais não são adequados [...] também até assim, a gente num usa o material adequado como o papel né, toalha, o sabão apropriado.. aí fica assim, fica só o básico mesmo, num fica a higienização completa (TE 1).”

Araújo et al (2016) relatam que a utilização simples de água e sabão reduz a carga microbiana presente nas mãos e diminui a cadeia de transmissão de doenças, no entanto, a aplicação de antissépticos, especialmente à base alcoólica, pode reduzir ainda mais o risco de transmissão microbiana e até mesmo favorecer a intensificação da HM por ser de fácil utilização.

Durante o estudo, foi evidenciado que os profissionais utilizam o álcool a 70% por cento com uma frequência bastante superior à higienização simples com água e sabão, principalmente no setor de Urgência e Emergência, justificando ser devido a grande demanda neste setor, porém a eficácia na HM dependerá do tempo de duração no processo, da técnica utilizada, e dos recursos disponíveis para sua execução.

A categoria III apresenta as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem na prática de HM. As dificuldades mencionadas pelos participantes são muito diversificadas, as que foram mencionadas mais vezes foram: a falta de interesse dos próprios profissionais, a falta de material adequado para a prática; falta de tempo pela ocupação com muitas atividades, problemas na estrutura física da instituição e falta de interesse dos gestores em oferecer capacitação que fortaleça a prática de HM.

“Falta de... de... de insumos, vamos dizer assim, é... papéis-toalha, sabão adequado pra fazer higienização das mãos e com relação a... é... capacitação e orientação com relação aos profissionais quanto à importância de fazer essa higienização (E2).”

“Primeiramente o tempo, segundo, as condições de trabalho né, quanto aos materiais, que tem que ser os adequados né... aí se não for fica difícil de realizar (TE2).”

Corroborando com o evidenciado, Mota et al (2014) deixa claro que a baixa adesão a HM nem sempre está associada a falta de conhecimento teórico, mas sim, por falta de sua incorporação à prática diária por parte dos profissionais em função da desmotivação, pelo excesso de atividades, falta de materiais, ou deficiência da estrutura física da instituição.

“Primeiro a falta de condições estruturais, certo, e falta também de interesse do gestor, não se preocupa, visto que é do... dos que acomete mais nossas gestantes é a infecção hospitalar [...] (E 5).”

“Pra mim... falta os profissionais aderirem, porque a gente tem no ambiente de trabalho, só falta os profissionais tomarem como... não uma obrigação, mas sim, como hábito seguro (E 3).”

Garcia et al (2013) enfatiza em seu estudo que mesmo os profissionais participando de capacitações que abrangem a forma de higienização correta e sejam esclarecidos de sua necessidade, aprimorando seus conhecimentos, esta deve estar atrelada a disponibilidade de materiais adequados, o que garante um maior incentivo a essa ação.

## CONCLUSÃO

Considerando as dimensões deste estudo, ficou claro que os profissionais de enfermagem entrevistados reconhecem que a HM é um meio de proteção no cuidado oferecido ao paciente para prevenção das IRAS, no entanto a prática de HM entre esses profissionais apresenta falhas, principalmente relacionadas à resistência em realizar a técnica correta e relacionadas a frequência com que a HM é realizada que, somadas às dificuldades apresentadas pelos participantes pode vir a ocasionar um aumento de infecção hospitalar, comprometendo a segurança do paciente.

Conhecendo as dificuldades apresentadas pelos profissionais é possível identificar quais pontos precisam ser mais trabalhados, de forma a proporcionar melhores condições para o fortalecimento da prática de HM e propagar a cultura de segurança do paciente.

Mediante os dados apresentados, este estudo corrobora com outras pesquisas citadas, ao esclarecer que os profissionais de enfermagem são intermediadores da assistência, aos quais cabe o dever de promover a segurança do paciente, estabelecendo uma rotina segura de HM, criando com esta prática uma barreira de prevenção entre o paciente assistido e as IRAS. Para tanto, deverá haver harmonia entre as partes envolvidas, desde a instituição de saúde, os profissionais, os pacientes e familiares.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, D. D.; JÚNIOR, R. F. S.; ALVES, E. C. S.; GUSMÃO, R. O. M.; MOTA, E. C. A importância da higienização das mãos no controle de infecções em serviços de saúde. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, vol 10, n. Supl.6, p. 4880-4884, dez; 2016.
- BRETAS, T. C.S.; SILVA, P. S.; PRADO, P. E.; ANDRADE, F. M.; VERSIANI, C.C. O conhecimento do familiar/acompanhante pediátrico acerca d infecção hospitalar. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, vol. 6, n. 2, p. 78-84, mai/ago. 2013.
- BTHKE, J.; CUNICO, P. A.; MAZIERO. C.S.; CAUDURO, F. L. F.; SARQUIS, L. M. M.; CRUZ, E. D. A. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**; vol. 34, n. 2, p. 78-85, 2013.
- CORONA, A. R. P. D.; PENICHE. A. C. G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Rev. SOBECC**, São Paulo. Jul./set. vol. 20, n. 3, p. 179-185, 2015.
- GARCIA, S. D. GIL, R. B.; LAUS, A. M.; HADDAD, M. C. L.; VANUCHI, T. O.; TADIVO, M. A. Gerenciamento de recursos materiais na prática de higienização das mãos. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, vol.7, n.5, p.1342-8, maio, 2013.
- LIMA, C. J. P.; GONÇALVES, S. D.; SILVA, T. S.; LIMA, C. A.; LOPES, J. R.; BARBOSA, A. A. D.; SANTOS, S. P.; MENEZES, P. I. F. B. Promovendo a higienização das mãos: uma experiência no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. Vol.3, n. 2, p. 184-194, 2014.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MOTA, E. C.; BARBOSA, D. A.; SILVEIRA, B. R. M.; RABELO, T. A.; SILVA, P. L. N.; RIBEIRO, J. L.;
- OLIVEIRA, C. S. S.; GONÇALVES, R. P. F. Higienização das mãos: uma avaliação de adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. **Rev. Epidemiol Control Infect**, vol. 4, n. 1, p. 12-17, 2014.
- PAIM, R. S. P.; LORENZINI, E. Estratégias para prevenção da resistência bacteriana: contribuições para a segurança do paciente. **Revista Cuidarte**, vol. 5, n. 2, p. 754-64, 2014.
- PRADO, M. F.; OLIVEIRA, A. C. J.; MELO, W. A.; PRADO, D. B. P. Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva. **Cien Cuid Saude**, vol. 11, n. 3, p. 557-564, 2012.

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Regional do Cariri, Unidade Descentralizada de Iguatu, pelo apoio à pesquisa científica. À instituição coparticipante da pesquisa, pela contribuição.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## **VIOLÊNCIA CONTRA JOVENS CONTEXTUALIZADA NAS MÍDIAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

**Poliana Hilário Magalhães<sup>1</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>2</sup>, Ana Luiza e Vasconcelos Freitas<sup>3</sup>, Verônica Maria da Silva Mitres<sup>4</sup>, Aline Veras Moraes Brilhante<sup>5</sup>, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira<sup>6</sup>**

*1 Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Bolsista Pesquisadora pela Fiocruz; Rio de Janeiro-RJ;*

*2 Doutoranda em Saúde Coletiva, Bolsista FUNCAP. Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;*

*3 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil;*

*4 Graduada em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;*

*5 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.*

*E-mail: julybranco.upa@gmail.com*

*Palavras-chave: Adolescente. Saúde do Adolescente. Comunicação. Saúde Pública.*

### **INTRODUÇÃO**

Adolescência é um período da vida humana que ocorrem importantes processos de mudança e desenvolvimento físico, sexual, intelectual e psicológico. As características desta fase incluem aspectos psicológicos e emocionais marcados por conflitos afetivos, busca de identidade, questionamentos, desequilíbrios e instabilidades. Por tanto, devido a essas frágeis e inconstantes características, este período da vida é considerado de alta vulnerabilidade (ROEHRS; MAFTUM; ZAGONEL, 2010).

Do ponto de vista da saúde pública, quando se trata de priorizar a assistência à saúde de adolescentes como demanda social, deve-se abordar a magnitude, transcendência e vulnerabilidade (HEIDEMANN, 2006). Reconhecendo a vulnerabilidade do grupo jovem, de 15 a 24 anos de idade, às repercussões sobre o processo saúde-doença advindas das determinações socioeconômicas e políticas da Reforma do Estado, o Ministério da Saúde ampliou a especificidade no atendimento em saúde à faixa etária de 10 a 24 anos (BRASIL, 2010).

Durante a década de 90, o adolescente foi alvo de atenção nas políticas públicas do Brasil envolvendo parcerias entre instituições da sociedade civil e as várias instâncias do Poder Executivo. O Ministério da Saúde criou em 1989 o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), que desenvolveu atividades relacionadas com a promoção da saúde (SPOSITO; CARRANO, 2003).

No ano de 2005, foi criada a Secretaria da Juventude e, em 2006, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde o marco referencial elaborado pelo Ministério da Saúde, em parceria com vários segmentos sociais, para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Essa política está ancorada em diretrizes apresentadas no manual designado Marco Legal (BRASIL, 2005).

Em 2010 foram distribuídas as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, enraizadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Essas diretrizes estabelecem e norteiam uma abordagem sistêmica das necessidades do público adolescente e instrumentaliza gestores e profissionais de saúde no processo de construção de estratégias, visando à redução da vulnerabilidade.

Essa concepção de cuidado traz considerações sobre o modelo de atenção fundamentado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando-se o princípio da integralidade, que confronta incisivamente as racionalidades atuais e hegemônicas do sistema, tais como a fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa (MARQUES; QUEIROZ, 2009).

A comunicação integra a vida humana desde sempre. O ser humano é sociável, se organiza em grupos, tradicionalmente liga-se ao outro para viver. Este ser é dotado de um cérebro que aprende e que desenvolve conhecimento, modos de sobrevivência e de adaptação. Os processos retratados por estas afirmativas estão presentes em nossas vidas o tempo todo. De tanto ouvi-las, já nem pensamos mais como se processam; agimos mecanicamente, nem percebemos como as exercitamos. Um dos motores principais desta máquina social que produz relacionamentos é a comunicação.

Este equilíbrio só é possível quando esses profissionais se preocupam, não apenas em denunciar problemas, mas, principalmente, em debater alternativas e soluções viáveis. A qualidade das matérias depende também de outro fator, a capacidade dos setores sociais envolvidos com a promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente de mobilizar a sociedade e provocar o envolvimento dos veículos e profissionais da comunicação.

Ao abordar a violência diante das dimensões da sociedade, nos permite distinguir as extensões e considerar que, como fenômeno, a violência varia de uma cultura para outra. Contudo, a OMS alerta para a necessidade de

um consenso mundial sobre o que se considera como violência, que permita comparar os dados entre os países para construir uma base sólida de conhecimento (WHO, 2016).

No intuito de relacionar a construção deste tópico com a literatura disponível online, buscaram-se estudos sobre violência e mídia para contribuir com o conhecimento, subsidiar a discussão e ampliar desdobramentos propositivos. Desse modo, a busca por esta produção pautou-se no questionamento de como os estudiosos do tema estão refletindo, em seus escritos acadêmicos e de como apresentam os meios de comunicação com a temática violência.

Desta forma, a questão de pesquisa foi: Qual o eixo central que os estudos sobre mídia e comunicação trazem acerca da violência contra o adolescente? Este estudo teve como objetivo fazer uma revisão integrativa da literatura, buscando evidências científicas disponíveis sobre as políticas públicas e violação dos direitos humanos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa de abordagem crítica na literatura, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública relacionados com a pergunta norteadora.

A revisão integrativa é composta por seis etapas, nas quais se sintetizam estudos anteriores sobre o tema em estudo, com uma análise do conhecimento já produzido e apontamentos sobre questões que podem ser respondidas com novos estudos (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

As Publicações foram identificadas nas bases (BDTD - Ibict, Portal de Periódicos Capes, Ebsco), disponíveis online, em texto completo, com os descritores comunicação em saúde, mídia, meios de comunicação, violência, adolescentes e jovens, entre 2002 a 2015, apontaram uma seleção final no total de 25 produções com as palavras chaves agrupadas. O número razoável de publicações existentes sobre a conexão da temática justifica a escolha dessa revisão, pois desta forma é possível realizar uma síntese de maneira organizada e que siga um método científico, baseado no intuito de dirigir esta revisão de literatura.

A classificação dos artigos foi estabelecida a partir da leitura e identificação das informações relevantes e pertinentes aos critérios de inclusão do conteúdo adequando-os aos desígnios da pesquisa e posteriormente para demarcação dos dois temas centrais: Mídia e qualidade da informação sobre violência e A mídia condutora da prevenção de violências. A análise foi realizada a partir desses temas, contextualizando-os com a literatura pertinente.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise cuidadosa dos artigos publicadas sobre o universo da adolescência em interface com a comunicação permite observar que a quantidade e a qualidade dependem de como as mídias enfrentam o desafio diário de tratar, com equilíbrio, assuntos que impactam profundamente a sociedade, como as situações de violência, sem ferir os direitos das novas gerações.

É inegável a relevância que tem os meios de comunicação e a ampla cobertura que é dada ao assunto violência pela imprensa. São muitos os estudos em todo o mundo sobre o tema e os existentes trazem contribuições importantes, porém a análise desse conteúdo em massa normalmente limita-se a avaliar as próprias reportagens em tempo determinados, ou até mesmo casos isolados, sem uma abordagem macro a nível de saúde, de ciências sociais, de políticas e de segurança. Caracterizando, geralmente, crimes, vítimas e agressores.

O destaque para os blogs que caracterizam uma das diversas iniciativas que utilizam a internet como ferramenta de comunicação e se constituem meios de comunicação com grande potencial interativo que contribuem para um modelo de conversação multidirecional. Comumente se localizam entre o formal e o informal, o objetivo e o subjetivo e instituem novas práticas discursivas e um novo modo dos receptores se relacionarem com os meios de comunicação (RIZZOTTO, 2014).

Os aspectos positivos dos meios de comunicação social e o compromisso dos profissionais da área de comunicação com a qualidade da programação tem sido um esforço de âmbito mundial, também perpetrado no Brasil (NJAINÉ; MINAYO, 2004).

A política do empoderamento gera uma nova sociabilidade. Acredita-se que se designam os espaços urbanos para a convivência de membros de classes sociais diferentes (SOVIK, 2014). Contudo, tal observação, gera uma dicotomia de interesses políticos, em que os holofotes se voltam para o país em que acontece como um cenário pacificado de violências, mascarando, provisoriamente, uma ilusória união de classes sociais (SOVIK, 2014). Esse fenômeno ocorre durante os grandes eventos mundiais.

Mediante análise das publicações e buscando vestígios de políticas públicas para a violação dos direitos humanos da população jovem. Não obstante, é comum a mídia apresentar um déficit das ações e estratégias

propostas pelas políticas, no contexto da saúde do jovem. Para guiar esta apreciação elaborou-se a seguinte questão: as ações propostas pelas políticas públicas voltadas para a saúde do adolescente no âmbito nacional estão sendo adotadas?

Políticas públicas que coloquem em primeiro plano a melhoria de vida de crianças e adolescentes são essenciais para empreender transformações sociais. Essas ações, além de trazerem recursos, mobilizam a atenção do poder público e da sociedade em geral para as questões relacionadas à infância e adolescência. Para que sejam abrangentes, essas políticas devem considerar questões como raça, etnia, gênero e região.

O UNICEF atua para produzir e divulgar publicações, inclusive o relatório anual sobre a Situação da Infância e da Adolescência Brasileiras, lançado junto com o relatório Situação Mundial da Infância. Também informa e mobiliza os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, a sociedade civil, a mídia e o setor privado sobre o gasto público destinado às crianças e as tendências na situação das crianças, para que tomem ações destinadas a dar prioridade à realização de seus direitos. Ainda, capacita atores, inclusive no nível municipal, para monitorar e defender a alocação adequada de recursos para crianças e adolescentes no orçamento público (UNICEF, 2016).

O modelo de atenção à saúde do adolescente e do jovem, no Brasil, vigente é resultado de uma política pública integrada à Política Nacional de Saúde e articulada a outros setores governamentais e não governamentais, e reflete a perspectiva de intervenção do Estado na garantia e efetivação dos direitos sociais regulamentados pelo marco legal da Lei 8.080/90, que dispõe sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e da Lei 8.069/90, do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Contudo, as dimensões da violação dos direitos sociais e as situações de vulnerabilidade de adolescentes evidenciadas pela fragilização das ações de proteção pública do Estado brasileiro são expressas em vários estudos nacionais (RAPOSO, 2009; FONSECA *et al*, 2013).

A promoção à saúde de adolescentes e jovens, enfatiza a necessidade de estabelecer processos de intervenção como, políticas intersetoriais, para que sejam propostas ações e estratégias promotoras. A integralidade da atenção, como uma das diretrizes do SUS, norteia as ações e estratégias propostas pelas políticas públicas para a promoção da saúde de adolescentes e jovens.

As políticas revelam com seus objetivos e estratégias, para a promoção da saúde do adolescente. Observamos que a saúde do adolescente, bem como outros aspectos relativos a essa população, é consideravelmente contemplada pelas políticas em questão de forma integral e sob perspectiva promotora. As estratégias específicas para o alcance de seus objetivos foram desenvolvidas após a implantação das políticas, a exemplo do PSE 2007 (um ano após a PNAB 2006) e do Projovem Adolescente (três anos após a PNJ 2005).

Relativo aos artigos de publicação nacional que abordam a saúde do adolescente e promoção da saúde, nos mostra com base na análise dos mesmos que, as ações as quais as políticas preconizam para alcançar seus objetivos, não se efetivam na realidade. É possível observar isso quando se verifica que os resultados da maioria dos artigos indicam a necessidade de ações e estratégias voltadas para essa questão.

Fica evidente também, que há uma ausência da participação direta dos adolescentes na construção das políticas, quando se observa a falta de espaços de escuta para essa população (BARBIERI; NASCIMENTO, 2014).

Isso nos mostra que na prática essas políticas não se configuram, identifica-se desconexão entre o preconizado e o efetivado. Esta desconexão estabelece um hiato que se evidencia no esvaziamento de uma atenção à saúde centrada no sujeito e na indissociabilidade da atenção e gestão.

A literatura é recorrente sobre a incipiência da atuação de gestores, reiterando a necessidade de mudanças nos processos de gestão e trabalho das equipes de saúde para que se efetive a articulação intersetorial em busca de aproximar-se das demandas sociais que afloram na fase da adolescência e juventude (MORSCHER; BARROS, 2014).

Nessa perspectiva, afirmam-se que a juventude, vem atrelada a discursos que buscam construir sentidos capazes de propor uma maior positividade na imagem dos segmentos juvenis, mas estão dissociados das práticas destinadas aos "vulneráveis" (SPOSITO; CARRANO, 2003). A juventude, em seu discurso, traz contribuições importantes na reestruturação de políticas públicas para esse segmento populacional.

Quando intercalamos ações para assegurar a integralidade do cuidado do jovem, destacamos suas divisões em ações intersetoriais que são realizados junto com outros setores da administração municipal as intrasetoriais são ações realizadas com outros setores dentro do próprio setor saúde.

Os setores envolvidos nas ações intersetoriais para prevenção da violência contra crianças e adolescentes, citadas pelos gestores, reportaram-se a Secretaria de Educação, Secretaria de Ação Social, Segurança Pública, Demutran, Secretaria de Arte e Cultura, Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Secretaria de Infraestrutura, Conselho Tutelar, Delegacia da Criança e do Adolescente, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e Organizações não governamentais, onde os mesmos foram citados pelos gestores da saúde (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012).



E os setores que desenvolvem ações intrasetoriais: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), serviços da Atenção Primária à Saúde (PSF), e serviços de Atenção Especializada, Urgência e Emergência.

Ressaltamos que no decorrer da trajetória das políticas que versam sobre a promoção da saúde do jovem no Brasil, a literatura reitera as lacunas sobre a implantação e implementação, de maneira enérgica, no cenário nacional. Expressões construídas pelas intencionalidades, interesses e conflitos entre as classes sociais através dos vários segmentos, grupos e representações que as compõem o espaço da sociedade civil e das coletividades também estiveram presentes nos artigos analisado.

## CONCLUSÃO

A civilização da mídia é um admirável espaço em que a governabilidade é negociada e os projetos correspondem à procura, pelos grandes meios de comunicação, de narrativas que restabelecessem um vínculo social em meio à preocupação com a violência urbana.

Os periódicos selecionados expõem a repreensão sobre a abordagem a violência, deixando a ideia que esse veículo é um importante adjunto na prevenção dos agravos e repercussão que esse problema de saúde acomete a contemporaneidade, porém com agilidade da informação esse papel acaba se limitando em expor apenas o fato ocorrido para o leitor sem uma abordagem ampliada para questões sociais e políticas.

Assim, torna-se necessário uma revisão dos textos jornalísticos, já que vários estudos identificaram a mídia como uma ferramenta importante na prevenção e promoção na saúde dos jovens. Tornando-os os textos mais complexos e amenizando as fragilidades como a violação dos direitos dos adolescentes no âmbito nacional.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 25 maio 2016.
- BRASIL. **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990b**. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)> Acesso em: 25 maio 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal Saúde: um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão Soc.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 5, p. 121-36, Maio /Ago. 2011.
- FONSECA, F.F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 31, n.2, p. 258-264, Jun. 2013.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF BRASIL. **Ser prioridade absoluta nas políticas públicas**. 2016. Disponível em: <[https://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9415.htm](https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9415.htm)> Acesso em 12 de março de 2016.
- HEIDEMANN, M. **Adolescência e saúde: uma visão preventiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2006. 148p.
- LOBATO, G.R.; MORAES, C.L.; NASCIMENTO, M.C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1749-1758, Set. 2012.
- MARQUES, J.F.; QUEIROZ, M.V.O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n.3, p 65-72, 2012.
- MORSCHER, A.; BARROS, M.E.B. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 928-941, Set. 2014.
- NJAINÉ, K.; MINAYO, M.C.S. A violência na mídia como tema da área da saúde pública: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 201-211, 2004.
- RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, Jul. 2009.
- ROEHRS, H.; MAFTUM, M.A.; ZAGONEL, I.P.S. Adolescência na percepção de professores do ensino



fundamental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 421-428, 2010.

RIZZOTTO, C.C. Discursa, Lola, discursa: estratégias discursivas de um blog feminista. **Galáxia (São Paulo)**, São Paulo, v.14, n.28, p. 248-261, Dez. 2014.

SOVIK, L. Os projetos culturais e seu significado social. **Galáxia (São Paulo)**, São Paulo, v.14, n.27, p. 172- 182, Jun. 2014.

SPOSITO, M.P.; CARRANO, P. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Rev Bras Educ**; Rio de Janeiro, n. 24, p. 16-39, Dec. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. WHO **Statistical Information System (WHOSIS)**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/en/>> Acesso em 12 de março de 2016.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE AVALIAÇÃO INICIAL E RESPONSABILIDADE DURANTE A PARADA CARDIORESPIRATÓRIA

**Bruna Michelle Belém Leite Brasil<sup>1</sup>, Débora Moreira de Araújo Varela<sup>2</sup>, Carla Daniele Mota Rêgo Viana<sup>3</sup>, Rohden Leite Varela Filho<sup>4</sup>, Joelson Angelo Victor<sup>5</sup>, Francisco Antônio da Cruz Mendonça<sup>6</sup>**

1. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde do Idoso (GEPSI). Fortaleza-Ceará- Brasil.

2. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Grupo Reanimar Estácio. Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Projeto de Enfermagem na Atenção Integral à Saúde do Adulto (PROENAIISA). Fortaleza-Ceará-Brasil.

4. Mestrando em Gestão em Saúde (UECE). Médico Assistencial do Hospital de Messejana. Colaborador do Projeto de Reanimação Cardiorrespiratória (PERC). Fortaleza-Ceará-Brasil.

5. Enfermeiro integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Clínica e Cirúrgica (GEPECC) UFC. Fortaleza-Ceará-Brasil.

6. Doutorado em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Núcleo de Política e Prática de Saúde Coletiva. Fortaleza-Ceará- Brasil.

E-mail: brunaufc@hotmail.com

Palavras-chave: Conhecimento. Parada Cardiorespiratória. Enfermagem

### INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória é um evento súbito e inesperado, de privação absoluta de oxigenação aos tecidos corporais, que ocorre devido à cessação da atividade de bombeamento cardíaco e da função pulmonar. Podendo ainda ser definida como o estado em que o paciente se encontra com ausência de débito cardíaco e respiração, porém, ainda mantendo uma atividade elétrica cerebral (BOAVENTURA, 2010).

A parada cardíaca súbita lidera a causa de morte na Europa afetando entre 350.000-700.000 indivíduos por ano, nos Estados Unidos estima-se que 300.000 pessoas morram anualmente em decorrência dessa situação (LOURENCINI, 2011).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 2010 à 2013 as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por mais de 28% dos óbitos no país. Na região Nordeste as doenças do aparelho circulatório também corresponderam à 28% dos óbitos na região (BRASIL, 2013).

No estado do Ceará as doenças do aparelho circulatório correspondem à 27% dos óbitos no Estado. Já em Fortaleza mais de 23% dos óbitos registrados são em decorrência de doenças do aparelho circulatório. Onde as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares são responsáveis pela maioria dos casos (BRASIL, 2013).

A maior parte das PCR em ambiente extra-hospitalar é decorrente de ritmos como fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), resultado em grande parte de quadros isquêmicos ou de problemas de condução elétrica do coração, onde a desfibrilação é o único tratamento efetivo. Enquanto que, em ambiente hospitalar, a atividade elétrica sem pulso (AESP) e a assistolia respondem pela maioria dos casos, sendo reflexo do declínio do estado de saúde do paciente (GONZALES et al., 2013).

Frente a um episódio de PCR, o diagnóstico da mesma deve ser instituído rapidamente, sendo constituído da avaliação de alguns parâmetros, como responsividade, respiração e pulso. Na ausência de resposta da vítima, ausência de respiração (apneia) ou presença de respiração agônica (gasping) e ausência de pulso, deve se acionar o Serviço Médico de Emergência e iniciar imediatamente as manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) (AHA, 2015).

Como forma de conhecer as diferentes vias de cuidados, a Atualização das Diretrizes da American Heart Association de 2015 traz uma nova concepção sobre os sistemas de atendimentos para cada situação, diferenciando as condutas frente à PCR ocorrida dentro do ambiente hospitalar, daquelas que ocorrem fora do hospital. Com isso, houve a separação da Corrente de sobrevivência para o adulto em duas, sendo uma para o atendimento intrahospitalar e outra para o atendimento extra-hospitalar (AHA, 2015).

A Parada Cardiorrespiratória é a situação mais crítica de risco de vida, o atendimento na maioria das vezes é tumultuado, moroso e estressante. A enfermagem é responsável não só pela manutenção e organização da sala de emergência, mas também pela maioria das atividades durante a reanimação (SILVA, PADILHA, 2001).

Diante disso, este trabalho se justifica por reconhecer a relevância do atendimento rápido e de qualidade em RCP e pelo desejo de debater a formação de futuros enfermeiros, no que tange o atendimento de excelência à

vítima de PCR. A relevância desse trabalho além de se somar á literatura já existente, consiste em envolver tema do ensino e formação do enfermeiro para atuar durante uma PCR/RCP.

O objetivo desse estudo é de avaliar o conhecimento teórico de acadêmicos do curso de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior Privada, a respeito da avaliação inicial e responsividade durante a parada cardiorrespiratória

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo de abordagem quantitativa , no qual os dados foram coletados em uma Faculdade de Ensino Superior Privada, localizada na cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará. A Instituição de ensino é associada à Universidade de São Paulo.

A Faculdade foi fundada no ano 2000, e possui atualmente 11 cursos de graduação tradicional e 9 cursos de graduação tecnológica, além de 1 curso técnico. Dentre os cursos de graduação tradicional, encontra-se o de Bacharelado em Enfermagem, que foi o primeiro curso de enfermagem autorizado pelo Ministério da Educação (MEC) para funcionamento noturno em Fortaleza, por meio da Portaria nº 126 de 18/02/2008. O corpo docente do curso é formado por especialistas, mestres e doutores na área de enfermagem e da saúde.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: Idade igual ou superior á 18 anos, está regularmente matriculado a partir do quinto semestre do curso de enfermagem, ter cursado o módulo referente aos conteúdos Suporte Básico de Vida na instituição. Os critérios de exclusão para o estudo foram: alunos que não estavam presentes no dia da coleta de dados e que cursaram os módulos de Suporte Básico de Vida em outras instituições de ensino.

Estavam matriculados 155 alunos no curso de graduação em enfermagem da instituição, a partir do quinto semestre da graduação 110 alunos compondo a população da pesquisa. Para definição do tamanho da amostra foi utilizado o método de amostragem aleatória simples chegando a uma amostra de 86 participantes. Foi utilizado um erro relativo de 5%.

A amostra final foi composta por 67 alunos regularmente matriculados do quinto ao último semestre da graduação em enfermagem da instituição. Sendo 33 alunos do quinto e sexto semestre, sendo que esses dois semestres funcionam juntos atualmente na instituição, 7 alunos do sétimo semestre e 27 alunos do oitavo semestre, que é o último semestre da graduação. Destaca-se aqui que no período da coleta havia ocorrido trancamento de matrícula de 2 alunos do quinto e sexto semestre e 1 aluno do sétimo semestre, ocorreu também, a recusa de 16 alunos em participar da pesquisa e ainda, o elevado absenteísmo dos alunos nas aulas, nos dois dias de coleta de dados. Fatores esses, que impossibilitaram o alcance da amostra prevista anteriormente de 86 alunos, ou até mesmo, o aumento da amostra pré-determinada.

Para a coleta de dados sobre o conhecimento teórico foi utilizado um instrumento elaborado de acordo com as diretrizes internacionais de emergência cardiovascular e ressuscitação cardiopulmonar preconizadas pela American Heart Association (AHA), seguindo as guidelines preconizadas pela Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR) divulgadas em 2015.

O instrumento de coleta de dados da presente pesquisa foi adaptado a partir dos instrumentos de BOAVENTURA (2010) e FÉLIX (2012). Foi aplicado também um questionário para avaliação do perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

Os dados foram analisados tendo como suporte teórico a literatura existente acerca das temáticas em estudo. Foram obedecidos todos os princípios éticos e legais regidos pela pesquisa em seres humanos, preconizados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 466/2012, sob parecer nº 1.823.885 e CAEE nº 60951816.4.0000.5512.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra foi composta por 67 alunos regularmente matriculados do quinto ao último semestre da graduação em enfermagem da instituição, do total da amostra, 51 (76,1%) alunos eram do sexo feminino, e 16 (23,9%) alunos eram do sexo masculino. Quanto à idade, os alunos apresentam uma média de 27,5 anos, com um mínimo de 19 anos e um máximo de 48 anos. A faixa etária predominante é a de 20 a 24 anos correspondendo a 23 (34,3%) dos alunos, seguida pela faixa etária de 30 a 34 representada por 21 (31,3%) dos alunos.

Já retratando a ocupação, 56 (83,6%) alunos trabalham e estudam, e 11 (16,4%) alunos somente estudam.

No instrumento de BOAVENTURA (2010) e FÉLIX (2012) as questões 1, 4, 6, 7, relativas a avaliação inicial e responsividade durante a parada cardiorrespiratória apresentaram o maior índice de acertos, sendo que em outras questões os acertos foram maiores que 70%. A questão 1 traz a definição de Parada Cardiorrespiratória 57 (85,1%). A questão 4 retrata como deve ser realizada a avaliação de responsividade do paciente desacordado 50 (74,6%). Já a questão 6 expõe a posição que deve ser colocada a vítima para realização das manobras de

reanimação cardiopulmonar 63 (94,0%). E a questão 7 vem retratar a relação entre compressões e ventilação no paciente adulto 47 (70,1%).

Já as questões 2, 3, 5, 8, 9, 10 e 40 apresentaram o menor índice de acertos. A questão 2 retrata qual a atitude deve-se tomar ao encontrar uma vítima inconsciente 34 (50,7%). A questão 3 vem questionar os elos da cadeia de sobrevivência extra-hospitalar 2015, 39 (58,2%). A questão 5 retrata a sequência do atendimento a vítima, quando há disponibilidade de um DEA no local 40 (59,7%). A questão 8 expõe sobre o que deve ser feito ao presenciar um colapso súbito de um indivíduo 10 (14,9%). A questão 9 retoma a questão dos elementos fundamentais para uma RCP de alta qualidade 30 (44,8%). Já a questão 10 vem avaliar o tempo gasto para checar o pulso carotídeo 22 (32,8%) e a questão 40 vem questionar a sequência de procedimentos para o Suporte básico de vida 41 (61,2%).

Chama-se atenção para a questão 6 que vem questionar sobre a posição da vítima para realização da RCP, que embora tenha apresentado o maior percentual de acertos 63 (94%) do questionário, esperava-se que houvesse 100% de acertos uma vez que foi uma questão considerada fácil pelo corpo de professores que realizaram o pré-teste, e que o conteúdo requer do aluno apenas conceitos básicos sobre posicionamento do paciente, tema esse, abordado não só nas aulas de SBV, mas também em outras disciplinas da graduação. Além de ser um fator importante durante as compressões cardíaca, já que o mau posicionamento da vítima, como por exemplo, em uma superfície acolchoada ou inclinada influenciará diretamente na qualidade das compressões.

Nos aspectos sobre a avaliação inicial da vítima e responsividade, três questões apresentaram os menores índices de acertos, sendo todas abaixo de 50%. Essas questões foram: questão 8- como agir na presença de um colapso súbito 10 (14,8%) acertos; 9- fundamentos de uma RCP de boa qualidade 30 (44,8%) acertos e questão 10- tempo gasto para checar o pulso carotídeo 22 (32,8%) acertos.

Verifica-se que estas questões que apresentaram desempenho inferior a 50% envolveram as ações para o reconhecimento de uma parada cardiopulmonar e acionamento do Serviço Médico de Emergência, condutas para uma RCP de qualidade e avaliação rápida do pulso.

A sobrevivência das vítimas de parada cardiopulmonar é reflexo da utilização dessas evidências na área de reanimação, da educação e atualização dos profissionais da saúde e leigos, além do fornecimento de condições para o desenvolvimento de habilidades na área.

É notável, que as pesquisas que engloba a aquisição e manutenção em RCP, vem ganhando espaço, evidenciando que a performance antes, durante e depois dos treinamentos são inadequados. (LOURENCINI, 2011).

Diante disso, é possível inferir que seja necessário melhorar o ensino dessa temática a profissionais de saúde, população e estudantes da área da saúde, na obtenção e otimização das competências tanto cognitivas, quanto práticas para desempenhar um atendimento rápido e de qualidade quando necessário.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados do presente estudo podemos concluir que o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem da instituição é baixo e limitado. E o fato de quase metade da amostra da pesquisa estar a menos de 3 meses da formação universitária, os resultados mostram um cenário preocupante.

A Parada Cardiopulmonar acontece de forma inesperada, rápida e em qualquer local, mesmo assim seu atendimento não permite erros, improvisos ou descuido, pelo risco de estarmos acabando com as últimas chances da sobrevivência da vítima. Por isso, não é imaginável que os estudantes e profissionais de saúde, em especial o enfermeiro não busque se qualificar nesse tem, uma vez que ele é o profissional que mais tempo passa com os pacientes e que prestará na maioria das vezes o atendimento inicial ao paciente em PCR.

Percebe também, que houve diferenças nas distribuições de acertos nos três semestres, sendo que os alunos do oitavo semestre, embora, a maioria não esteja com o conhecimento teórico adequado, apresentaram quantidade de acertos maior que o quinto e sexto semestre. Talvez pelo fato de já estarem no último semestre e consequentemente terem um aporte maior de conhecimentos e vivências o que contribui para o maior número de acertos.

Como limitações desse estudo podemos citar, o não alcance da amostra pré-definida, decorrente da recusa e absentismo dos alunos, o tamanho do questionário que por ser composto por 40 questões, pode ter sido considerado extenso pelos participantes, levando-os a não responderem com o devido empenho.

Sugere-se ainda o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema do ensino da reanimação cardiopulmonar nas escolas enfermagem, tanto referente ao suporte básico de vida, quanto do suporte avançado de vida, em virtude do grande problema que a morte cardíaca súbita representa, e também como forma de propor melhorias no ensino dessas disciplinas na graduação do enfermeiro, já que elas promovem um impacto enorme na assistência à vítima.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques da American Heart Association 2015 Atualização das Diretrizes em RCP e ACE [versão em Português]**. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>. Acesso em 14 de out. de 2015;
- BOAVENTURA, Ana Paula. **Avaliação do processo de ensino aprendizagem das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) utilizando o desfibrilador externo automático (DEA): alunos de graduação da área da saúde**. 2010. 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-31052011-110626/pt-br.php>. Acesso em 17 de out. de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus. Indicadores de mortalidade. Mortalidade proporcional por Capítulo do CID-10**. Brasília, 2010-2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 14 out. 2015.
- FÉLIX, Carla Cristiane Paz. **Avaliação do processo ensino aprendizagem do atendimento pré-hospitalar as vítimas com parada cardiopulmonar (PCR)**. 2012. 148p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-07062013-124901/pt-br.php> Acesso em 22 de out. de 2015;
- GONZALEZ, Maria M. et al. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Arq. bras. cardiol., São Paulo, v. 101, n. 2, supl. 3, p. 3-221, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n2s3/v101n2s3.pdf>. Acessado em 10 de out. de 2015.
- LOURENCINE, Renata Roque. **O ensino da ressuscitação cardiopulmonar em adultos na graduação em enfermagem: uma revisão integrativa da literatura**. 149 p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-31102011-093541/pt-br.php>. Acesso em 17 de out. de 2015.
- SILVA, Sandra Cristine da; PADILHA, Kátia Grillo. **Parada cardiopulmonar na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 361-365, Dec. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&=S0080-62342001000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&=S0080-62342001000400008&lng=en&nrm=iso). Acessado em 25 de Oct. 2015.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES E A SAÚDE MENTAL-REVISÃO INTEGRATIVA

**Fernanda Pimentel de Oliveira<sup>1\*</sup>, Maria Juliana Firmino Siqueira<sup>2</sup>, Francisca Lucélia Ribeiro de Farias<sup>3</sup>.**

1. Fisioterapeuta e Enfermeira. Especialista em Saúde do Idoso e Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica. Fortaleza-Ceará-Brasil

2. Enfermeira. Especialista em Acupuntura. Fortaleza-Ceará-Brasil.

Enfermeira. Especialista em Acupuntura. Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Doutora Professora Titular do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: fernandapimentelo@yahoo.com.br

Palavras-chave: Práticas integrativas complementares. Doença mental. Promoção da saúde.

### INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) vêm crescendo com ampla expectativa de fortalecimento e consolidação, uma vez que agregam inúmeros benefícios aliados a custos relativamente baixo, somados a promoção da saúde e da qualidade de vida, integração social, busca da autonomia, de modo a responsabilizar o indivíduo, por seu tratamento, tornando-o sujeito ativo em seu processo saúde-doença. Além disso, contribuem na redução de afastamento do trabalho por doenças oportunistas; minimiza o uso excessivo de medicamentos alopáticos; e nas práticas corporais se tem um empoderamento do sujeito que pode continuar praticando individualmente, com autonomia, podendo se tornar mais um multiplicador destas práticas (MONTEIRO, 2012).

Segundo Ischkanian & Pelicioni (2012), a Organização Mundial de Saúde (OMS) denominou o conjunto de práticas e saberes, de medicinas Complementares e Alternativas-Medicinas Tradicionais (MAC-MT) a que denominamos de Práticas Integrativas Complementares (PICs).

As PICs criam e recriam espaços de compartilhamento de troca de experiência e saberes. Para Moretti et al (2009), a adesão e a participação ativa da população no processo terapêutico e a possibilidade de se proporcionar uma educação permanente faz com que as práticas integrativas e complementares desperte a cidadania, gerem elementos que diferenciam o processo de promoção da saúde e motivem as pessoas a ampliar a percepção sobre si mesmas e sobre o universo que as cerca, modificando sua postura perante a vida.

De acordo com Buchele et al (2009), a promoção da saúde é entendida enquanto processo, no qual indivíduos, comunidades e redes sociais compartilham seus conhecimentos com objetivos de juntos encontrar melhores condições de saúde numa contínua procura de direitos e de cidadania. Ela pretende trabalhar com o desenvolvimento, com a participação e com a interação do ser humano no seu meio social, econômico, cultural, interpessoal com as diversas instâncias nos diferentes níveis, como uma possibilidade concreta de ruptura de paradigma no campo da saúde, considerando a realidade objetiva da sociedade globalizada.

Conforme Ischkanian e Pelicioni (2012), as PICs visam estimular o uso de métodos naturais de prevenção e recuperação, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico, integração do ser humano com a natureza, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado colaborando com coadjuvante de tratamentos alopáticos.

A promoção de saúde tem contribuído para a construção de ações e serviços que possibilitam a melhoria do nível de saúde individual e coletiva da população; é uma estratégia de produção social de saúde, devendo articular e promover políticas públicas que influenciam a qualidade de vida.

De acordo com Moretti et al (2009), o impacto de uma intervenção de promoção à saúde em uma perspectiva ampla relacionada às práticas corporais, certamente poderá refletir nos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS), em relação às enfermidades e mortes evitáveis, na melhoria da qualidade de vida da população e na compreensão de que manter a saúde é uma tarefa que exige um esforço em conjunto, a mobilização do indivíduo, da comunidade, do governo, de idéias e ideais.

Segundo Ischkanian & Pelicioni (2012), as práticas integrativas e complementares contribuem para uma nova cultura de saúde, visando promoção; tende a favorecer um diálogo mais abrangente e integral, diferente do modelo atual biologicista, voltado para as especialidades e para a fragmentação do conhecimento.

Conforme Buchele et al (2009), a promoção da saúde é associada a um conjunto de valores, tais como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias do Estado buscando políticas públicas saudáveis, da comunidade nas ações comunitárias; do indivíduo na busca de suas habilidades; do sistema de saúde reorientando-o, bem como de parcerias intersetoriais, com responsabilidade múltipla.

A incorporação de práticas integrativas e complementares nos sistemas de saúde vem sendo promovida pela Organização Mundial de Saúde(OMS) em vários países têm desenvolvido políticas públicas para integrar essas práticas na atenção primária em saúde (APS). Conforme Schweitzeretal(2012), a OMS denomina campo das práticas Integrativas complementares como Medicina Tradicional e Complementar(MT-MCA). Desde a década de 70 essa organização incentiva os Estados- Membros a formularem e implementarem políticas públicas para realização racional e integrada de MT-MTCA nas APS em busca de um cuidado holístico, sistêmico e interdisciplinar.

Pode-se considerar segundo Lima etal( 2014), a relação das PICs com a Política Nacional de Promoção da Saúde, tendo em vista que a promoção da saúde pode ser compreendida como um campo de propostas, idéias e práticas crescente na saúde pública, que parte de uma concepção ampla do processo saúde- doença e de seus determinantes, e propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. A inserção das práticas integrativas e complementares no SUS configura uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população. Nesse entendimento, ressalta-se à importância da Atenção Primária para fortalecer práticas de promoção da saúde, em especial, as PICs.

Este trabalho de revisão integrativa da literatura objetivou conhecer as contribuições que as práticas integrativas e complementares ofertados pelo SUS favorecem na promoção da saúde de pacientes portadores de doença mental .

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca das pesquisas sobre as práticas integrativas e complementares ofertados pelo Sistema Único de Saúde(SUS) e as contribuições das mesmas ao pacientes com doença mental. Segundo Mendes et al(2008), a revisão integrativa permite a síntese do estado de conhecimento de um determinado assunto, possibilitando conclusões gerais. Os artigos para o estudo foram selecionados em bancos de dados científicos na literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde(LILACS), Scientific Electronic Library online (SCIELO), Revista Brasileira de Enfermagem(REBEn), artigos que abordem a temática proposta na revisão integrativa, com ênfase nas palavras – chave: práticas integrativas e complementares, saúde mental e promoção da saúde nos períodos de 2000-2017 .O refinamento resultou em 20 artigos que serviram como fonte de consulta.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A presente revisão integrativa da literatura objetivou conhecer a contribuição das práticas integrativas e complementares no SUS, para a promoção da saúde em pacientes com doença mental. Dos 20 artigos selecionados 18 foi bases de dados da SCIELO, 1 da LILACS e 1 da REBEn. A apresentação dos resultados e discussão foi realizada de forma descritiva através das seguintes categorias de tema: Práticas Integrativas e Complementares e Sistema único de Saúde ; Práticas Integrativas e Complementares e Promoção da Saúde e Práticas Integrativas e Complementares e Doença Mental.

Conforme Santos & Tesser( 2012), no Brasil as discussões sobre práticas integrativas e complementares de saúde iniciou-se na década de 1980, coincidindo com a criação do Sistema Único de Saúde(SUS), com destaque para 8 Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que deliberou à introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito de seus serviços. Contudo com o marco ocorrido com a criação da Política Nacional de práticas Integrativas e Complementares( PNPIC) a qual enfatizava a inserção das práticas integrativas e complementares (PICs) na atenção primária à saúde(APS), muito contribuiu para o incremento da resolubilidade do sistema, pautado em cuidado continuado, humanizado e integrado, visando também normatizar a utilização destas práticas no SUS.

Para a promoção da Saúde as PICs muito vêm contribuído, de acordo com Tesser( 2009), já que práticas, valores e técnicas de promoção de saúde que se realizam também coletivamente em pequenos grupos e valorizam e fomentam a solidariedade, a troca entre os praticantes , o empowerment comunitário. As massagens e automassagens, as técnicas aplicadas nos pacientes, mostram repercussões positivas na sociabilidade, na construção de redes de apoio social, na discussão da participação social e política. Não é por acaso que profissionais do SUS envolvidos com atividades coletivas de tipos variados, inclusive usam as técnicas complementares, não raro testemunham que os grupos costumam fomentar indivíduos mais atuantes auxiliando em seus processos saúde- doença.

## **CONCLUSÃO**

As Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde(PICs) muito têm contribuído no processo saúde-doença, visto que as mesmas desenvolvem habilidades no auto-cuidado, como também

proporcionam ambiente acolhedor para aqueles que as utilizam em suas terapêuticas. Essas técnicas melhoram a auto-estima, valorizam as diversidades, estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, promovendo ações de saúde alternativas e inovadoras e socialmente contributivas. Para Ischkanian&Pelicioni(2012), as PICs têm se mostrado eficazes, além de promoverem a redução dos custos em saúde, contribuindo para evitar que a doença se instale e que suas consequências sejam muito graves.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE J.T.; COSTA L.F.A. Medicina Complementar no SUS: Práticas Integrativas Sob a Luz da Antropologia Médica. Saúde Soc. São Paulo. V.19, n.3,p.497-508, 2010.
- BALLARIN,M.L.G;CARVALHO F.B.;FERIGATO S.H.;MIRANDA I.M.S.;MAGALDI C.C. Centro de Atenção Psicossocial: Convergência entre Saúde Mental e Coletiva.Psicologia em Estado, Maringá.v.16.n.4p.603-11,2011.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa:Edições 70,1977.
- BARROS N.F.; SIEGEL P.;SIMONI C.Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Passos para o pluralismo na saúde. Cad Saúde Pública v. 23,n.12, Rio de Janeiro, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-PNPIC-SUS. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL.Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos:Brasília:Diário Oficial da União,2013.
- BUCHELE,F.;COELHO E.B.S.;LINDER ,S.R. A Promoção da Saúde Enquanto Estratégia de Prevenção ao Uso das Drogas . Ciências Saúde Coletiva,v.14,n.1,p.267-73,2009.
- GABAZIM M.L.;BALLARIN S.;MIRANDA I.M.S.;RAMOS A.C.;FUENTES C. Centro de Atenção Psicossocial: Panorama das Publicações de 1997 a 2008. Psicologia, Ciência e Profissão.v.30,n.4,p.726-37,2010. GOULART B.N.G; CHIARI B. M. Humaização das Práticas do Profissional de Saúde- Contribuição para Reflexão. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15,n.1,p.255-88, 2010.
- GUEDES,A.C; KANTORSKI L.P.;PEREIRA P.M.; CLASEN b.N.; LANGE C.;MUNIZ R.M. A Mudança nas Práticas em Saúde Mental e a Desinstitucionalização: Uma Revisão Integrativa.RevEletr.Enf.[ internet]. V.12,n.3,p.547-53,2010.
- ISCHKANIAN P.C; PELICIONE M.C.F. Desafios das Práticas Integrativas e Complementares no SUS Visando a Promoção da Saúde. Rev.Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano,v.22,n.1,p.233- 38,2012.
- LIMA K.M.S.V; SILVA K.L; TESSER C.D. Políticas Integrativas e Complementares e Relação com Promoção de Saúde: Experiência de um serviço municipal de Saúde . Interface: Comunicação Saúde Educação(Botacatu)[ online]. v,49,n.18,p.261-72, 2014.
- MAGALHÃES M.G.M; ALVIM N.A.T. Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado de Enfermagem. Esc Anna Nery v.17,n.4, p.646-53, 2013.
- MENDES K.D.S.;SILVEIRA R.C.C.P.;GLAVÃO C.M. Revisão Integrativa. Método de Pesquisa para a Incorporação das Evidências na Saúde e na Enfermagem,v.17,n.4,p.758-64,2008.
- MINAYO,M.C.S.P.(org). A pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ed. Petrópolis:Vozes, 2010.
- MINAYO,M.C.S.P.O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Revista Brasileira Saúde da Família. Ano IV Ed Especial, Maio, 2008.
- MONTEIRO, M.M.S. Práticas Integrativas e Complementares no Brasil- Revisão Sistemática .Monografia( Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- MORETTI A.C.;ALMEIDA V.;WESTPHAL M.F.;BOGUS C.M. Práticas Corporais - Atividade Física e Políticas públicas de Promoção da Saúde.SaúdeSoc.São Paulo,v.18,n.4,p.346-54,2009.
- PAPA M.A.B.;DALLEGRAVE D.;PEREIRA A.G.Praticas Integrativas e Complementares em Centros de Atenção Psicossocial Como Ampliação do Cuidado em Saúde. Saúde em Redes,v.2,n.4,p.409-17,2016.



- PICHETH S.F; CASSANDRE M.P.;THIOLLENT M.J.M.Analisando à Pesquisa –Ação à luz das Princípios Intervencionistas: Um Olhar Comparativo. Educação, v.39,n.esp(sup), 2016.
- ROSA,M.S.G.; TAVARES C.M.M.A Temática do Álcool e Outras Drogas na Produção Científica de Enfermagem. Esc Anna Nery. RevEnferm,v.12,n.3,p.549-54,2008.
- SANTOS M.C.;TESSER C.D. Um Método para Implantação e Promoção de Acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. Ciências & Saúde Coletiva, v17, n.11, p.313-24, 2012.
- SANTOS, F.A.S. Análise do Portal de Práticas Integrativas e Complementares no Recife. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- SCHVEITZER M.C.;ESPER M.V;SILVA M.J.P. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: Em busca da humanização do cuidado. O Mundo em Saúde. São Paulo, v.38,n.3,2012.
- SILVA, J.B. As Práticas de Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos por Trabalhadores de Saúde na Atenção Básica, 2012. Dissertação( Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- TESSER C.D.Práticas Complementares, Racionalidades Médicase Promoção da Saúde: Contribuição Pouco Exploradas.Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro,V.25,n.8,p.1732-48,2009.
- TESSER,C.D.; BARROS N.F. Medicalização Social e Medicina Alternativa e Complementar: Pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública, v.42,n.5, p.914-20, São Paulo, 2008.
- THIOLLENT,M. Metodologia da Pesquisa –Ação 18ed. São Paulo:Cortez, 2011.
- TRIVIÑOS,A.N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação.São Paulo: Atlas,1987.
- VERGARA, S.R. Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração. 7 ed. São Paulo:Atlas, 2006.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PRÁTICAS HUMANIZADAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL- REVISÃO INTEGRATIVA

**Fernanda Pimentel de Oliveira<sup>1</sup>, Maria Juliana Firmino Siqueira<sup>2</sup>, Francisca Lucélia Ribeiro de Farias<sup>3</sup>.**

1. Fisioterapeuta e Enfermeira. Especialista em Saúde do Idoso e Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica. Fortaleza-Ceará-Brasil

2. Enfermeira. Especialista em Acupuntura. Fortaleza-Ceará-Brasil [juliana.f.siqueira@live.com](mailto:juliana.f.siqueira@live.com)

3. Doutora Professora Titular do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)  
Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: [fernandapimentelo@yahoo.com.br](mailto:fernandapimentelo@yahoo.com.br)

Palavras-chave: Práticas Humanizadas. UTINeo.Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A expressão humanização para Morais et al(2009) vem sendo comumente empregada no sentido de associação dos recursos tecnológicos ao reconhecimento da individualidade do paciente, compreendido como ser integral e, ao mesmo tempo singular, em suas necessidades.

De acordo com Araújo & Rodrigues (2010), o nascimento de um bebê antes do termo caracteriza uma experiência desgastante e desafiadora, ocasionando profundas mudanças na dinâmica familiar: diante do risco de morte de seus bebês, os pais desencadeiam uma série de sentimentos de culpa, ansiedade, preocupação e confusão. Soma-se a isto, o fato da mãe não desenvolver em alguns casos o contato íntimo prolongado diário com seus filhos como também não poderem oferecer continuamente a amamentação. Após o nascimento, por uma necessidade de suporte imediato, o recém-nascido prematuro é encaminhado para UTI neonatal, ambiente no qual há um acervo tecnológico, permeado por situações estressantes, no qual o bebê é submetido a procedimentos invasivos que priorizam a sua sobrevivência fora do corpo materno. As trocas de calor humano e afetividade entre os prematuros e os membros da família principalmente mãe e pai são primordiais para o fortalecimento dos laços de amor como também na capacitação das habilidades para o cuidado ao seu bebê após alta, rompendo barreiras, vencendo o medo, a insegurança, substituindo-os pelo prazer de cuidar.

Conforme Silva (2006) a unidade de terapia intensiva neonatal(UTI NEO) parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumáticos do hospital, pois convive com angústias intensas, pelo fato dos profissionais terem que realizar um grande número de procedimentos complexos, manipular equipamentos, realizar atividades em ritmo intenso além de conviver com a responsabilidade de vidas tão preciosas e indefesas que necessitam de cuidados minuciosos e específicos para a sua sobrevivência. A UTI NEO é denominada por muitos por ser um local em que os estresses acometem tanto aos bebês internados, como aos cuidadores e prestadores da assistência contínua, exigindo de todos que fazem parte da trajetória diária o controle emocional, a sutileza, a destreza nas tarefas, além do preparo contínuo para lidar com as situações adversas que o meio propõem. Neste ambiente a equipe de saúde convive com o sofrimento dos bebês e de seus familiares na luta dia após dia para sua reabilitação e por suas vidas.

Segundo Rolim & Cardoso (2006), humanizar este ambiente implica sensibilizar pessoas ao envolvimento, à flexibilidade e à singularidade a olhar as situações envolvidas no processo, de forma a buscar uma relação de harmonia e de compromisso entre o profissional, o recém-nascido e seus familiares para juntos estimularem e serem estimulados ao bem-estar equilibrado de todos na qualificação da assistência. Detalhes mínimos são importantes de sua observação desde os sinais emitidos pelo RN como também a falta de respostas comportamentais e de choro, não é necessariamente indicativa de ausência de dor ou desconforto. Para as autoras pelo fato dos bebês se encontrarem na UTI neonatal local por vezes traumáticos, permeados de estresse físico ou psicológico, o nível de cortisol aumenta, podendo afetar o metabolismo, o sistema imunológico e o cérebro do bebê, tornando mais vulnerável à destruição de neurônios e a redução de sinapses em algumas regiões e assim eles estão mais susceptíveis de apresentar atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

Conforme Rocha & Ferreira( 2013), a palavra humanização pode ser entendida como a maneira de ver e considerar o ser humano a partir de uma visão geral, buscando superar a fragmentação da assistência. Desta forma deve-se olhar o ser humano na sua totalidade e não por partes, revelando uma prestação de assistência de forma mais humana detentora de afeto e de uma maior participação de todos os envolvidos.

Segundo Castro et al(2010) a humanização é o processo de tornar humano, dar condição humana através da busca do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, família e equipe de saúde. Sendo assim, a humanização

da assistência é um conjunto de iniciativas que visam a produção de cuidados em saúde capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com respeito ético, cultural, com a valorização do espaço de trabalho e satisfação dos profissionais de saúde e dos usuários. Pode ser percebida por meio de uma presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, de cuidado, que desperta no ser sentimento de confiança e solidariedade. É um processo demorado e complexo uma vez que exige mudança de comportamento, porém altamente eficaz ao alcance dos resultados obtidos realizados principalmente nas unidades de terapias intensivas neonatais.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca das pesquisas sobre práticas humanizadas em unidade de terapia intensiva neonatal. Segundo Mendes et al(2008), a revisão integrativa possibilita reunir e sintetizar os resultados de pesquisa de determinado tema ou questão de forma sistemática e ordenada, auxiliando o pesquisador a sumarizar a literatura teórica e empírica sobre uma temática específica e colaborar para o conhecimento do assunto abordado. Os artigos selecionados para atender a temática em questão foram os publicados em bancos de dados científicos na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online( SCIELO), Revista Brasileira de Enfermagem( REBEn), sendo selecionados artigos que abordem a temática proposta neste estudo de revisão integrativa com ênfase nas palavras-chave: Humanização, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem, no período de 2004-2016 e excluídos os que não se enquadrassem na pesquisa, sendo selecionados 22 artigos científicos sendo 20 da base de dados da SCIELO e 2 da LILACS.

A análise dos dados foi realizada através da identificação dos dados do artigo selecionado para a pesquisa, procedência, título, autor(es), periódico, ano e considerações temáticas abordadas por cada artigo.

A apresentação dos resultados e discussão foi feita de forma descritiva através das seguintes categorias de temas: ambiente da UTI NEO e as práticas humanizadas do cuidado, a participação da família no cuidado ao recém-nascido em UTIN e enfermagem como elo integrador do cuidado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No que se refere o ambiente da UTI NEO e as práticas humanizadas do cuidado, para que a assistência de enfermagem seja realizada com qualidade e integralmente Oliveira et al( 2006), diz que se faz necessário que a equipe prestadora da assistência desenvolva ações para humanizar as práticas do cuidado

, isto é, desenvolva ações para humanizar a arte de cuidar nas UTI neonatais, compreendendo o recém-nato como um indivíduo que sente, chora, mas não sabe se expressar com a fala. Esse bebê faz parte de uma família que está sofrendo com seu problema, precisando de acolhimento e amparo para diminuir seu sofrimento e instrumentalizar a autonomia do cuidado ao seu filho.

Sobre a participação da família no cuidado ao recém-nascido em UTI neonatal, Trohchin&Tsunechiro(2006), diz que os laços afetivos entre pais e filhos quase sempre são comprometidos em razão do longo período de internação, das rotinas impostas pela instituição e condições clínicas próprias do recém-nascido, sobretudo prematuros, dificultando a convivência familiar.

E com relação a enfermagem como elo integrador do cuidado, Reichert (2007), fala que inúmeros são os papéis da enfermagem, com características peculiares incluindo a habilidade de reconhecer e conviver com a família na situação de doença, incluindo-a no planejamento dos cuidados aos seus filhos, bem como, respeitando suas decisões em relação ao tratamento, desta maneira sabendo valorizar a presença dos familiares, sobretudo dos pais para haver a integração durante a hospitalização.

## **CONCLUSÃO**

Tendo em vista o objetivo proposto nesta revisão integrativa, conclui-se que as práticas humanizadas do cuidado de recém-nascido internado em UTI neonatal deve ser pautado na singularidade, na integralidade, na ética e no compromisso com a vida. A equipe de saúde que trabalha nestas unidades hospitalares confrontam diariamente com o duelo vida e morte pois vivenciam em seu cotidiano a árdua e ao mesmo tempo prazerosa missão de cuidar, zelar pela vida de seres tão indefesos e que requerem atenção e dedicação especial em seus cuidados diários. A prática de suas atividades deverão ser realizadas de forma humanizada, com respeito, solidariedade, afeto, zelo, compromisso, não só com os pacientes mas também extensivos a toda família envolvida no processo.

## **REFERÊNCIAS**

Araújo B.B.M de; Rodrigues B.M.R.D .Vivências e Perspectivas Maternas na Internação do Filho Prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. RevEscEnfermUSP,v.44,2010.

- Castro C.A. de; Gomes R.V.; Brasileiro M.E.; Queiroz I.L.; Coutinho T.M. O Papel do Enfermeiro na Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição {Serial onLine}* , v.1,n.1,p.1-16,2010.
- Chiodi L.C.C.; Aredes N.D.A.; Scochi C.G.S.; Fonseca L.M.M. Educação em Saúde e a Família do Bebê Prematuro: Uma Revisão Integrativa. *Acta Paul Enferm São Paulo*, v.25, n.6, 2012.
- Costa R.; Padilha M.I.; Monticelli M. Produção de Conhecimento Sobre o Cuidado ao Recém-nascido em UTI Neonatal: Contribuição da Enfermagem Brasileira. *Rev Esc Enferm USP*, v.44, n.1, p.199-204, 2010.
- Duarte E.D.; Sena R.R. de; Xavier C.C. A Vivência de Pais e Profissionais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Ciênc. Enferm, Concepción* ,v.17,n.2,2011.
- Mendes K.D.S.; Silveira R.C.C.P.; Galvão C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação das evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enferm*, v.17, n.4, p.758-764,2008.
- Merighi M.A.B.; Jesus M.C.P. de; Santin K.R.; Oliveira D.M. de. Cuidar do Recém-nascido na Presença dos seus Pais: Vivência da Enfermeiras em Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. *Rev Latino Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.19, n.6,2011.
- Montanholi I.; Merighi M.A.B.; Jesus M.C.P. de. Atuação da Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva neonatal entre o Ideal, o Real e o Possível. *Rev Latino Am Enfermagem* ,v.19, n.2,2011.
- Morais G.S.N.; Costa S.F.G.; Fontes W.D.; Carneiro A.D. Comunicação como Instrumento Básico no Cuidar Humanizado em Enfermagem ao Paciente Hospitalizado. *Acta Paul Enferm*, v.22, n.3, p.323-327,2009.
- Oliveira B.R.G de; Lopes T.A.; Viena C.R.; Collet N. O Processo do Trabalho da Equipe de Enfermagem na UTI Neonatal e o Cuidar Humanizado. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, v.15, n. especial, p.105- 113,2006.
- Pedroso G.E.R.; Bousso R.S. O Significado de Cuidado da Família na UTI Neonatal: Crenças da Equipe de Enfermagem, v.26, n.1, p.129-134, 2004.
- Politi D.; Hungler B. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed;2004.
- Reichert A.A.S de; Lins R.N.P; Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica De Enfermagem { Serialonline}* , v.9, n.1, p.200-213, 2007.
- Rolim K.M.C.; Cardoso M.V.L.M.L. A Interação da Enfermeira- recém-nascido durante a prática da aspiração orotraqueal e coleta de sangue. *Rev Esc Enferm USP*, v.40, n.4, p.515-523, 2006.
- Rolim K.M.C; Cardoso M.V.L.M.L. O Discurso e a Prática do Cuidado ao Recém-Nascido de Risco: Refletindo Sobre a Tenção Humanizada. *Rev Latino AM Enferm*, v.14, n.1, p.85-92, 2006.
- Salgado A.P.A.; Adirson D.M.; Cava A.M.L.; Camacho K.G. O Sono do Recém-Nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Ver Enferm UERJ* ,v.19,n.4,p.644-649,2011.
- Schmidt K.T.; Sassa A.H.; Veronez M.; Higarashi I.H.; Marcon S.S. A Primeira Visita ao Filho Internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Percepção dos Pais. *Esc Anna Nery*, V.16,n.1,2012.
- Siqueira M.B.C.; Dias M.A.B. A Percepção Materna Sobre Vivência e Aprendizado de Cuidado de um Bebê Prematuro. *Epidemiol Serv. Saúde Brasília* v.20, n.1, p.27-36,2011.
- Souza M.T.; Silva M.D.; Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e o como fazer. *Einstein*, v.8, n.1, p.102- 106,2010.
- Souza N.L. de; Araújo A.C.P.F.; Azevedo G.D. de; Jerônimo S.M.B.; Barbosa L.M.; Sousa N.M.L. Percepção Materna com o Nascimento Prematuro e Vivência da gravidez com Pré- Eclampsia. *Rev Saúde Pública, São Paulo*, v.41, n.5,2007.
- Trohchin D.M.R.; Tsunehiro M.A. Cuidar e o Conviver com o Filho Prematuro: A Experiência do Pai. *Rev Lat- Am Enfermagem*, v.14, n. 1, p.93-101,2006.
- Xavier D.M.; Gomes G.C.; Diel P.K.V.; Salvador M.S.; Oliveira S.M. de. Vivências de enfermeiras frente à Morte na Unidade De Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Enferm UFPE online* V.7,n.4,p.1081-1089,2013.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ANÁLISE DOS CASOS DE HIV EM JOVENS NA FAIXA ETÁRIA DE 15 A 24 ANOS NO CEARÁ DE 2007 A 2016.

Danielle Martins Rabelo Gurgel<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*E-mail: daniellyrabelo@yahoo.com.br*

*Palavras-chave: HIV. Jovens. Infecção.*

### INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, ou síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência.

Os indivíduos infectados pelo HIV, sem tratamento, evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, uma das principais células alvo do vírus. A história natural dessa infecção vem sendo alterada, consideravelmente, pela terapia antirretroviral (TARV), iniciada no Brasil em 1996, resultando em aumento da sobrevida dos pacientes, mediante reconstituição das funções do sistema imunológico e redução de doenças secundárias.

O HIV pode ser transmitido por via sexual (esperma e secreção vaginal), pelo sangue (via parenteral e de mãe para filho) e pelo leite materno. Desde o momento de aquisição da infecção, o portador do HIV é transmissor. A transmissão pode ocorrer mediante: relações sexuais desprotegidas; utilização de sangue ou seus derivados não testados ou não tratados adequadamente; recepção de órgãos ou sêmen de doadores não testados; reutilização e compartilhamento de seringas e agulhas; acidente ocupacional durante a manipulação de instrumentos perfuro cortantes contaminados com sangue e secreções de pacientes.

A notificação da infecção pelo HIV tornou-se compulsória com a portaria de número 1.271 de 06 de junho de 2014, o que permite caracterizar e monitorar tendências, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades na população infectada, com vistas a aprimorar a política pública de enfrentamento da epidemia. No Brasil, desde os anos de 1980, a vigilância epidemiológica da aids é baseada na notificação compulsória de casos.

Os riscos de HIV entre adolescentes e jovens são maiores quando a transição de idade ocorre em ambientes desafiadores, com acesso insuficiente a alimentos, educação e moradia e com altas taxas de violência. Percepções de baixo risco de infecção, uso insuficiente do preservativo e baixas taxas de testagem de HIV persistem entre os jovens.

As medidas de proteção social e a inserção de adolescentes e jovens no ambiente escolar e no mercado de trabalho diminuem a vulnerabilidade para o HIV. As escolas representam o espaço mais conveniente para a educação sexual abrangente, que fornece aos adolescentes e jovens o conhecimento e as habilidades necessárias para fazer escolhas conscientes, saudáveis e respeitadas sobre relacionamentos e sexualidade.

A agenda 2030 para Desenvolvimento Sustentável tem o objetivo de melhorar as oportunidades para jovens através de maior acesso a educação de qualidade, serviços de saúde e oportunidades de emprego, e através da igualdade de gênero e empoderamento de meninas e mulheres. O empoderamento de jovens é um componente fundamental da resposta à aids. Das 5.700 novas infecções por HIV em 2015, 35% ocorreram entre jovens de 15 a 24 anos.

Abordar a problemática HIV/Aids na população adolescente implica na necessidade de se obter subsídios para desenvolver estratégias voltadas para o cuidado ao portador, bem como no planejamento e execução de novas práticas de prevenção e conscientização. Verificou-se também que vários são os fatores que o levam a essa conclusão, tornando a prevenção um desafio constante e necessário, além da conscientização de que, independente da faixa etária, a vulnerabilidade ao HIV/Aids existe desde que práticas de risco sejam realizadas.

Na França, onde a prevalência de Aids na faixa etária adolescente é proporcionalmente três vezes menor do que no Brasil, é obrigatório por lei atividades de educação sexual e distribuição de preservativos nas escolas. Na dimensão social, vários desafios têm de ser enfrentados para redução da Aids entre adolescentes: a desigualdade social, a violência estrutural e de gênero e a homofobia. Estes problemas já vêm sendo alvo de intervenções por diversos setores da sociedade e devem ser ampliados e intensificados.

A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) constitui fenômeno global, complexo, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros fatores determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. No Brasil, a propagação da infecção pelo HIV vem sofrendo transformações significativas no seu perfil epidemiológico, com tendência de pauperização da população infectada e aumento de casos em heterossexuais – principalmente mulheres crianças e jovens.

No Brasil, no período de 2007 até junho de 2016, foram registrados 136.945 casos de infecção de HIV e de 1980 a junho de 2016 foram notificados 842.710 casos de aids.

No Ceará existem 5.642 pessoas notificadas com HIV desde 2007 e desses 24,4% (1378/5642) são jovens de 15 a 24 anos, o que representa um grave problema de saúde pública e o Ministério da Saúde cogita que o Brasil está vivendo uma epidemia nessa faixa etária. Até o período de 15 de maio de 2017, existem 18.009 casos notificados de aids.

Considerando o exposto, o objetivo do trabalho foi analisar o perfil dos jovens com HIV na faixa etária de 15 a 24 anos, bem como o comportamento epidemiológico no território cearense.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal e descritivo dos casos de HIV em jovens na faixa etária de 15 a 24 anos no estado do Ceará, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2016.

A Base de dados foi atualizada até o dia 15 de maio de 2017. A Tabulação dos dados - utilizado o Tabwin-SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) onde foi exportado para programa Excel utilizando as variáveis de análise: sexo, idade, raça, escolaridade e categoria de exposição, municípios de residência e os anos. Na análise foram utilizadas as medidas de tendência central (média, moda e intervalo) e para determinar a taxa de detecção foi usada para cada 100 mil habitantes. As variáveis qualitativas foram analisadas considerando as frequências absoluta e relativa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No Ceará observa-se um aumento do número de casos de HIV em jovens na faixa etária estudada, pode ser atribuído às campanhas de testagem rápida como o projeto “Fique Sabendo” e a maior exposição dos jovens a práticas sexuais não seguras. No nível mundial, estudos têm demonstrado tendência do aumento das taxas de infecção na população de jovens, independente do contexto socioeconômico. (PEREIRA, B.S. et al, 2014)

Na série histórica, a taxa de detecção de HIV em jovens na faixa etária de 15 a 24 anos passou no ano de 2007 de 1,5 casos para 21,2 casos por 100 mil habitantes em 2016. No entanto, jovens adultos representam uma das faixas etárias com alta detecção, cuja infecção pode ter ocorrido na adolescência, indicando prioridade absoluta dessa população, visto que a precocidade das medidas de atenção interfere com a evolução da infecção e doença. Os problemas vivenciados pelos portadores têm impacto decisivo no processo de integração social, em nível profissional, social, familiar e relações amorosas. (PEREIRA, B.S. et al, 2014)

O número de casos notificados de HIV em jovens entre 15 a 24 anos aumentou 1.211,5% na série histórica de 2007 a 2016, passando de 26 para 341 casos respectivamente, sendo que o ano com maior registro foi 2015 com 353 casos. A média foi de 137 casos por ano, a mediana foi de 75 e a moda ocorreu em 2015.

Os casos de HIV no Ceará na faixa etária estudada predominam o sexo masculino ao longo dos anos, com exceção do ano de 2008 que apresentou o maior número de casos no sexo feminino. A razão apresentada masculino/feminino que era 1,9:1 em 2007 passou para 4,5:1 em 2016. Estudos demonstram a grande importância da formulação de políticas públicas em saúde sexual e reprodutiva que contemple adolescentes e jovens do sexo masculino com a perspectiva de masculinidade em toda sua amplitude e ações para diversidade sexual. (TAQUETTE, S.R. et al, 2015)

Na série histórica, a taxa de detecção de HIV em jovens na faixa etária de 15 a 24 anos aumentou 1.313,3%, passando de 1,5 casos por 100 mil habitantes em 2007 para 21,2 casos por 100 mil habitantes em 2016, entre 2015 e 2016 houve um discreto declínio de 3,6%. No Ceará em ambos os sexos, a categoria de exposição com maior ocorrência é a homossexual, representando 47,5% (635/1378) das notificações, seguida da categoria heterossexual 31,7% (438/1378), sendo que a exposição do ignorado equivale 10,5% (145/1378). No Brasil vem aumentando de forma significativa o número de HSH (homen que faz sexo com homem) na faixa etária estudada. O uso de preservativo ainda é baixo entre adolescentes com orientação homossexual, a situação é mais complexa, pois além das vulnerabilidades que têm por serem homens e jovens, soma-se a descoberta da atração sexual por pessoas do mesmo sexo, numa sociedade homofóbica (TAQUETTE, S.R. et al, 2015).

A maior proporção (37,5%) de jovens diagnosticados com HIV no Estado do Ceará na faixa etária estudada, cursou ensino médio completo. todavia o alto percentual de ignorados e brancos dificulta uma análise mais apurada

dessa realidade. Com relação a raça/cor da pele predominante referida pelos jovens foi a parda com 75,3%. (1037/1378). Do ponto de vista individual, nossos jovens demonstraram um baixo autocuidado. Este depende de melhor informação e de disponibilidade de insumos de prevenção, entre outros. A informação não se limita aos aspectos relacionados à infecção pelo HIV, mas principalmente ao aumento da escolaridade. Os insumos de prevenção devem estar disponíveis em larga escala nos diversos ambientes frequentados pelos adolescentes e de forma livre e desburocratizada. O Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação, com sua proposta de atividades de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens nas escolas é uma política pública que deveria ser incrementada (TAQUETTE, S.R. et al, 2015).

Com relação a comparação dos casos HIV em jovens de 15 a 24, com outras faixas etárias, no período estudado de 2007 a 2016, no Ceará, observa-se que a faixa etária estudada só está inferior a faixa etária de 25 - 34 anos. Recentemente, o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) divulgou um relatório solicitando urgência de investimentos para garantir o futuro da população de adolescentes. Segundo a publicação, a cada 14 segundos, um jovem entre 15 e 24 anos é infectado pelo HIV; e, de todas as novas infecções, cerca da metade ocorre nessa faixa etária. Portanto, a implementação de programas de prevenção voltados para jovens, antes que eles iniciem práticas comportamentais que possam aumentar o risco de transmissão do HIV, bem como a avaliação do seu impacto, tornam-se imprescindíveis (GRIEP, R.H. et al, 2005)

A Taxa de detecção de HIV em jovens na faixa etária estudada nos municípios de residência do Ceará, observa-se um gradativo aumento, sendo que no ano de 2007 e no ano de 2016 os respectivos municípios apresentaram a taxa de detecção maior que 60 por 100 mil habitantes. O Ceará possui distribuído por todo Estado 28 SAES (Serviço de Atenção Especializada) para realização do acompanhamento do paciente com HIV.

Limitações da pesquisa: Não teve tempo hábil para analisar o banco de dados e verificar as inconsistências e as incompletudes bem como verificar as duplicidades.

A notificação do HIV começou a ser de notificação compulsória a partir da Portaria 1.271 de 06 de junho de 2014, dessa forma os resgates dos casos no sistema SINAN foi realizado de forma retroativa. Com relação os casos de HIV do Ceará comparado com a faixa etária estudada de 15 a 24 anos, observa-se um aumento significativo.

Comparando os anos de 2007, 2012 e 2016 observa-se um aumento significativo da taxa de detecção dos casos de HIV no número de municípios notificantes nessa faixa etária, passando de 07 municípios em 2007 para 20 municípios em 2012 e atingindo 53 municípios em 2016. Os municípios com maior taxa de detecção foram: Pires Ferreira 2007 (60,8%) e Guaramiranga em 2016 (122,25%).

## CONCLUSÃO

Observa-se que houve um aumento significativo dos casos ao longo dos anos na faixa etária estudada, principalmente entre jovens de orientação homossexual, do sexo masculino. Os jovens apresentaram raça/cor da pele parda e ensino médio completo. Percebe-se que ao longo desses 10 anos de série histórica, que houve um aumento dos municípios notificantes de casos. É provável que esteja acontecendo em decorrência da melhoria da notificação e ou do aumento real de número de casos. É de relevante importância que se invista em esforços para alcançar os indivíduos jovens, especialmente por se observar, no Brasil, uma segunda onda de infecção entre gays e o outros HSHs sobretudo nessa população.

Os resultados desse estudo poderão subsidiar as políticas promovendo práticas eficazes de prevenção que irão contribuir para mudanças no quadro epidemiológico de jovens adultos, através do incentivo ao diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da infecção pelo HIV. Esses dados apresentados irão ajudar os gestores na implementação de uma política destinada à faixa etária estudada entre os municípios cearenses principalmente nesse momento em que o Brasil implementa a prevenção combinada.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS. Brasília, 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em Saúde. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira. Brasília, 2016.

CABRAL, J.V.B. et al; A percepção de vulnerabilidade da população adolescente sobre o HIV/Aids. Espaço para saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná – Londrina SAÚDE PÚBLICA V. 17 - N. 2 - P. 212-219 – dezembro, 2016.

PEREIRA, B.S. et al; Fatores associados á infecção pelo HIV/Aids entre adolescentes adultos matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3):747-758, 2014.

TAQUETTE, S.R. et al; Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo masculino: um estudo qualitativo *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7):2193-2200, 2015.

GRIEP, R.H. et al; Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*; 14(2) : 119 – 126, 2005.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/ COPROM/ NUVEP em parceria com o Ministério da Saúde / TEPHINET / CDC e a todos que contribuíram de forma direta e indireta a oportunidade para o aprimoramento profissional, para realização e conclusão desse trabalho.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL NUTRICIONAL DE CRIANÇAS CADASTRADAS NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA CIDADE DO CRATO/CE

Amanda Alcântara de Sousa<sup>1</sup>, Antonia Jussara Olinda Oliveira<sup>2</sup>, Silvânia Miranda da Silva<sup>3</sup>, Vera Lúcia Soares e Silva<sup>4</sup>, Sandra Mara Pimentel Duavy<sup>5</sup>

1. Acadêmica de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-Ceará-Brasil.

2. Acadêmica de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-Ceará-Brasil.

3. Acadêmica de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-Ceará-Brasil.

4. Nutricionista, Secretaria de Saúde do Estado, Crato-Ceará-Brasil

5. Nutricionista, docente no curso de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-Ceará-Brasil

E-mail: allcantaramanda@gmail.com

Palavras-chave: Estado Nutricional. Crianças. Obesidade.

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil passou por mudanças que transformaram o modo de vida da população, incluindo modificações no consumo alimentar e na incidência de doenças relacionadas aos hábitos alimentares com marcante redução da desnutrição em crianças e aumento de sobrepeso e obesidade na população geral (BRASIL, 2014).

A redução da desnutrição em crianças menores de cinco anos foi intensa nas últimas décadas. Entre 1989 e 2006, o Brasil alcançou as metas relativas à redução da desnutrição infantil do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio: “prevalência de crianças (com menos de cinco anos) abaixo do peso” caiu mais de quatro vezes de 7,1% para 1,7%. Por outro lado em vinte anos, a prevalência de obesidade em crianças entre 5 e 9 anos foi multiplicada por quatro entre os meninos (4,1% para 16,6%) e por, praticamente, cinco entre as meninas (2,4% para 11,8%) (BRASIL, 2013).

A modificação na estrutura familiar e a valorização do consumo de alimentos industrializados proporcionam condições que podem determinar o aumento no percentual de crianças obesas (DORNELLES; ANTON; PIZZINATO, 2014). Esse processo de transição nutricional é caracterizado por mudanças no padrão alimentar com consequência direta no estado nutricional do indivíduo. Os hábitos alimentares incorporados desde a infância ditam a qualidade de vida dos adultos, sendo importante o monitoramento e acompanhamento adequado das crianças desde o nascimento. Nesse contexto, políticas públicas e programas de promoção da saúde visando hábitos alimentares saudáveis são necessários para prevenir e combater essa realidade (REIS; VASCONCELOS; BARROS, 2011).

Visando subsidiar o planejamento das ações de nutrição na Rede de Atenção à Saúde, através da Vigilância Alimentar e Nutricional, uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN, é recomendada que seja adotada pelos profissionais da área e gestores do Sistema Único de saúde – SUS, visando o aumento da qualidade da assistência à população. Essa diretriz se configura no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, de execução pelos municípios, com o objetivo de monitorar e avaliar o estado nutricional da população brasileira (BRASIL, 2011).

Através do cadastro da população no SISVAN, torna-se possível a identificação precoce de grupos vulneráveis permitindo que os profissionais da saúde tracem ações estratégicas baseadas em cada diagnóstico nutricional, visando à prevenção, recuperação e promoção da saúde da população. Sendo assim, objetiva-se conhecer o estado nutricional das crianças cadastradas no SISVAN/WEB nos anos de 2012 a 2016 do município de Crato/CE, com a finalidade de prevenir doenças alicerçadas na má alimentação e promover à saúde na esfera municipal.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo de abordagem quantitativa, no qual foi considerado o estado nutricional de crianças com idade de 2 a 5 anos, de ambos os sexos, cadastradas na plataforma do SISVAN/WEB. Este está disponível para registro e disseminação de informações acerca da avaliação antropométrica e de consumo alimentar da população atendida na Atenção Básica.

O acesso ao sistema *on line* se dá pelo módulo público e privado. Para este estudo foi utilizado o módulo público, o qual pode ser acessado por qualquer pessoa a partir do sítio eletrônico (<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/>), que permite a visualização de relatórios consolidados de estado nutricional e de consumo alimentar, agregados por município, região de saúde, estado, macrorregião e Brasil (BRASIL, 2017).

Os critérios de inclusão foram crianças, com a referida idade, cadastradas na página *on line* do SISVAN, considerando o estado nutricional nos anos de 2012 à 2016, com abrangência dos dados para o Brasil, estado do Ceará e município do Crato.

A avaliação antropométrica é um método de investigação em nutrição baseado na medição das variações físicas de alguns segmentos ou da composição corporal (BRASIL, 2011). Dentre os métodos de avaliação antropométrica foi selecionado o Índice de Massa Corporal/Idade (IMC/Idade) considerando os marcadores de magreza, eutrofia, risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade. IMC/Idade expressa a relação entre peso da criança e o quadrado da estatura, foi escolhido por ser a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde, para avaliar crianças menores de 5 anos.

Os dados foram analisados através de tabelas geradas pela plataforma SISVAN/WEB, e organizadas em gráficos por meio do software Excel sob a forma de percentis.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliando o município do Crato/CE, quanto ao indicador de eutrofia constatou-se através do SISVAN/WEB que houve aumento do percentual desse indicador nos anos de 2014 a 2016, 53% para 59,22%, em média, à medida que houve uma diminuição do risco de sobrepeso, comparado ao ano de 2013, o qual apresentou elevado percentual de risco de sobrepeso.

Apesar da diminuição do risco de sobrepeso no município de Crato/CE após o ano de 2013, este ainda se apresentou como indicador mais prevalente durante os anos de 2012 a 2016 se comparado a magreza e a obesidade.

No decorrer dos 5 anos analisados, o diagnóstico de magreza permaneceu constante no município do Crato, no estado do Ceará e no Brasil, em média 3,48%, 3,23% e 3,34, respectivamente. Assim como os percentuais de sobrepeso se mantiveram constantes ao longo de 2014 a 2016 na cidade do Crato, no Ceará e no Brasil.

Observou-se ainda que os percentuais para obesidade ao longo dos anos de 2012 a 2016 foram constantes para o Crato, o Ceará e o país. No entanto notou-se que os índices de obesidade foram mais altos na cidade do Crato e no estado do Ceará comparado ao Brasil.

Segundo Aires et al. (2011) vem ocorrendo um aumento na incidência de sobrepeso e obesidade em todo o Brasil, fenômeno que tem decorrido com a sistemática diminuição das taxas de desnutrição. Esse papel pode ter sofrido influência de programas de transferência de renda do governo, à exemplo do Programa Bolsa Família, que permitiu a diminuição da fome e desigualdades sociais, entretanto esse programa promoveu o alcance das famílias aos alimentos industrializados e processados, com aumento do consumo de alimentos ricos em açúcares, sódio e gorduras, que tendem a um quadro de sobrepeso e obesidade. Relaciona-se que o acesso aos alimentos tidos como saudáveis não fazem parte do hábito alimentar da população devido aos custos elevados dos mesmos (MONTEIRO; CONDE; POPKIN, 2007).

Foi observado em outros estudos como o realizado em Portos Alegre/RS com 176 crianças de 0 a 5 anos de idade, em que a maior porcentagem foi relacionada ao sobrepeso com 14,2% das crianças avaliadas, mostrando a prevalência do excesso de peso, enquanto constatou-se em apenas 1,14% da população IMC baixo para a idade (ESCOBAR et al., 2014), mantendo-se este baixo se comparado aos dados deste estudo. Em estudo realizado em Ribeirão Preto/SP com 155 crianças de 2 a 5 anos, a prevalência foi IMC elevado para a idade totalizando 25,80% da amostra (FERREIRA-MARIM; FABBRO, 2012).

Schuch et al. (2013) em seu estudo realizado com 4914 crianças de 4 a 6 anos de idade nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, revela que 14,4% e 7,5%, respectivamente, das crianças apresentavam excesso de peso e apontam para a necessidade de estratégias voltadas a educação materna e da criança, sendo necessário maiores investimentos relacionados a políticas públicas de proteção infantil, promoção da saúde e monitoramento nutricional. Já Menezes (2011) destaca a importância de novas pesquisas voltadas para a alimentação, nutrição e intervenção em saúde, realizadas no ambiente escolar, pois influenciam diretamente no estado nutricional da criança, tomando-se inclusive uma importante estratégia na busca do controle do sobrepeso/obesidade destas.

## CONCLUSÃO

Identificou-se a prevalência do indicador risco de sobrepeso, o qual, se não modificado pode acarretar morbidades a longo prazo. Compreender o perfil nutricional das crianças permite o desenvolvimento de estratégias voltadas à orientação familiar, com medidas educativas que visam a boa prática alimentar. É importante que os profissionais de saúde tenham como base as políticas públicas de promoção da saúde, as quais orientam a realização de uma prática profissional qualificada a monitorização da população, e o desenvolvimento de estratégias capazes de promover ações que minimizem ou modifiquem o estado nutricional, proporcionando assim, bons hábitos alimentares e qualidade de vida às crianças e suas famílias.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, A. P. P.; et al. Consumo de alimentos industrializados em pré-escolares. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 4, p. 350-355, out.-dez. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual operacional para uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL, M. S. Orientações para a Coleta e Análise de dados Antropométricos em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL, M. S. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. DORNELLES, A. D.; ANTON, M. C.; PIZZINATO, A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.4, p.1275-1287, 2014.
- ESCOBAR, R.; et al. Perfil nutricional das crianças menores de cinco anos de uma unidade de saúde de Porto Alegre – RS. **Rev. APS**, v. 17, n. 4, p. 523-529, 2014.
- FERREIRA-MARIM M. M.; FABBRO, A. L. D. Estado nutricional avaliado por medidas antropométricas em pré-escolares atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 42, n. 1, p. 23-30, 2012.
- MENEZES, C. F. B. **Incidência e fatores associados ao sobrepeso/obesidade em crianças assistidas por unidades de educação infantil de Florianópolis/SC**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN B. M. Income-Specific Trends in Obesity in Brazil: 1975-2003. **Am J of Public Health**. v. 97, n.10, p. 1808- 1812, 2007.
- SCHUCH, I.; et al. Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 179-188, 2013.
- REIS, C. E. G.; VASCONCELOS, I. A. L.; BARROS, J. F. N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Rev Paul Pediatr**. V. 29, n. 4, p. 625-633, 2011.

## AGRADECIMENTOS

PIBIC/URCA

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERCEPÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS SOBRE A RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE DROGADIÇÃO E TRANSMISSÃO DAS IST'S/AIDS

Maria Juliana Firmino Siqueira<sup>1</sup>, Fernanda Pimentel de Oliveira<sup>2</sup>, Francisca Lucélia Ribeiro de Farias<sup>3</sup>

*1 Enfermeira. Especialista em Acupuntura. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Fisioterapeuta e Enfermeira. Especialista em Saúde do Idoso e Enfermagem em UTI Neonatal e Pediátrica. Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Doutora Professora Titular do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: juliana.f.siqueira@live.com

Palavras-chave: Usuário de drogas, Enfermagem, Substância psicoativa, Drogadição, AIDS.

### INTRODUÇÃO

O uso e o consumo excessivo de drogas são problemas sérios, veiculados na sociedade sob diferentes formas e interpretações. Em função de sua elevada frequência, esse uso e consumo transformaram-se em problemas mundial de saúde pública (FARIAS e FUREGATO, 2005).

A palavra droga origina-se do droog (holandês), que significa folha seca, já que os medicamentos antigamente eram oriundos de vegetais. As drogas são consideradas todas as substâncias que, ao serem introduzidas, inaladas, injetadas ou ingeridas provocam alterações no organismo, modificando uma ou mais de suas funções.

Existem diversos tipos de drogas, entre elas as lícitas cujo o consumo é legalmente aceito e as ilícitas, que são proibidas. No Brasil a lei 6.368, de 1976 é que disciplina o uso de drogas ilícitas. Ressalta o uso de drogas não caracteriza a dependência da substância.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a dependência de drogas é determinada por fatores biológicos, genéticos (hereditariedade), psicológicos, culturais e ambientais (LOPES et al, 2009). No registro mundial de 2012, relata-se que ao menos 5% da população adulta em algum momento já usou drogas uma vez ou mais e que conseqüentemente o uso de drogas poderá propiciar o contato do usuário com o vírus do HIV (MATHIAS, 2014).

Frente aos estudos desenvolvidos nos últimos anos, percebe-se que há um contingente maior de homens que fazem uso de substâncias psicoativas, quando comparados com o sexo feminino (MATHIAS, 2014).

Em 1997, o CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo) mostrou que existe uma tendência ao aumento do consumo dos inalantes, da maconha, da cocaína e de crack em determinadas capitais.

Todas as substâncias psicoativas usadas de forma abusiva produzem aumento do risco de acidentes e da violência e aquisição de vários tipos de doenças, dentre elas as Infecções Sexualmente Transmissíveis IST's / AIDS, por tornar mais frágeis os cuidados de autopreservação. O álcool pode causar intoxicações graves, além de hepatite e crises convulsivas (MARQUES e CRUZ, 2000). Os usuários de drogas, além da sua doença, carregam consigo o pesado fardo do preconceito social como problemas com as familiares e desemprego.

Existe atualmente, no Brasil, uma preocupação em estudar o perfil da população usuária do crack que acessa os serviços de saúde.

Pesquisa realizada pela Secretaria Nacional de políticas sobre drogas (Senad) a Fiocruz em 2013 mostra que 370 mil indivíduos das 26 capitais do Brasil e Distrito Federal são usuários frequentes de crack ou de formas similares de cocaína. A pesquisa também mostra que a maconha vem sendo usada por quase 1 milhão de brasileiros.

O mundo de hoje está sendo invadido por muitas substâncias químicas, que aliadas à mídia, induzem os indivíduos a exploração do consumo, que vão desde drogas lícitas, álcool, fumo, tranquilizantes, até as ilícitas, maconha, cocaína e anfetamina dentre outras à drogas de síntese, como êxtase e derivados de metanfetaminas.

A maioria desta última categoria é elaborada em laboratórios clandestinos que, ao serem utilizadas das mais diversas formas de administração provocam um efeito psicotrópico, causando, assim, diversas reações manifestadas por distúrbios da neuroquímica cerebral.

Tratando-se de drogas psicotrópicas, dependendo da categoria, poderão ocorrer diversas reações, oscilando entre estimulação e depressão, passando por ações perturbadoras das funções cerebrais, como alucinações e efeitos delirantes, até estranhas sensações de percepção, que podem evoluir para psicose, esquizofrenia e demência precoce (VARGAS, et al, 2002).

Uma pessoa não começa a usar drogas ou abusar delas por acaso ou por uma decisão isolada. Cada vez mais pesquisas e estudos mostram que o uso indevido de drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores. Se por um lado a pessoa não nasce predestinada a usar drogas, também não as usa apenas por influência de amigos ou mesmo de traficantes.

Destacam-se, portanto, a família, a escola, os pares e a comunidade onde o jovem vive. Observa-se que estas instituições possuem um papel fundamental como fatores de proteção, embora também se desenvolvam como fatores de risco se exercer influências que levem ao consumo de drogas.

Com relação à dimensão comportamental, a maior vulnerabilidade não deve ser entendida como uma decorrência imediata da ação voluntária dos indivíduos, grupos populacionais ou nações, mas sim, está relacionada a condições objetivas do meio natural e social em que os comportamentos acontecem ao grau de consciência que os indivíduos, grupos populacionais ou nações têm sobre esses comportamentos e o poder de transformação que possuem a partir dessa consciência.

Com o objetivo de viabilizar as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e de normalizar a atenção a usuários de álcool e drogas, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica a estas pessoas. A Portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002 define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, tipo "Centros de Atenção Psicossocial - CAPS" - incluídos aqui os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, os CAPSad (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. A equipe de profissionais deve ser multidisciplinar e a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, participação comunitária na discussão dos serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo.

Os cuidados em saúde (incluindo saúde mental) requerem uma abordagem ampliada, sendo significados na mediação de condições sociais, nas relações intrafamiliares, além do apoio social e comunitário. Além disso, o acolhimento como recurso terapêutico, o vínculo e a continuidade da atenção como possibilidade de ruptura com a exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença são forças das equipes multidisciplinares dos CAPS para a melhoria da qualidade de vida dos usuários. A partir daí, torna-se importante pensar na integralidade da atenção a estes usuários, considerando não apenas as questões relacionadas ao uso das substâncias psicoativas, mas também todo o entorno da problemática que envolve outras questões importantes, como as vulnerabilidades às IST/HIV/Aids.

Nesse esteio, a presente pesquisa procurou identificar a percepção que os dependentes químicos possuem sobre a relação existente entre drogadição e transmissão das IST'S/AIDS. Para realizar o intento aqui exposto, realizou-se um percurso metodológico que se utilizou de uma abordagem quantitativa, exploratória e transversal exposto na próxima seção.

## **METODOLOGIA**

O estudo foi quantitativo, de tipo exploratório e transversal, realizado no CAPS AD no ano de 2016 na cidade de Fortaleza- CE. Os aspectos éticos foram atendidos, tendo o projeto de pesquisa sido submetido ao Comitê de da Universidade de Fortaleza - UNIFOR – COÉTICA sob o número CAAE 48020915.6.0000.5052, Para esse fim, foi solicitado a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos pacientes.

Foram convidados para participar do estudo 17 pacientes. Utilizou-se uma entrevista semiestrutura aplicada na instituição onde o paciente fazia tratamento.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A população de estudo foi composta por 17 pacientes do CAPS AD. Dos 17 entrevistados estavam na faixa etária de 20 a 63 anos. 5% na faixa etária de 20-30 anos; 88% na faixa etária de 31-39 anos; 2% na faixa etária 40-49; 3% na faixa etária de 50-59 anos e 1% na faixa etária de 60-69 anos. Quanto ao estado civil dos 96 % dos sujeitos eram solteiro; 3 % estão casados e 1 % esta em união estável. A escolaridade dos indivíduos entrevistados para esse estudo mostra que mais da metade tem pelo menos oito anos de estudo. Com relação a idade quando experimentaram a droga pela primeira 05 estavam na faixa etária de 09 a 13, 04 na faixa etária de 13 a 17 anos e 01 na faixa etária de 17 a 22 anos.

Este estudo procurou investigar, como foi dito antes, a percepção que os dependentes químicos possuem sobre a relação existente entre a drogadição e transmissão das IST'S/AIDS, no CAPS ad. Com relação aos participantes

da pesquisa, usuários do CAPS ad do município de Fortaleza, observou-se que a clientela predominante deste serviço é do sexo masculino, adulta, de baixa escolaridade e desempregada. Além disso nenhum paciente relacionou a drogadição com a transmissão de IST'S/AIDS, o que mostra a falta de conhecimento e preocupação por parte do usuários, que buscam apenas sensações de "prazer" sem pensar nas consequências dos seus atos, podendo gerar um grande problema de saúde pública. Que deve ser trabalhado no CAPS ad, através de suas vulnerabilidades específicas com relação a estas doenças, estimulando suas atitudes frente o uso do preservativo e motivos do não conhecimento sobre as IST'S/AIDS.

De acordo com as autoras, em relação ao predomínio do sexo masculino, sabe-se que historicamente os problemas de consumo abusivo de álcool e drogas são mais comuns entre os homens. Há no município serviços que atendem ao público feminino, mas geralmente em instituições mistas (como é o caso do CAPS ad), porém quase não existem serviços especializados somente para a atenção ao público feminino, que tem se tornado cada vez mais vulnerável à dependência de álcool e outras drogas, o que modifica o cenário de décadas anteriores. Há estudos (SENAD, 2004) que mostram a necessidade de planejar instituições especializadas para esse público, pois ele tem suas especificidades, que devem ser levadas em consideração, para maior eficácia nas intervenções.

Com relação a baixa inserção no mercado de trabalho pelos usuários do CAPSad, estudo anterior realizado no município (SPOHR; LEITÃO; SCHNEIDER, 2006) também levantou que a categoria predominante nos diversos serviços voltados ao atendimento ao álcool e outras drogas foi a de desempregados. Este dado aponta para a necessidade de que estes serviços se debrucem sobre a importância da promoção de ações voltadas à reinserção social dos usuários.

A reinserção social torna-se, portanto, aspecto primordial para que se possa consolidar a melhoria da qualidade de vida dos usuários de uma forma integral. Indivíduos com problemas de saúde mental geralmente necessitam, para reinserirem-se na comunidade, de apoio social. Assim, o objetivo final do cuidado em saúde, em sua vertente social, é mais do que o tratamento dos sintomas e sim a reintegração das pessoas à vida em sociedade, pois os indivíduos integrados às suas comunidades tendem a viver mais e podem ter maiores recursos para lidar e/ou recuperar-se do sofrimento físico, psíquico, social que afetam sua saúde. É necessário, portanto, que o cuidado em saúde considere os usuários como seres sociais que compartilham de um contexto complexo (MCDOWELL; NEWELL, 1996).

## CONCLUSÃO

O CAPS AD é uma das instituições de saúde especializadas em atender os dependentes de álcool e drogas, dentro das diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, que tem por base o tratamento do paciente em liberdade, buscando sua reinserção social.

Com este estudo observa-se tratar-se de um trabalho complexo, pois muitos dos usuários ainda permanecem com o uso muito intenso das drogas. Outro fato é que poucos são casados e maior parte não tem o ensino fundamental completo.

É importante que entendamos como profissionais de saúde que nossas atividades precisam ter mais motivação para atrair esses pacientes para uma melhora na sua qualidade de vida. O estímulo deve ser dado para sua reinserção profissional e a volta ao estudo. A superação e a auto responsabilidade deve ser uma constante nas atividades diárias no CAPS AD.

Observou-se que esta população apresentou dados de vulnerabilidade às IST'S/Aids, pois apesar de uma atitude favorável ao uso do preservativo, na prática houve uma baixa adesão ao uso do mesmo, baixo conhecimento sobre transmissão do HIV e importante presença de IST'S em suas histórias de vida, bem como uma grande quantidade de participantes que afirma não ter conhecimento do que é uma IST.

Além disso, observaram-se especificidades com relação a vulnerabilidade dos usuários do CAPSad com relação ao IST'S/Aids, pois observou-se que o estar sobre efeito de alguma substância psicoativa foi fator dificultador da utilização do preservativo. Por outro lado, nas evocações sobre álcool/drogas surge a importante associação destas com sexo, diversão e prazer, o que indica que a combinação drogas/álcool pode ser igual a sexo desprotegido.

Além disso, mais especificamente sobre a questão das DST/HIV/Aids, faz-se fundamental propor oficinas que discutam sexualidade, prazer e sexo seguro, para usuários de CAPSad, pois a prevenção e o diagnóstico destes agravos deve ser realizada o mais precocemente possível.

## REFERÊNCIAS

BETONI. N; SILVA. C.M.F.P; BASTOS. F.I. Conhecimento sobre AIDS e formas de transmissão do HIV entre usuários de drogas do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

LOPES, G. T; LEMOS B. K. J; LIMA, H. B; CORDEIRO, B. R. C; LIMA, L. S. V. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, no. 4, julho/agosto, 2009. ISSN 0034-7167.

MALTA, D.C; SILVA, M. A. I; MELLO, F.C.M; MONTEIRO, R.A; PORTO, D.L; SARDINHA, L.M.V; FREITAS, P.C. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. Rev Bras Epidemiol, 2011; 14(1) Supl.: 147-56

MARQUES, A. C. P. R; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, s. 2, dezembro, 2000. ISSN 1516-4446.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S .F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(1):35-42, jan-mar, 1998

REIS,N.B. conhecimento sobre HIV/AIDS entre usuários de drogas, Rio de Janeiro, 2010.

SALDANHA, A.A.W; CARVALHO, E. AB; DINIZ, R. F; FREITAS, E.S; FÉLIX, S. M. F; SILVA, E A. A. Comportamento sexual e vulnerabilidade à AIDS: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. DST – J bras Doenças Sex Transm 2008; 20(1): 36-44.

SANCHEZ, Z. V. M; OLIVEIRA, L. G; RIBEIRO, L. A; NAPPO, S. A. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio, 2010. ISSN 1413-8123.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA INTERFACE DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA ADOLESCÊNCIA

Raquel Santos Monte Queiroz<sup>1</sup>, Francisca Bertilia Chaves Costa<sup>1</sup>, Zélia Maria de Sousa Araujo santos<sup>2</sup>, Ana Paula Vasconcelos abdon<sup>2</sup>, Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>2</sup>, Mirna Albuquerque Frota<sup>2</sup>

1. Doutoranda de em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Docente em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: raquelsmqueiroz@gmails.com

Palavras-chave: tecnologia, adolescente, sexualidade, saúde reprodutiva, promoção da saúde.

### INTRODUÇÃO

O uso da tecnologia educacional tem-se destacado por proporcionar educação e promoção da saúde à população, pois permitir a identificação sistemática de desenvolvimento, organização ou utilização de recursos educacionais e manuseio desses processos, bem como o uso de técnicas orientadas por equipamentos ou auxílio de recurso audiovisual no cenário educacional (SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2014).

Uma população que merece destaque diante do emprego de tecnologias educacionais são os adolescentes por vivenciarem um fase da vida repleta de mudanças e desafios, os levando muitas vezes a tomarem decisões falhas.

Os fatores como o desconhecimento do corpo, a omissão da família/escola sobre os assuntos pertinentes à adolescência, o pouco envolvimento dos serviços públicos, o bombardeamento ativo ao qual estão expostos pela mídia estimulam o início precoce de suas atividades sexuais, não conscientes das implicações de uma vida sexualmente ativa (PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012).

Além disso, cada grupo social e cultural constrói e recria valores imaginários e conceitos sobre o papel da sexualidade para o ser humano. Em vista disso, a educação sexual acontece em todos os grupos sociais, de forma atemporal e acultural, expressando-se em diversos paradigmas e refletindo-se em múltiplas organizações da sociedade, inclusive, a escola (HIGA *et al.*, 2015). Tendo o termo paradigma caracterizado como um tipo de visão de mundo, seja de forma individual e coletiva, que se expressa no fazer cotidiano humano, como dito, indissociado da sexualidade. Sendo que no campo sexual, os paradigmas se concretizam no que se chamam vertentes pedagógicas de educação sexual (MELO, 2011).

Diante disso faz-se necessários ações que envolvam estratégias de promoção da saúde para essa clientela, por parte dos profissionais de saúde, assim como da educação para os guiarem a uma tomada de decisão satisfatória.

Dentro dessa contextualização tem-se como questão norteadora: Quais tecnologias educacionais promovem a saúde sexual e reprodutiva na adolescência?

Assim, objetivou-se identificar as tecnologias educacionais na promoção da saúde sexual e reprodutiva na adolescência.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática elaborada a partir de um protocolo de acordo com as orientações de Pereira e Galvão (2014).

Para a realização do estudo, procurou-se por artigos científicos que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: estudos publicados no período de 2012 a julho de 2017, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram não contemplar o objeto de estudo proposto para essa revisão e, ainda, estudos de revisão.

O período de coleta dos artigos ocorreu durante o mês de agosto de 2017. Foram realizadas buscas em bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *SciVerse Scopus*, *Web of Knowledge*. Como, também, em um diretório de revistas, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. E em dois portais: Sociedade Brasileira de Informática (SBIS) e PubMed. Com os descritores adolescente, tecnologia, saúde reprodutiva e sexualidade. Usando-os associados ao operador booleano AND: teenage AND technology AND reproductive health; teenage AND sexuality AND technology.

Para a identificação das tecnologias educacionais em resposta ao objetivo do estudo realizou-se a leitura na íntegra dos estudos e a releitura dos resultados, com a finalidade de verificar aspectos relevantes que se repetiam ou se destacavam. Depois de avaliados os critérios de inclusão e exclusão, 17 foram incluídos para revisão.



As extrações dos dados foram agrupadas em três domínios: a) dados descritivos (título, autores, ano de publicação, local do estudo, participantes do estudo, tamanho da amostra); b) metodológicos (tipos de estudo e instrumento metodológico utilizada) e c) resultados, tecnologias educacionais de promoção da saúde sexual e reprodutiva na adolescência.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática foi desenvolvida a partir dos achados de 17 manuscritos selecionados.

Dentre esses constatou-se que a maior quantidade, sete, de artigos encontrados foram publicados no ano de 2015 (BALEY; BROWN, 2015; BRADY et al., 2015; DE CASTRO; KATZ, 2015; DEVINE et al., 2015; LEMOS et al., 2015; PESKIN et al., 2015; VILLEGAS et al., 2015), seguido de quatro em 2016 (FIELLIN et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016; RIBEIRO et al., 2016; VILAÇA, 2016), dois em 2014 (MITCHELL et al., 2014; WIDMAN; CHOUKAS-BRADLEY; PRINSTEIN, 2014), dois em 2013 (MATIAS et al., 2013; VEINOT et al., 2013), um em 2012 (DE SOUSA; NUNES; MACHADO, 2012) e um em 2017 (BRAYBOY et al. 2017).

Quanto ao local de publicação evidenciou-se que oito dos artigos selecionados foram realizados na América do Norte, de forma mais específica nos Estados Unidos da América (BRADY et al., 2015; BRAYBOY et al., 2017; DEVINE et al., 2015; PESKIN et al., 2015; FIELLIN et al., 2016; MITCHELL et al., 2014; WIDMAN, CHOUKAS-BRADLEY, PRINSTEIN, 2014). Sete artigos foram realizados na América Latina (DE CASTRO; KATZ, 2015; DE SOUSA; NUNES; MACHADO, 2012; LEMOS et al., 2015; MATIAS et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2016; RIBEIRO et al., 2016; VILLEGAS et al., 2015), sendo um desses no Chile (VILLEGAS et al., 2015) e os demais no Brasil. Identificou-se ainda dois trabalhos desenvolvidos na Europa (BALEY; BROWN, 2015; VILAÇA, 2016). Compreende-se a temática como sendo de relevância internacional, mostrando assim a necessidade de uma maior atenção para as tecnologias adaptáveis ao público adolescente.

Tomando-se como público-alvo desses estudos o adolescente como protagonista principal, mesmo que em alguns desses exista a presença de outros atores também importantes dentro da promoção da saúde sexual e reprodutiva, os pais/responsáveis (BALEY; BROWN, 2015), agente comunitário de saúde e profissionais de saúde (DE CASTRO; KATZ, 2015), direcionando que a sexualidade na adolescência é um tema que deve envolver não apenas a figura do adolescente, mas pessoas pertencentes ao meio onde esses jovens estão inseridos.

Apesar de não estar explícito em um dos estudos o tamanho amostral (LEMOS et al., 2015), às amostras variaram entre 10 (RIBEIRO et al., 2016) e 20.033 (DE CASTRO; KATZ, 2015) participantes. Sendo que em dois estudos, ocorreu a participação específica do sexo feminino (BRAYBOY et al., 2017; VILLEGAS et al., 2015).

Segundo as características metodológicas, observou-se uma predominância metodológica de intervenção em um total de seis manuscritos (DE CASTRO; KATZ, 2015; DEVINE et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016; VEINOT et al., 2013; VILAÇA et al., 2016; WIDMAN;

CHOUKAS-BRADLEY; PRINSTEIN, 2014), seguido por três descritivos (LEMOS et al., 2015; MATIAS et al., 2013; RIBEIRO et al., 2016), dois ensaios clínicos (BALEY; BROWN, 2015; FIELLIN et al., 2016), dois coorte (BRADY et al., 2015; VILLEGAS et al., 2015), um caso-controle (PESKIN et al., 2015), um observacional (MITCHELL et al., 2014), um prospectivo (BRAYBOY et al., 2017) e uma cartografia (DE SOUSA; NUNES ; MACHADO, 2012).

A partir da leitura dos manuscritos selecionados foi possível a identificação de quais tecnologias educacionais foram empregadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva na adolescência em resposta ao objetivo deste estudo. Observou-se a partir da análise e interpretação desses que os artefatos utilizados estavam relacionados a jogos *onlines* presentes em sete estudos (FIELLIN et al., 2016; MITCHELL et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2016; PESKIN et al., 2015; VEINOT et al., 2013; VILLEGAS et al., 2015; WIDMAN; CHOUKAS-BRADLEY; PRINSTEIN, 2014), três jogos *offline* (BALEY; BROWN, 2015; LEMOS et al., 2015; MATIAS et al., 2013), três grupos de discussão (DE CASTRO; KATZ, 2015; DE SOUSA; NUNES; MACHADO, 2012; VILAÇA, 2016), um aplicativo para *smartphones* (BRAYBOY et al., 2017), um *site* interativo (BRADY et al., 2015), um com mensagem de texto (DEVINE et al., 2015) e uma caderneta relacionada a saúde do adolescente (RIBEIRO et al., 2016), mas que também abordava a questão da saúde sexual e reprodutiva.

Diante dos achados observou-se dentre os autores uma crescente preocupação de incorporação de aparatos tecnológicos que possam proporcionar uma aprendizagem de forma satisfatória para os adolescentes acerca da saúde sexual e reprodutiva e assim contribuir para a prevenção e promoção da saúde desses. Identificando-se que o uso de ferramentas tecnológicas foram eficazes quando relacionadas com essa temática.

Destaca-se que os adolescentes identificados nos estudos analisados buscam por informações em locais de fácil acessibilidade, como por exemplo na internet, os quais não dependem de outrem para obtê-las. Assim, buscam por conta própria o conhecimento que muitas vezes não o é repassado pelos pais, profissionais de saúde ou professores.

Assim, outro aspecto altamente retratado nos manuscritos identificados, foi a questão de proporcionar a questão da saúde sexual e reprodutiva em ambientes escolares, haja vista que o ser adolescente em sua essência, na maior parte do tempo, não busca por informações em unidade de saúde. Mesmo assim, essa informação deve chegar ao adolescente, e a escola torna-se, dessa forma, o local mais propício para esse compartilhamento de informações acerca dessa temática, cercada ainda de muitos tabus e preconceitos.

Em colaboração ao disposto, estudos referem que devem-se criar estratégias no interior das instituições educativas, de maneira que se evidencie o efeito das tecnologias sobre a qualidade educativa, já que se faz necessário contar com os próprios sistemas de medição da qualidade, hoje, fundamentalmente restringidos a testes padronizados em algumas matérias, razão pela qual é de suma importância a renovação de práticas educativas e as estratégias associadas a elas (MARTINEZ, 2016).

Estudos ainda constataam que os adolescentes brasileiros têm iniciado suas relações sexuais cada vez mais cedo, o que leva à necessidade de promover a essa população a orientação, o apoio e a proteção adequados para o início desta nova experiência, a fim de que saiba-se lidar com a situação com mais responsabilidade, segurança e tranquilidade. Neste sentido, o apoio da família, da escola e dos profissionais da saúde é fundamental. Dessa forma, políticas públicas, programas e projetos que enfatizam e abordam a educação sexual, enquanto orientação para a vida, e tenham como eixo norteador a vulnerabilidade, a qual possibilita entender e interagir os diferentes aspectos individuais, programáticos e sociais, devem ser implantados para preparar os sujeitos para viverem no mundo presente e futuro (MALTA et al., 2011).

## CONCLUSÃO

Os resultados permitiram vislumbrar um potencial a ser desvendado positivamente na integração da vivência dos adolescentes, pois identificou-se a tecnologia cada vez mais presente em seu contexto social. Assim, a implementação de tecnologias educativas na promoção da saúde mostrou-se significativa para conscientização de práticas sexuais seguras e saudáveis na adolescência, favorecendo o empoderamento e possibilitando maior capacidade de intervenção na realidade de adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- BAYLEY J.E; BROWN K.E. Translating group programmes into online formats: establishing the acceptability of a parents' sex and relationships communication serious game. **BMC Public Health**. V.15,n.1225, p. 2-13. 2015.
- BRADY S.S. et al. An Interactive Website to Reduce Sexual Risk Behavior: process evaluation to Teens Talk Health. **JMIR Reaserch Protocols**. V.4, n. 3, p. 1-18. 2015.
- BRAYBOY L.M. et al. 2017. Girl Talk: a smartphone application to teach sexual health education to adolescent girls. **Journal Pediatric Adolescent Gynecology**. v.30, p.23-28. 2017.
- DE CASTRO D.; KATZ R. "Espaço Livre de Orientação em Saúde e Sexualidade - ELOSS e Programa de Orientação em Sexualidade, Prevenção de DST/AIDS e Distribuição de Preservativos - PROSS". **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, suppl.1, p. 23-31, mar. 2015.
- DE SOUSA V.F.F.; NUNES M.L.S.; MACHADO C.J.S. "Ficar é...": um código de relacionamento entre adolescentes. **Caderno Feminino**, Uberlândia-MG, v. 25, n. 2, p.136-157, jul.-dez. 2013. DEVINE S. et al. Methods to access youth engagement in a text messaging supplement to an effective teen pregnancy program. **Journal of Biomedical Informaties**.v.56. p.379-386. 2015. FIELLIN L.E. et al. The desing and implementation of a randomized controlled trial of a risk reduction and human immunodeficiency virus prevention videogame intervention in minority adolescents: Play Foward. Elm City Stories. **Clinical Trials**. V.13,n.8.p. 400-408. 2016.
- HIGA E.F.R. et al . A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Interface**, Botucatu , v. 19, suppl. 1, p. 879-891. 2015.
- LEMOS I.C.S. et al. Tecnologia educativa para trabalhar a sexualidade de adolescentes no contexto escolar. **Revista Interdisciplinar**. V. 8, n.3, p. 110-118, jul-set. 2015.
- MALTA D. C. et al . Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, suppl. 1, p. 147- 156, sept. 2011.
- MARTINEZ G.A. The ICTs, generators of the new computing culture: the use of "Aula Virtual", Universidad Nacional, Costa Rica. **Semina: ciências sociais e humanas**. v. 37, n. 1, p. 119-29. 2016.
- MATIAS E.O. et al. Estratégia educativa como tecnologia facilitadora para a promoção da saúde do adolescente no âmbito escolar. **Adolescência & Saúde**. V.10,n. 2, p. 7-14. 2013.

MELO S.M.M., organizadora. **Educação e sexualidade**. Instrucional Carmen Maria Cipriani Pandini – 2.ed. rev. – Florianópolis : UDESC/CEAD/UAB. 2011.

MITCHELL J.K. et al. Accessing sexual health information online - use, motivations and consequences for youth with different sexual orientations. **Health Education Research**. V.29, n.1, p. 147-157, jul. 2014.

OLIVEIRA R.N.G. et al. Limites e possibilidades de um jogo *online* para a construção de conhecimentos de adolescentes sobre sexualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.21, n.8, p. 2383-2382. 2016.

PARIZ J.; MENGARDA C.F.; FRIZZO G.T. Atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão de literatura. **Revista Saúde & Sociedade**. v. 21, n. 3, p.223-236. 2012.

PEREIRA M.; GALVÃO T. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração.

**Epidemiologia Serviços. Saúde**, Brasília,v. 23, n.1, p. 183-184. 2014.

PESKIN M.F. et al. Efficacy of *it's your game-tech*: a computer-based sexual health education program for middle school youth. **The Journal of Adolescent Health**. V. 56, n.5, p. 515-521, mar. 2015.

RIBEIRO C.P.S. et al. Percepção de adolescentes escolares sobre transformações corporais, gravidez e caderneta de saúde do adolescente. **Revista Cubana de Enfermería**. V.32, n.1. 2016. 32 (1).

SOUZA A.; MOREIRA T.; BORGES J. Tecnologias Educacionais desenvolvidas para promoção da saúde cardiovascular em adultos: revisão integrativa. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo,v.48, n.5, p. 944-951. 2014.

VEINOT T.C. et al. A question of trust: user-centered design requirements for an informatics intervention to promote the sexual health of African-American youth. **Journal of the American Medical Informatics Association**. V.20, p. 758-765. 2013.

VILAÇA T. InterAção no núcleo da promoção de sexualidade saudáveis: competência para a ação, ação e uso de tecnologias de informação e comunicação na escola. **Revista Linhas**, Florianópolis, v.17, n.34, p. 28-57, mai-ago. 2016.

VILLEGAS N. et al. Pilot testing an internet-based sti and hiv prevention intervention with chilean women. **Journal Nurse Scholarsh**. V.47,n. 2, p. 106-116. 2015.

WIDMAN L. et al. Safe sext: adolescents' use of technology to communicate about sexual health with dating partners. **Journal of Adolescent Health**. V.54, n.5, p. 612-614, may. 2014.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A SÓCIOEDUCAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DE UMA CULTURA DE PAZ

Regina Célia de Souza Beretta<sup>1</sup> Glória Lúcia Alves Figueiredo<sup>2</sup> Carlos André Rodrigues<sup>3</sup>

*1 Assistente Social. Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Franca- UNIFRAN- Brasil*

*2 Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Franca- UNIFRAN- Brasil gloria.figueiredo@unifran.edu.br.*

*3 Contador. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Franca- UNIFRAN-Brasil.*

*E-mail: regina.beretta@unifran.edu.br.*

### INTRODUÇÃO

O cenário da infância e adolescência no Brasil apresentado pela Fundação ABRINQ em 2017 informa que o Brasil possui aproximadamente 60,5 milhões de crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos. Já o IBGE em 2014 apontou para uma população de 24.042.852 adolescentes entre 12 a 18 anos. São nove as principais vulnerabilidades enfrentadas pelos adolescentes brasileiros: a pobreza e a pobreza extrema; a baixa escolaridade; a exploração no trabalho; a privação da convivência familiar e comunitária; os homicídios; a gravidez na adolescência; as doenças sexualmente transmissíveis e Aids; o abuso e a exploração sexuais; e o abuso de drogas. Milhares de adolescentes vivem em situações de pobreza, vulnerabilidade e risco social sem melhoria das suas condições de vida e muitos acabam adentrando na prática do ato infracional como mediação do mundo e outros são assassinados. (UNICEF, 2011):

O Mapa da Violência (Waiselfis, 2013) revela gravíssimas violações de direitos dos adolescentes e das famílias. A primeira causa de morte na adolescência no Brasil são os homicídios, o mapa detectou 19 assassinados diários de adolescentes entre 15 e 19 anos em nosso país que atingem especialmente os adolescentes negros (71,44%), do sexo masculino (93,03%), moradores das periferias dos grandes centros urbanos brasileiros.

Araújo & Lopes de Oliveira (2010) esclarecem que as representações sociais sobre o fenômeno da adolescência são espelhos de ideologias dominantes e veículos de controle social promovendo a exclusão social, pois os adolescentes representam muitas vezes uma ameaça pela sua capacidade de força, criatividade e contestação.

Olhar sobre a adolescência no Brasil constitui um desafio, pois é necessário entender a diversidade regional, étnica, cultural e socioeconômica do Brasil, bem como cultura adultocêntrica e machista, no contexto das mudanças da contemporaneidade, como o aumento da expectativa de vida; a maior participação das mulheres no mercado de trabalho; as novas modalidades de união afetivo-sexual; as conquistas recentes de alguns direitos sociais, entre outros.

A adolescência pode ser entendida como um fenômeno sociocultural, construído ao longo da história que se caracteriza não apenas transformações físicas e emocionais, mas representa experiências repletas de subjetividade. Bisinoto et al. (2014) relatam que os adolescentes estão expostos às influências do meio cultural, de consumo e de um sistema sócio econômico e político, das tecnologias de comunicação e das novas configurações familiares. Esses fatores incidem sobre a construção de significados, que influenciam seu modo de pensar e agir.

Bisinoto et al. (2014, p. 121):

De um ponto de vista biológico, considera-se adolescente aquele que já alcançou a maturidade sexual e é capaz de contribuir para a reprodução da espécie. Já mencionamos que a adolescência não pode ser reduzida a fenômenos maturacionais e da natureza e que as suas características culturais devem receber destaque. Entretanto, a compreensão de como se dá o desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias, a partir da puberdade, é importante para guiar ações sociais no campo da educação e da saúde do adolescente. São aspectos considerados, por exemplo, na proposição de políticas públicas voltadas para a saúde sexual do adolescente.

“Ser e tornar-se adolescente” no modo de produção capitalista pode ter diferentes significados de acordo com a classe social ou cultura, que não oportuniza a todos as mesmas condições de desenvolvimento integral.

O adolescente autor de ato infracional e suas famílias estão expostos a diversos “riscos” que podem inibir o desenvolvimento das suas potencialidades. O Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei (SDH, 2009) relata que esses adolescentes, caracterizam-se pela negação de direitos, pela exclusão social, pela privação de renda e por dificuldades no acesso as políticas de educação e de saúde.

Os adolescentes em conflito com a lei são mais vítimas do que violadores de direitos e o Estado brasileiro, não pode desconsiderar a sua condição peculiar de desenvolvimento. O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) representou uma resposta do Estado ao ato infracional quando prevê o cumprimento de medidas sócioeducativas em meio aberto (responsabilidade dos municípios) e em privação de liberdade (responsabilidade do Estado). O ECA estabelece que a família, a sociedade e o estado são responsáveis pela promoção dos direitos das crianças e adolescentes. Essa legislação representou no Brasil uma ruptura do paradigma repressor e punitivo, graças ao reconhecimento que a oferta de serviços, programas e oportunidades sócioeducativas, que possam promover mudança de hábitos, usos e costumes, prevenindo comportamentos anti-sociais e protegendo as famílias, com a inserção dos adolescentes em programas sociais.

O ECA estabelece não somente a responsabilização do adolescente pelos atos infracionais praticados, mas principalmente a participação ativa do sujeito na ação sócioeducativa. Outra legislação que normatiza o atendimento do adolescente em conflito com a lei está o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE, Lei 12594/12) que estabelece de um lado o atendimento da privação de liberdade em regionalização dos programas, visando o direito à convivência familiar e comunitária, e de outro a municipalização do atendimento em meio aberto, com articulação de políticas intersetoriais e de redes de apoio.

O ECA ou SINASE não realizam associações e conexões metodológicas suficientes para ampliar e esclarecer o entendimento da socioeducação na superação dos fatores de vulnerabilidades e riscos, que possam promover a inclusão social. Esse trabalho pretende analisar as possibilidades de discussão da socioeducação como estratégia educativa para alcançar uma Cultura pela Paz, superando os paradigmas de uma sociedade patriarcal, machista e controladora da adolescência. Uma sociedade capaz de construir outra relação com a adolescência de respeito e de oportunidades para melhoria da qualidade de vida, com exercício da cidadania.

A paz não é só ausência de violência, mas tem o seu significado ampliado, pois requer a justiça, igualdade, liberdade respeito aos direitos humanos, à diversidade e à cooperação de pessoas, grupos ou nações. A Organização das Nações Unidas (ONU) conceituou a cultura da paz em 1999, como conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social. (BRASIL, 2009).

## **METODOLOGIA**

Esse trabalho buscou realizar um levantamento bibliográfico documental em legislações, material de orientação técnica como cartilhas, artigos científicos por meio de revisão buscando entender o conceito e experiências da sócioeducação como estratégias da cultura da paz, de prevenção à violência e melhores condições de vida dos adolescentes em conflito com a lei.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A sócioeducação é uma estratégia de prevenção e requer uma compreensão sobre os direitos humanos, na perspectiva do respeito e da dignidade do homem, o que pressupõe a garantia da liberdade, justiça e igualdade. Não basta o Estado Brasileiro normatizar a socioeducação é imprescindível investir em políticas públicas que superem as condições de desigualdade e pobreza, na superação do ciclo de violações vividas.

Para Marques, et all (2013) este processo poderá ser atingido não somente com novas práticas educativas, mas por todos os sujeitos envolvidos com a socioeducação em diferentes políticas públicas. O autor sugere a organização de “redes de proteção intersetoriais” com planejamento voltado às ações protetivas, no sentido da prevenção e imediata “neutralização” dos fatores que levam à prática de atos infracionais (privações materiais, negação de direitos, evasão escolar, trabalho infantil, gravidez precoce, uso de substâncias psicoativas, violência intrafamiliar, entre outros). As famílias devem ser fortalecidas em sua função protetiva, pela transversalidade e complementariedade das redes de proteção.

O atendimento socioeducativo previstos no ECA e no SINASE pressupõe a socioeducação e a discussão do território em suas potencialidades, fatores de riscos, fragilidades e a intersectorialidade. Nesse contexto as equipes devem ser preparadas para projetos de socioeducação com os adolescentes, na compreensão de que são sujeitos de direitos. Para Costa (2000) a sócioeducação alicerça-se no exercício da democracia, da prática dialogada e na compreensão do adolescente enquanto protagonista de uma história, com possibilidades de um novo projeto de vida. O trabalho da socioeducação é garantir acesso aos direitos humanos, apoio social e limites, promovendo o processo de desenvolvimento pessoal e social do adolescente para uma convivência e participação social-cidadã. A rede intersetorial de proteção consegue vencer paradigmas, ao contar com a base de apoio familiar e comunitária, com a participação popular de lideranças, entidades, organizações, sindicatos, empresariado, fazendo que sócioeducação ganhe outra relevância e dimensão social.



## CONCLUSÃO

A adolescência é uma construção histórica, representação coletiva, fato social e psicológico cujos significados atribuídos variaram muito ao longo do tempo. (OZELLA, 2002). Dentre as violações de direitos vividas pelos adolescentes destacam-se as vulnerabilidades relacionais, os preconceitos e as discriminações, o abandono, a apartação, o confinamento, o isolamento e as violências (MDS, 2013).

Os adolescentes no Brasil representam mais de 40% da população brasileira, porém parte daqueles que vivem situações de negação de direitos e vulnerabilidades e só ganham visibilidade na sociedade contemporânea, pela via da violência (SALES, 2007). A autora trabalha a visibilidade como condição humana, política e social, os adolescentes autores de ato infracional de classes vulneráveis são projetados na mídia como metáforas da violência. Entretanto os atos infracionais predominantes entre os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação são contra o patrimônio e não contra a vida e representam apenas 8% do total de universo dos delitos. A privação de liberdade e restrição de liberdade representa 0,1% dos adolescentes dentre a população de 12 a 18 anos no país.

A prevenção dos atos infracionais depende indiretamente de políticas públicas de qualidade especialmente de uma educação e saúde de qualidade, efetivamente comprometida com o alcance dos objetivos traçados pela Constituição Federal, pelo ECA e pelo SINASE. Os serviços de educação e de saúde devem estar capacitados para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção das violências, trabalhando por uma cultura de paz. Para que os problemas identificados sejam resolvidos é necessária a articulação de diferentes setores: assistência social, educação, saúde, segurança pública, justiça e trabalho. bem como o envolvimento da sociedade civil organizada, configurando redes integradas de atendimento.

Observou-se total omissão do próprio estado na implantação do ECA (Lei nº 8.069/1990) e do próprio SINASE (Lei nº 12.594/2012) no cumprimento das disposições legais, que dá ensejo à responsabilidade civil e administrativa inclusive por improbidade administrativa pelo descumprimento das normas.

As políticas públicas precisam priorizar o atendimento a esse segmento a fim de diminuir os indicadores de violência e ato infracional. Isso pressupõe considerar não só as singularidades do sujeito, mas a totalidade de suas relações, considerando também suas histórias de vida e as circunstâncias dadas. Ao considerar os “riscos” e as “vulnerabilidades” é possível evidenciar as contradições e complexidades vivenciadas.

A valorização do “ser e tornar-se adolescente” em suas diversas realidades é um pressuposto da sócioeducação ao acolher idéias entendendo o adolescente com potencial de líder comunitário e social. O entendimento de sua “condição humana” (ARENDR, 1983) e seu referencial sociocultural são imprescindíveis para pensar intervenções mais educativas, nos mais diversos contextos em que vivem os adolescentes brasileiros.

É preciso descobrir e discutir a sócioeducação, mediando “progressivamente formas mais críticas e conscientes dos adolescentes diante de seus contextos, favorecendo suas participações na transformação da comunidade” (ARAÚJO & LOPES DE OLIVEIRA, 2010).

A pesquisa identificou um esforço do Ministério da Saúde, que em articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem promovido várias ações de vigilância e prevenção das violências e de promoção da saúde e da cultura de paz desde 2004, por meio da implantação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde bem como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF a em 2008. Outro grande avanço na cultura da paz é aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída em 2006, que contribui com ações efetivas para a prevenção de acidentes e violências, atuando sobre os fatores de risco e de proteção, promovendo ambientes e entornos seguros e saudáveis, como também comportamentos e hábitos saudáveis por parte da população.

Verificou-se no presente estudo uma grande incipiência de pesquisas na área da socioeducação, a dificuldade da prática da intersectorialidade entre as políticas públicas, que pode ser entendida como manifestações fenomênicas da precarização e deterioração das políticas públicas, fase ao atual crise política, econômica e social do Estado Brasileiro. Percebeu-se nos estudo de DUPRET (2002) que o desafio em buscar melhores condições de vida pela Cultura da Paz, não é só um compromisso somente estatal, mas de todos nós:

Uma cultura de paz implica no esforço para modificar o pensamento e a ação das pessoas no sentido de promover a paz. Falar de violência e de como ela nos assola, deixa de ser a temática principal. Não que ela vá ser esquecida ou abafada; ela pertence ao nosso dia-a-dia e temos consciência disto. Porém, o sentido do discurso, a ideologia que o alimenta, precisa impregná-lo de palavras e conceitos que anunciem os valores humanos que decantam a paz, que lhe proclamam e promovem. A violência já está bastante denunciada, e quanto mais falamos dela, mais lembramos sua existência em nosso meio social e ambiental. É hora de começarmos a convocar a presença da paz em nós, entre nós, entre nações, entre povos. (DUPRET, 2002, p. 91).

O material consultado evidenciou a importância de ampliar o olhar sobre a adolescência e do significado da sócioeducação como estratégia de construção da Cultura da Paz, porém esse direito está ainda longe de ser

garantido para oportunizar outras condições de superação do ato infracional e da exclusão social, o que requer uma mudança de paradigmas e um esforço organizado do Estado e da sociedade.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. M.; LOPES DE OLIVEIRA, M. C. S.

Significações sobre desenvolvimento humano adolescência em um projeto socioeducativo. *Educação em Revista*, v. 26, nº 3, p. 169-194, 2010.

ARENDT, H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária. Tradução de Robert Raposo, 1983.

BISINOTO, C. (org); MEDEIROS, A. M. A. et al. Docência na socioeducação. Brasília : Universidade de Brasília, Campus Planaltina, 2014. 348 p. ISBN: 978-85-64593-20-6

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Brasília: MDS, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, Antonio Carlos Gomes da – Protagonismo Juvenil: adolescência, educação e participação democrática – Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.

DUPRET, Leila. Cultura de paz e ações sócio-educativas: desafios para a escola contemporânea. *Psicologia Escolar e Educacional. Scielo. Psicol. Esc. Educ. (Impr.) vol.6 no.1 Campinas June 2002. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572002000100013>. On-line version ISSN 2175-3539*

SALES, M.A. (In)visibilidade perversa: adolescentes infratores como metáfora da violência. São Paulo: Cortez editora: 2007.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: KOLLER, S. H. (Org.). Adolescência e psicologia. Concepções, práticas e reflexões críticas. Rio de Janeiro: CFP, 2002, p.16-24.

UNICEF. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2011.

WAISELFIS, J. J. Mapa da Violência 2013: Homicídios e Juventude no Brasil. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude, 2013.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## RECONSTRUÇÃO DE UM SER: IMPACTOS EMOCIONAIS DA CIRURGIA PLÁSTICA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro<sup>1</sup> (PQ), Fernanda Veras Vieira Feitosa<sup>2\*</sup> (IC), Mayara Ruth Nishiyama Soares<sup>3</sup> (IC)

1. Centro Universitário Estácio de Sá – PIBIC/CNPQ.
2. Centro Universitário Estácio de Sá – Curso Psicologia.
3. Centro Universitário Estácio de Sá – Curso Psicologia.

E-mail: fernanda.veras@hotmail.com

Palavras-chave: Mastectomia. Câncer de mama. Impactos emocionais. Cirurgia Plástica

### INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma enfermidade decorrente da proliferação de células anormais da mama que resultam na formação de um tumor. Existem diversos tipos de câncer de mama, que variam dependendo de cada caso, podendo alguns terem um desenvolvimento mais rápido e outros não. (INCA, 2016)

Esse tipo de câncer é incomum nas mulheres que apresentam idade inferior aos 35 anos, mas numa idade superior a essa, sua ocorrência fica cada vez mais presente, especialmente após os 50 anos de idade. Estatísticas detectam o crescimento de novos casos não somente em países desenvolvidos, mas também que ainda se encontram em desenvolvimento.

Os dados estatístico para o Brasil no tocante aos anos de 2016-2017, relacionados a incidência de câncer de mama, são de aproximadamente 600 mil novos casos, sendo 28,1% destes, referentes ao câncer de mama. Espera-se para o Brasil nesse período 57.960 casos novos. (INCA, 2016).

Observando os dados estatístico dos casos de câncer de mama, nas regiões do Brasil, os dados apontam que na região Sul por exemplo, o câncer de mama representa 74,30/100, na região Sudeste 68,08/100 mil, Centro-Oeste 87,87/100 mil, e já na região Nordeste 338,74/100 mil, sendo nessas regiões, a incidência mais frequente. Enquanto que na região Norte é o tipo de câncer mais ocorrente representando (22,26/100 mil). (INCA 2016-2017).

O diagnóstico do câncer de mama pode ser percebido no exame clínico ou por exames de imagens solicitados pelo médico onde são bastante utilizados como a mamografia, assim como a ultrassonografia ou ressonância magnética que são eficazes na descoberta do câncer. Infelizmente o diagnóstico é percebido pelo paciente, assim como pela sua família, como algo aterrorizante em vários aspectos de sua vida.

Silva (2008) destacou que tanto o diagnóstico quanto o tratamento, marcam a vida da mulher nos aspectos físico, psicológico, emocional e social. Autores como Cerqueira e Perez (2008) afirmam que, “ a mama por ser um símbolo bastante representativo em vários aspectos na vida da mulher como sendo símbolo da maternidade por exemplo, afinge essa mulher, por achar que aquilo que há representa está sendo destruído.

Autores como (Santos, Barnabé, et al, 2012) ressaltam que, a mulher ao passar por procedimentos como a retirada da mama, têm a autoestima completamente afetada e que existem procedimentos cirúrgicos aliadas á reestruturação da autoestima e da autoimagem, que são as cirurgias plásticas.

A cirurgia plástica, também denominada de reconstrução mamária são usadas na reparação dos pequenos defeitos (tumorectomias, segmentectomias e quadrantectomias) assim como nas mastectomias. (LAMARTINE, 2012).

Acreditamos que a reconstrução da mama, pós cirurgia de extirpação mamária, pode marcar a vida dessas mulheres nos aspectos físicos, sociais e emocionais. A pesquisa ora proposta pode revelar os impactos que tanto a doença quanto a retirada do órgão, bem como a reconstrução da mama, acarretam na vida da mastectomizada.

Diante do exposto indaga-se: “Qual o impacto emocional da cirurgia plástica em mulheres mastectomizadas? O que mudou na sua vida, após a cirurgia de reconstrução da mama pós mastectomia, na percepção da mulher?.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de pesquisa qualitativa como parte de um projeto de pesquisa de iniciação científica, o trabalho se utiliza de entrevista com mulheres mastectomizadas que fizeram a reconstrução da mama para avaliação dos impactos psicológicos nas mesmas com a visão teórica da psico-oncologia e utilização de artigos científicos



relacionados com os temas, câncer de mama, aspectos psicológicos emocionais nas mulheres mastectomizadas pós reconstrução mamária, disponíveis em nas bases de dados científicos eletrônicos (Medline, Scielo, PubMed e Google Acadêmico), pesquisa ocorrendo no período de agosto de 2017 a julho de 2018.

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa.

### **Cenário e Período do estudo**

A pesquisa será desenvolvida no período de agosto de 2017 à agosto de 2018, sendo que a coleta de dados será realizada nos meses de agosto de 2017 e setembro de 2017 a depender da aprovação do comite de ética em pesquisa do Centro Universitario Estacio do Ceará.

### **Participantes**

As participantes serão mulheres mastectomizadas que fizeram a reconstrução da mama, integrantes do Programa de Assistência a mulher mastectomizada- PROAMMA. Por se tratar de um estudo qualitativo o número de participantes dependerá da saturação dos dados, momento em que se encerrara a coleta. Mesmo assim, estima-se entrevistar 20 mulheres.

### **Crítérios de inclusão e Exclusão para seleção os participantes**

Serão incluídas no estudo mulheres mastectomizadas, que fizeram a reconstrução mamária, independentes da sua faixa etária, sua etnia, situação socioeconômica, estado civil, desde que aceitem participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Serão excluídas da pesquisa mulheres sintomáticas para a neoplasia mamária recidivante na mama preservada ou metastática, as mulheres que não tenha se submetido à reconstrução mamária, além das que se negarem a responder o estudo.

### **Estratégias para as coletas de dados**

A coleta de dados terá início com uma visita ao PROAMMA para apresentação da pesquisa ao coordenador (a) da instituição.

Na primeira etapa será feito o levantamento nos cadastros de atendimentos para identificar as mulheres que atendam aos critérios de inclusão. Após esta etapa será contactado as mulheres que estão frequentando o serviço no período da pesquisa e será feito o convite prévio para sua participação, agendando um momento para apresentação do estudo e aspectos éticos formais como a assinatura do TCLE.

Para a coleta de dados será realizada uma entrevista semiestruturada, que abordará características pessoais como faixa etária, etnia, ocupação, escolaridade, renda familiar, estado civil, número de filhos, menarca, gestação, amamentação, história familiar e as questões norteadoras relacionadas aos fatores emocionais da mastectomia, mapeando as implicações no contexto pessoal.

A entrevista será gravada de acordo com o consentimento da entrevistada e durará o tempo necessário para que a mulher possa falar e se sentir satisfeita com a entrevista. Será realizada no local da pesquisa ou em outro a ser escolhido pela respondente e procuraremos manter um ambiente calmo, descontraído e livre de julgamento.

### **Riscos e benefícios**

O estudo prevê riscos mínimos que podem causar algum constrangimento no momento da aplicação das entrevistas que poderão ser minimizados por ser realizada em ambientes reservados e de forma individualizada. Os participantes da pesquisa poderão desistir ou interromper, sem que haja nenhum prejuízo ou penalidades e ainda serem encaminhados para atendimento necessário, acompanhado pelo pesquisador.

Os benefícios oriundos dos resultados desta pesquisa poderão ser representados pela identificação dos fatores emocionais das mulheres mastectomizadas que fizeram a reparação mamária que serão socializados para a gestão dos serviços públicos de saúde do Brasil e profissionais que atuam na área.

### **Crítérios para suspensão da pesquisa**

A pesquisa será suspensa mediante retirada do aceite por escrito da coordenação da regional, se não houver no dia da aplicação a aceitação por parte dos participantes, ou negação em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Estratégia para análise de dados

As entrevistas serão transcritas na íntegra pelo pesquisador, as mesmas serão lidas repetidas vezes, com a finalidade de proceder ao análise das informações, ordenação das ideias e dos conteúdos capazes de identificar os fatores emocionais das mastectomizadas após a reconstrução mamária.

### Aspectos éticos

Aos sujeitos do estudo estão garantidos o sigilo das informações e o anonimato, de acordo com as normas éticas da investigação científica. Os nomes dos entrevistados não serão relacionados nas entrevistas, sendo estes identificados por iniciais, respeitando o previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética (BRASIL, 2013).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por tratar-se de uma revisão integrativa de um projeto em andamento ainda não dispõe de resultados.

### Resultados esperados

Perante aquilo que se propõe o estudo, espera-se alcançar respostas significativas e consideráveis sobre os possíveis fatores emocionais revelados pelas mulheres pós-mastectomia que fizeram a reconstrução da mama.

## CONCLUSÃO

Diante á pesquisa esperamos buscar os impactos emocionais que a cirurgia de reconstrução da mama pós mastectomia causa nas mulheres. Assim como identificar os fatores psicológicos envolvidos após a reconstrução da mamãe e compreender melhor essas mulheres psicologicamente pós reconstrução mamária em suas relações tanto com o outro como consigo.

## REFERÊNCIAS

Duarte, Tânia Pires, and Angela Nobre de Andrade. **“Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade.”** *Estudos de psicologia* 8.1 (2003): 155-163.

Caetano, Joselany Áfio, and Enedina Soares. **“Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal.”** *Rev. enferm. UERJ* 13.2 (2005): 210-216.

Venâncio, Juliana Lima. **“Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama.”** *Revista brasileira de cancerologia* 50.1 (2004): 55-63.

Gandini, Rita de Cássia. **“Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas.”** *Bol. psicol* 45.103 (1995): 71-103.

D’ALESSANDRO, GABRIEL SALUM, et al. **“Reconstrução mamária imediata com retalho do músculo grande dorsal e implante de silicone.”** *Rev. bras. cir. plást* 30.2 (2015): 163-171.

Colombo, Felipe Gama E. **“Avaliação do grau de satisfação de pacientes submetidas a reconstrução mamária.”** *Rev. bras. cir. plást* 28.3 (2013): 355-360.

Lisboa, Fabiana Christina Araújo Pereira, et al. **“Análise crítica do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com Câncer de Mama acompanhadas em serviço de Mastologia do Distrito Federal.”** *Rev. bras. mastologia* 23.4 (2013).

Kluthcovsky, Ana Claudia Garabeli Cavalli, and Almir Antonio Lara Urbanetz. **“Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis.”** *Rev Bras Ginecol Obstet* (2012): 453-458. Menezes, Natália Nogueira Teixeira de, Vera Lucia Schulz, and Rodrigo Sanches Peres. **“Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio.”** *Estud. Psicol* 17.2 (2012): 233-40.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Centro Universitário Estácio de Sá, por propiciar o aprendizado preciso para a pesquisa.

A Universidade de Fortaleza pela honra, oportunidade e incentivo á produção de novas formas de conhecer através da pesquisa.

A professora e orientadora Cleoneide, por sua força, determinação e coragem e por sempre acreditar na capacidade e potencial de seus alunos.

Ás mulheres mastectomizadas que fizeram a reconstrução da mama, participantes da pesquisa, por suas colaborações no desenvolvimento da pesquisa e da ciência.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## HÁBITO ALIMENTAR SAUDÁVEL DE FUNCIONÁRIOS DE UMA EMPRESA DE REFEIÇÕES COLETIVAS

Lorena Henrique de Sousa<sup>1</sup> (PQ), Amanda Emília Nunes Quezado Praxedes<sup>2</sup> (PG), Herika Paiva Pontes<sup>2</sup> (PG), Paula Pessoa de Brito Nunes<sup>3</sup> (PG), Raquel Santos Monte Queiroz<sup>3</sup> (PG), Mirna Albuquerque Frota<sup>4</sup> (PQ)

1. Mestra em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

4. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: lorenahenrique82@gmail.com

Palavras-chave: Hábitos alimentares. Promoção da Saúde. Escolha Alimentar.

### INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada como um dos mais sérios desafios de saúde pública no início do século XXI. É um problema mundial, que afeta principalmente os países de médio e alto rendimento (WHO, 2012). A obesidade e o sobrepeso são definidos pelo excesso de gordura corporal que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos, sendo classificados através do Índice de Massa Corporal (IMC). São considerados fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares e câncer (WHO, 2013).

A adoção de práticas alimentares saudáveis, acerca da prevenção dos problemas nutricionais desde a desnutrição até a obesidade, é diretamente proporcional com o contexto e conseqüentemente com a adoção de estilos de vida saudáveis, sendo, um componente importante na promoção da saúde. Portanto, diante do exposto as Nutricionistas de empresas de alimentação coletiva podem influenciar no aspecto nutricional dos funcionários melhorando as suas escolhas alimentares, nos seus hábitos alimentares, através da disponibilidade de alimentos nos cardápios oferecidos nas refeições distribuídas nas Unidades de alimentação e Nutrição (UAN).

O estado nutricional de funcionários de UAN's também vem sendo bastante discutido, uma vez que pesquisas revelam o alto índice de sobrepeso nestes trabalhadores, sugerindo, inclusive que esse aumento de peso corporal ocorre após o início da atividade na unidade, como conseqüência da natureza do trabalho, acompanhado de uma mudança de hábitos alimentares (BRASIL, 2010; MATOS, PROENÇA, 2003).

A conscientização das relações positivas entre condições de trabalho, saúde e produtividade tem impulsionado investigações em torno desse grupo, tendo em vista que estudos têm sugerido o aumento de doenças crônicas, principalmente de obesidade. Esse cenário tem sido associado à natureza do trabalho, havendo indícios do aumento de excesso de peso e mudanças nos hábitos alimentares após seu início (HOFELMAN, BLANK, 2009). Conhecer esses trabalhadores de UANs e entender possíveis questões associadas a essas modificações no perfil nutricional e alimentar são fundamentais, já que estudos realizados com estratos populacionais específicos mostram que as prevalências de sobrepeso/obesidade variam dependendo da região, do subgrupo estudado ou de critério diagnóstico utilizado.

Diante do exposto o objetivo deste estudo foi identificar o consumo de alimentos saudáveis de funcionários de uma empresa de refeições coletivas.

### METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa transversal de natureza quantitativa em uma Empresa Privada de Refeições Coletivas, na cidade de Fortaleza, Ceará. A população alvo do estudo foi composta por 30 funcionários, 15 homens e 15 mulheres, que trabalham nas Unidades do Município de Fortaleza e possuem filhos com faixa etária de 4 a 12 anos e que estejam com os documentos regularmente atualizados na empresa. Foram excluídos os funcionários que não participam do programa de alimentação da empresa.

Os dados foram coletados através de um questionário adaptado do Vigitel Brasil 2014 durante o mês de novembro de 2016. O instrumento possui questões relacionadas a frequência alimentar, assim como intensidade e periodicidade.

Os funcionários selecionados foram convidados a participar de um momento de interação, que aconteceu no início do mês de novembro de 2016, onde foi realizada uma apresentação formal e uma breve explanação sobre o objetivo da pesquisa e como seria realizada. Ao final foi confirmado o compromisso, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e aplicação do questionário.

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0 e apresentados na forma de tabelas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), com número do parecer 1.919.013.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisarmos os dados percebemos que quando avaliado a frequência alimentar de leguminosas, hortaliças e carnes, verificou-se que em ambos os sexos apresentaram em maior quantidade (60%) ao número de dias por semana que come feijão todos os dias. Assim como, em ambos os sexos, a maior quantidade, ao número de dias por semana que come pelo menos um tipo de verdura ou legume (46,7%), sendo este, todos os dias ( $p=0,6$ ).

Podemos analisar quanto ao número de dias por semana que come salada de alface e tomate, destaca 3-4 dos 40% no sexo feminino. E, em um dia comum quando come esse tipo de salada no horário do almoço 86,7% no sexo masculino e 80% no sexo feminino.

Quando analisamos o número de dias por semana de quem come verdura ou legume cozido com a comida ou na sopa seus valores são diversificados, sendo estes atingindo em maior quantidade no sexo feminino (33,3%) 3-4 vezes por semana. Em um dia comum quando come esse tipo verdura ou legume cozido com a comida ou na sopa é realizado em maior quantidade no período do almoço. Sendo este consumo, 66,7% no sexo masculino e 53,3% no sexo feminino. Dados esses mostrados na tabela I.

Tabela I: Comparação da frequência alimentar de Leguminosas e Hortaliças entre os gêneros estudados.

Variáveis	Masculino (n=15)	Feminino (n=15)	P
Número de dias por semana que come feijão (n/%)			
1-2	5/33,3	5/33,3	0,5
3-4	1/6,7	0/0	
Todos os dias	9/60	9/60	
Quase nunca	0/0	1/6,7	
Número de dias por semana que come pelo menos um tipo de verdura ou legume (n/%)			
1-2	1/6,7	2/13,3	0,6
3-4	6/40	5/33,3	
Todos os dias	7/46,7	7/46,7	
Quase nunca	1/6,7	0/0	
Nunca	0/0	1/6,7	
Número de dias por semana que come salada de alface e tomate (n/%)			
1-2	1/6,7	2/13,3	0,7
3-4	4/26,7	6/40	
5-6	2/13,3	0/0	
Todos os dias	4/26,7	4/26,7	
Quase nunca	1/6,7	0/0	
Nunca	2/13,3	2/13,3	
Não informado	1/6,7	1/6,7	
Em um dia comum quando come esse tipo de salada (n/%)			
No almoço	13/86,7	12/80	0,5
No almoço e no jantar	0/0	1/6,7	
Não informado	2/13,3	2/13,3	
Número de dias por semana que come verdura ou legume cozido com a comida ou na sopa (n/%)			
1-2	4/26,7	3/20	0,2
3-4	2/13,3	5/33,3	
5-6	4/26,7	0/0	
Todos os dias	3/20	3/20	
Quase nunca	0/0	1/6,7	
Nunca	1/6,7	3/20	
Não informado	1/6,7	0/0	
Em um dia comum quando come esse tipo verdura ou legume cozido com a comida ou na sopa (n/%)			
No almoço	10/66,7	8/53,3	0,8
No almoço e no jantar	2/13,3	2/13,3	
Jantar	1/6,7	1/6,7	
Não informado	2/13,3	4/26,7	

A Tabela II de comparação dos alimentos líquidos, em sua variedade, se apresenta da seguinte forma: suco de frutas natural / consumo de frutas e leite. Sendo assim, foi realizado a verificação que em ambos os sexos, consomem suco de frutas natural todos os dias 73,3% do sexo masculino e 80% do sexo feminino, e a maioria costumam tomar no máximo 2 copos por dia, sendo 40% do sexo masculino e 33,3% do sexo feminino. Com relação ao leite o seu número foi variado, mas em destaque o consumo do leite integral foi de 33,3% no sexo masculino e 46,7% no sexo feminino.

Tabela II: Comparação da frequência alimentar de sucos de frutas natural, frutas, refrigerante e leite entre os gêneros estudados.

Variáveis	Masculino (n=15)	Feminino (n=15)	P
Número de dias por semana que come feijão (n/%)			
1-2	2/13,3	0/0	0,3
3-4	1/6,7	2/13,3	
Todos os dias	11/73,3	12/80	
Quase nunca	0/0	1/6,7	0,9
Nunca	1/6,7	0/0	
Número copos por dia na qual costuma tomar suco de frutas natural (n/%)			
1	4/26,7	5/33,3	0,9
2	6/40	5/33,3	
3 ou mais	4/26,7	4/26,7	
Não informado	1/6,7	1/6,7	
Número de dias por semana que costuma comer frutas (n/%)			
1-2	6/40	4/26,7	0,2
3-4	4/26,7	7/46,7	
5-6	0/0	2/13,3	
Todos os dias	5/33,3	2/13,3	
Número de vezes que costumar comer frutas (n/%)			
1	11/77,3	11/77,3	0,9
2	1/6,7	0/0	
3 ou mais	3/20	1/6,7	
Número de dias por semana que costuma tomar leite (n/%)			
1-2	3/20	1/6,7	0,1
3-4	4/26,7	0/0	
5-6	1/6,7	1/6,7	
Todos os dias	5/33,3	7/46,7	
Quase nunca	1/6,7	3/20	
Nunca	1/6,7	3/20	
Tipo de leite que costuma tomar (n/%)			
Integral	9/60	11/73,3	0,3
Desnatado	1/6,7	0/0	
Os dois tipos	2/13,3	0/0	
Não informado	3/20	4/26,7	

n=número de indivíduos; %= percentual.

Estudos sobre a tendência de mudanças no padrão alimentar da população brasileira nas últimas décadas destacam a elevação do consumo de carnes e alimentos industrializados (refrigerantes, biscoitos e refeições prontas) e a redução do consumo de leguminosas, raízes e tubérculos, frutas e hortaliças. Diante dessas constatações, entre outras medidas, o Ministério da Saúde coordenou a elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, no ano de 2011, e a revisão do 'Guia alimentar para a população Brasileira: promovendo a alimentação saudável (BRASIL, 2014).

As mudanças nos padrões de alimentação e o aumento do consumo energético estão relacionados com uma dieta rica em gordura (principalmente as de origem animal), açúcares e alimentos refinados. Assim como, a urbanização tem também um impacto no nível de atividade física, predominando o estilo de vida sedentário, devido a alterações na esfera do trabalho (que conta com empregos essencialmente inativos) e à melhoria das redes de transporte, decorrentes do processo de modernização mundial. (FERREIRA E WANDERLEY, 2010)

Sabe-se que o leite integral é o que possui maior consumo, devido a disponibilidade nas Unidades. O consumo desse nutriente poderia atingir níveis maiores, no entanto, a tomada de escolhas e formas de consumo pode ser levada em consideração no ambiente de trabalho: por exemplo, remover a gordura aparente da carne e a pele do

frango antes de seu consumo, e substituir o leite integral por leite desnatado quando for disponibilizado o consumo na Unidade.

O alimento está à disposição nos horários das refeições e cada restaurante segue um cardápio. Concluiu-se que a maioria dos funcionários possui o hábito de tomar suco de frutas natural e consumir frutas todos os dias. Alimentar é dar ao organismo os nutrientes necessários à sua manutenção. A alimentação tem como função biológica fornecer ao corpo as substâncias indispensáveis para sua subsistência (LIMA, 2012). Com o passar do tempo, o sustento dos indivíduos deixou de ser meramente uma necessidade instintiva de sobrevivência e passou a se tornar, também, uma fonte de desejo e um meio de socialização para a satisfação da própria espécie humana (ANGNES E MOYANO, 2013).

Os nutrientes são encontrados nos alimentos, que podem ser tanto de origem vegetal como animal. Nenhum alimento conterá todos os nutrientes necessários à manutenção da vida e a escolha sempre do mesmo alimento pode oferecer ao organismo nutriente em excesso, que podem causar várias doenças. O ideal então é equilibrar a alimentação. Além dos conhecidos danos à saúde provocados por uma alimentação hiperlipídica e hiperprotéica. Cabe lembrar a relevância econômica da adequação dos cardápios, a importância do porcionamento correto de carnes e gorduras, uma vez que os maiores custos das refeições geralmente se associam à utilização de alimentos “nobres”, geralmente de origem animal, de concentrações protéicas e lipídicas elevadas.

Sob esse enfoque, pode-se afirmar que o redimensionamento dos alimentos e das preparações oferecidas no restaurante em questão possibilitaria o acesso dos usuários a uma alimentação nutricionalmente equilibrada e com um impacto econômico menor para os usuários e para a empresa.

O fato de os funcionários se alimentarem no local de trabalho, muitos acabam mudando seus hábitos alimentares, procurando preparações do próprio ambiente e se adaptando a elas, consideradas mais nutritivas e atendendo ao PAT (Programa de Alimentação do Trabalhador).

Para uma melhor evolução do tema, sugere-se a realização de estudos mais aprofundados, com o uso de técnicas qualitativas apropriadas – como entrevistas e grupos focais –, que possam esclarecer melhor as relações entre gênero, escolaridade, idade com o grupo estudado, podendo se expandir para o contexto familiar, pais e filhos.

## CONCLUSÃO

Uma alimentação adequada é o ponto de partida para uma vida saudável. Na verdade, as nossas escolhas irão refletir no nosso hábito alimentar. Conhecer o consumo alimentar nos diferentes grupos de alimentos como uma prática importante para o setor de alimentação da Empresa de Refeições Coletivas. Sendo indispensável, que Gerentes de Unidades realizem a correta combinação dos alimentos para chegarem a uma alimentação saudável e equilibrada.

Em princípio, não existem alimentos proibidos, o que deve existir é quantidades ideais de cada alimento a ser ingerido durante um dia. A partir desta atitude se consegue uma alimentação equilibrada e, portanto, saudável. Se as recomendações para a boa alimentação forem seguidas, não haverá o surgimento de doenças correlacionadas há uma má alimentação.

O questionário de hábito alimentar e saúde foi uma ferramenta útil para melhor compreensão das escolhas alimentares dos funcionários da Empresa. Percebemos que a Variedade; Moderação e Proporcionalidade são essenciais para uma alimentação saudável. Tudo isso é necessário para manter a saúde e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ANGNES, D. L.; MOYANO, C. A. M. Atributos de escolha em serviços de restaurantes: Um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo**.V.7, n.2.P: 317-336. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropométrica e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília. 2014.

FERREIRA, V. WANDERLEY, E. Obesidade: uma perspectiva plural. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V.15, n. 1. P: 185-194. 2010.

HOFELMAN, D.A.; BLANK, N. Excesso de peso entre trabalhadores de uma indústria: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Epidemiol**. 12(4):657-70. 2009;

- LIMA, T. D. C. A sustentabilidade em unidades de alimentação: estudo sobre um restaurante de cozinha brasileira. Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril. **Mestrado em Segurança e Qualidade Alimentar em Restauração**. Dissertação, Estoril. 2012.
- MATOS, C.H.; PROENÇA, R.P.C. Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. **Revista Nutrição**, 16(4):493-502. 2003.
- SANTOS, J.N. et al. **O futuro da alimentação**: Ambiente, saúde e economia. 2013. VITOLLO, M.R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity**. Geneva: World Health Organization; 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**. 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/obesity/en/>>.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EFETIVIDADE DA PSICOMOTRICIDADE NA MELHORA DO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE IDOSOS

Joana Mendes de Andrade Augusto Lima<sup>1\*</sup> (PG), Jennifer Farias Andrade<sup>2</sup> (IC), Flaviano da Silva Santos<sup>3</sup> (IC), Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro<sup>4</sup> (PQ), Raimunda Magalhães da Silva<sup>4</sup> (PQ).

1. Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil

2. Graduando em Fisioterapia no Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará- Brasil

3. Graduando em Psicologia na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil

4. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: joanaaugusto86@gmail.com

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Fisioterapia. Desempenho Psicomotor.

### INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é algo natural em que vários fatores determinantes agem diretamente na qualidade de vida do idoso. Alguns hábitos do cotidiano influenciam na qualidade do envelhecer, tais como a prática de atividades, hábitos alimentares, ou o sedentarismo (ARAÚJO et al., 2011).

A população de idosos está aumentando cada vez mais no mundo e no Brasil, resultando em profundas mudanças na dinâmica demográfica. Nos últimos 60 anos, houve um acréscimo de 15 milhões de indivíduos idosos no país, passando de 4% para 9% da população brasileira. Em 2025, estima-se um aumento de mais de 33 milhões, o que tornará o Brasil o sexto país com maior percentual populacional de idosos no mundo (PARAHIBA, 2006; FREITAS, 2006).

A população idosa vem crescendo em grandes proporções a nível mundial. No Brasil, essa realidade não é diferente, principalmente nas últimas décadas. Com isso, a preocupação em produzir conhecimentos que favoreçam o bem-estar biopsicossocial das pessoas na terceira idade vem crescendo (SCHMIDT, 2007).

A população idosa caracteriza-se por uma manifestação mais expressiva de condições crônicas que comprometem significativamente a qualidade de vida e afetam a funcionalidade, sobretudo o desempenho das atividades de vida diária (AVDs). O processo de envelhecimento está associado a alterações físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, bem como ao surgimento de doenças crônico-degenerativas advindas de hábitos de vida inadequados (tabagismo, ingestão alimentar incorreta, tipo de atividade laboral, ausência de atividade física regular) que se refletem na redução da capacidade para realização das atividades da vida diária (SPIRDUSO, 2005). Logo, a perda da capacidade de cuidar das próprias necessidades pessoais pode levar à perda da autoestima e a um profundo senso de dependência, o que dificulta a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro de sua comunidade (DUARTE, 2007).

São comuns, na população idosa, queixas sobre a dependência nas atividades funcionais e o declínio da cognição, tornando forte a relação entre nível cognitivo e habilidade funcional (MARRA et al., 2007).

Vários são os recursos e técnicas utilizadas pelos profissionais de saúde na prevenção e terapêutica das alterações fisiológicas e patológicas que acometem o idoso, assim como para a promoção da saúde da pessoa idosa. Dentre tais recursos, destaca-se a Psicomotricidade.

A Psicomotricidade é a valorização e otimização corporal, que favorecem o desenvolvimento da capacidade de expressão do indivíduo, fazendo com que haja um novo conhecimento do corpo. Auxilia o homem a adquirir sensações e percepções, as quais lhe darão o conhecimento de seu corpo e, através desse, do mundo que o rodeia, sendo uma ciência cujo objeto é o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo (FONSECA, 2010).

A Psicomotricidade é um recurso considerado terapêutico e preventivo utilizado em diversas áreas e especialidades, como na Fisioterapia, Educação física, Pedagogia, Psicopedagogia e Terapia ocupacional, as quais se apropriam deste para realizar atividades que favoreçam melhor assistência aos seus assistidos de forma a contribuir para uma melhor recuperação física, mental e social. Acreditando que a psicomotricidade pode ser aplicada nestas diversas especialidades, pensa-se que ela possa beneficiar pessoas idosas (SBD, 2016).

Assim, considerando a utilização da Psicomotricidade e seus recursos e benefícios para a funcionalidade dos idosos, questiona-se: qual a efetividade da Psicomotricidade na melhora do desempenho das atividades de vida diária em idosos?

Sabendo da importância deste recurso como mais um instrumento de valor e dos benefícios que podem trazer com sua utilização nos diferentes grupos etários é que se julga de valia a realização deste estudo que tem por objetivo avaliar a efetividade da psicomotricidade na melhora do desempenho das atividades de vida diária de idosos atendidos em um projeto de responsabilidade social.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva e longitudinal com abordagem quantitativa dos resultados. O presente trabalho foi realizado nas dependências dos laboratórios de saúde de uma instituição de ensino superior do estado do Ceará onde funciona o projeto de Responsabilidade Social Instituto Sênior. O estudo foi realizado no período de agosto do ano de 2016 a julho de 2017.

A amostra foi formada por conveniência integrando idosas com idades compreendidas entre 63 e 81 anos, participantes regulares do programa de responsabilidade social Instituto Sênior.

Foram incluídos no estudo pessoas com idade superior a 60 anos, conforme definição de pessoa idosa pelo Estatuto do idoso. Excluíram-se os idosos participantes do projeto que recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, que não frequentavam regularmente, além daqueles que apresentavam comprometimentos neurológicos (sequela de Acidente Vascular Cerebral, Parkinson) e psicológicos que os impossibilitaram de responder os questionários.

Entre as variáveis analisadas, incluíram-se o desempenho nas atividades de vida diária e a qualidade de vida do idoso. Durante os atendimentos foi aplicada a reeducação psicomotora com duração média de 40 minutos em cada atendimento, sendo realizados 10 atendimentos por voluntário. Para avaliação dos efeitos da reeducação psicomotora na melhora do desempenho nas atividades de vida diárias foram realizadas duas avaliações com a aplicação de um instrumento de avaliação (índice de KATZ), o qual se refere à avaliação do desempenho nas atividades de vida diária. As avaliações foram realizadas antes dos atendimentos e após os voluntários terem realizado 10 atendimentos somente com a reeducação psicomotora.

O desempenho nas atividades de vida diária foi avaliado utilizando-se o questionário de Índice de Katz, preconizado por Katz e colaboradores (1963), que demonstraram, por exemplo, que a recuperação do desempenho funcional de seis atividades consideradas básicas da vida cotidiana de idosos incapacitados (banhar-se, vestir-se, ir à casa de banho, transferir-se, ser continente e alimentar-se) era semelhante à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança. A avaliação foi explicada previamente para os participantes.

As informações coletadas foram organizadas e processadas em frequência simples e percentual. A análise e interpretação dos dados estatísticos e os tratamentos das informações foram apuradas e baseadas através da planilha eletrônica e apresentados sob a forma descrita das tabelas analisadas através do programa Microsoft Excel Versão 2007.

A coleta de dados só se deu após a aprovação de estudo pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará, segundo as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), sob parecer de aprovação de nº 063695/2016.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados evidenciaram 80% (n = 8) da amostra composta por idosos do sexo feminino. Quanto ao nível de escolaridade, 40% (n = 4) tinham ensino superior, 30% (n = 3) ensino médio, e 30% (n = 3) ensino fundamental. Quanto ao estado civil, 40% (n = 4) eram casados, 30% (n = 3) eram divorciados, 20% (n = 2) eram viúvos e 10% (n = 1) eram solteiros. Quanto a situação profissional, 70% (n = 7) dos idosos entrevistados eram aposentados e 30% (n = 3) ainda estavam ativos.

O nível de assiduidade dos participantes nos atendimentos de psicomotricidade foi elevado, tendo a frequência de participação variado entre 87% e 92% dos atendimentos realizados.

Estudos de Souza (2012); Fonseca (2008) e Berleze (2007) revelam a importância da melhoria da aptidão física e do desenvolvimento, pois os dois estão interligados, ou seja, quando evoluímos na aptidão logo vemos melhoria nas capacidades funcionais motoras (agilidade, força, velocidade, flexibilidade e potência aeróbica) do indivíduo, ajudando assim nas realizações de outras tarefas, tais como as atividades de vida diária.

Com o objetivo de avaliar o efeito da psicomotricidade nas atividades de vida diárias do idoso, realizou-se a aplicação do questionário do Índice de Katz antes e após os 10 atendimentos de atividade psicomotora com a amostra do estudo.

Quanto à pontuação do Índice de Katz obtida no pré e no pós-atendimento psicomotor, 100% dos participantes do estudo obtiveram melhora no desempenho das atividades de vida diária, sendo que 50% tiveram um ganho de

8% em melhoria nas AVDs, 40% melhoraram em uma média de 15%, e 10% relataram uma obtenção de 21% em ganho de melhor desempenho na realização das atividades diárias.

A Psicomotricidade é essencial durante a reabilitação funcional do paciente, visando oferecer maior independência nas atividades de vida diárias (AVDs), propiciando uma elevação da autoestima e reinserção social do indivíduo, trabalhando a saúde do mesmo de modo multidimensional (SANTINO et al., 2013).

A fisioterapia tem como função a promoção de um bom resultado no estado de saúde através de atitudes e atos de uma forma global, resultando em uma melhor qualidade de vida e constituindo-se como uma filosofia holística que tem como objetivo manter o equilíbrio entre o corpo, o indivíduo, o ambiente e a cultura (MENEZES, 2009).

Idosos com dificuldades de locomoção devem realizar movimentos de maneira ordenada, porém com atividades psicomotoras que sucederão movimentos específicos com o objetivo de serem executados de forma responsável, proposital e significativo (CHIANCA et al., 2013).

Resultados similares foram encontrados por SOARES et al. (2012) corroborando com a melhoria na AVD através da intervenção psicomotora que permitiram desenvolver, sistematizar e melhorar os aspectos das relações espaciais básicas, principalmente para a locomoção em locais não-familiares. Percebeu-se que o processo de orientação e mobilidade é essencial no trabalho de independência das atividades de vida diária. Neste estudo verificou-se também a necessidade de estudos com amostras maiores, sempre respeitando as individualidades e não permitindo comparações a padrões, dando-se maior importância ao uso do método avaliativo referenciado a si próprio.

Autores como Gonçalves e Cavalari (2010) e Meneses et al. (2012) mencionam que o uso da Psicomotricidade em idosos aumenta a percepção corporal, alonga e relaxa a musculatura, contribuindo na melhora do desenvolvimento físico e motor. Entende-se, assim, um progresso na autonomia do idoso sobre seu corpo e o ambiente em que vive, melhorando sua qualidade de vida. Os estudos realizados pelos autores supracitados demonstraram que atividades psicomotoras melhoraram o equilíbrio dos idosos.

## CONCLUSÃO

Observou-se que a partir da realização de atividade psicomotora o desempenho na realização das atividades de vida diária melhorou em todos os idosos participantes do estudo, comprovando a efetividade da psicomotricidade.

Embora o projeto tenha sido realizado com um pequeno grupo de pacientes, os resultados mostram que o público participante tende a melhorar seu desempenho nas AVDs por meio das atividades psicomotoras realizadas. O projeto tende a ampliar suas ações e buscar firmar parcerias com outros locais que ofereçam atendimento especializado aos idosos, buscando levar esse resultado ao alcance de forma integral à população idosa.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO LF, COELHO CG, DE MENDONÇA ET, VAZ AVM, SIQUEIRA-BATISTA R, COTTA RMM.

Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2011;30(1):80–6.

BERLEZE, A.; HAEFFNER, L. S. B.; VALENTINI, N. C. Desempenho motor de crianças obesas: uma investigação do processo e produtos de habilidades motoras fundamentais. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v.9, n.2, p.134-144, 2007.

CHIANCA, TCM; ANDRADE, CR; ALBUQUERQUE, J; WENCESLAU, LCC; TADEU, LFR; MACIEIRA, TGR; et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG. **Rev Bras Enferm**. v.66, n.2, p.234-40. 2013.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

DUARTE, Y.A.O., ANDRADE,C.L., & LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos, **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v.41, n.2, p. 317-325, 2007.

FONSECA, V. **Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem**. Porto Alegre, Artmed, 2008.

FONSECA, V. Psicomotricidade: uma visão pessoal. **Rev. Constr. Psicopedag**. v.18, n.17, São Paulo, dez. 2010.

FREITAS, M. C.; MENDES, M.M.R. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem. **Rev Bras Enferm**; v.59, n.3, p.362-6. 2006 maio-jun.

- GONÇALVES FIJ, CAVALARI N. Desenvolvimento da psicomotricidade. **Cad Multidisc Pós-graduação UCP**. 2010;1(4):89-101.
- KATZ S, AKPOM CA. A measure of primary sociobiological functions. **Int J Health Serv**. v.6, n.3, p.493- 508. 1976.
- MARRA et al., **Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência**, Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 4, p. 267-273, jul./ago. 2007.
- MENESES, SRF; BURKE, TN; MARQUES, AP. Equilíbrio, controle postural e força muscular em idosas osteoporóticas com e sem quedas. **Fisioter Pesqui**. 2012;19(1):26-31.
- MENEZES, RJ; HARTMANN, AS. Psicomotricidade auxiliando nos tratamentos: neurológicos, fisioterápicos e nas atividades físicas. **Neurobiologia**. v.72, n.4, p.163-73. 2009.
- PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva** [en linea] 2006, 11 (outubro-dezembro).
- SANTINO, T.A.; MELO, E.S. de; TITO, T.L.H.; SOUSA, H.L.L. de; BARBOSA, V.R.N.; MOREIRA, C.H. Intervenção fisioterapêutica associada à psicomotricidade em portadores de lesão medular. **Revista Conexão UEPG - Ponta Grossa**, v. 9, n. 1 - jan./jun. 2013.
- SCHMIDT, V. R. H.; WOSIACK, R. M.R. Resgatando a auto-estima do idoso mediante a expressão gráfico-plástica e modelagem de mascaras. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 31-39, jul./dez. 2007.
- SOARES, F.A. et al. A contribuição da estimulação psicomotora para o processo de independência do deficiente visual. **Motri.**, Vila Real, v. 8, n. 4, p. 16-25, dez. 2012.
- SOUZA, M. L. **Os jogos cooperativos como instrumento lúdico no desenvolvimento da coordenação motora global dos alunos do 6º ano da escola estadual Sônia Henriques Barreto no Município de Laranjal do Jari-AP**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação Física, Curso de Licenciatura em Educação Física do Programa Prolicenciatura- Polo Macapá-AP, 2012.
- SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento**- Barueri, SP: Manole, 2005.

## **AGRADECIMENTO**

Agradecemos a Deus. Estendendo os agradecimentos às professoras, Raimunda Magalhães da Silva e Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro por nos orientar na construção desse artigo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERCEPÇÃO DE GESTORES ESCOLARES ACERCA DA EDUCAÇÃO SEXUAL EM ESCOLA PÚBLICA

Filipe Celestino Girão Nobre<sup>1</sup>, Francisca Bertilia Chaves Costa<sup>2</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>3</sup>, Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>4</sup>.

1. Especialista em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil;

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza -Ceará-Brasil;

3. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Bolsista FUNCAP. Fortaleza- Ceará-Brasil;

4. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Bolsista FUNCAP. Fortaleza - Ceará-Brasil.

E-mail: bertilia\_chaves@hotmail.com

Palavras-chave: Educação Sexual. Adolescente. Saúde Escolar.

### INTRODUÇÃO

A educação sexual é tida como um processo básico de aprendizagem da sexualidade que poderá ocorrer em diferentes contextos ao longo do nosso desenvolvimento. Desta forma, a sociedade moderna está ciente da importância de abordar as questões da sexualidade principalmente na adolescência, pois nesse período, ocorre uma grande quantidade de mudanças físicas e psicológicas que mobilizam toda a esfera emocional dos jovens. Nesse sentido, o adolescente necessita receber informações acerca da anatomia e fisiologia do aparelho genital masculino e feminino, sobre a fisiologia da reprodução e sobre métodos de prevenção de doenças e de contracepção (BRILHANTE, 2012).

Dentro desse contexto, emerge a necessidade de levar esse conhecimento aos adolescentes por intermédio de instituições escolares, pois esses raramente procuram por informações dessa temática em serviços de saúde. Observou-se que no século XX, a saúde em instituições escolares no Brasil vivenciou uma evolução técnico-científica, modificando o contexto tradicional, da biomedicina, para a estratégia, Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde, um diálogo com diferentes olhares surgido no final de 1980, como elemento das transformações conceituais e metodológicas que admitiram o termo promoção de saúde, estendendo-o as instituições escolares (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

A Escola Promotora de Saúde é uma articulação entre educação, saúde e sociedade, uma estratégia de promoção da saúde em âmbito escolar com enfoque na integralidade, apresentando três componentes: a educação para a saúde com enfoque integral; a criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis; e a oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa (FIGUEI REDO; MACHADO; ABREU, 2010).

A prática defendida e orientada pelo Ministério da Educação (MEC) nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) é de que saúde seja um eixo transversal ao currículo escolar. As orientações consideram as instituições escolares parceiras da família e da sociedade na promoção da saúde das crianças e dos adolescentes e delega, para a escola, uma corresponsabilidade de orientação da criança desde a pré-escola ao ensino fundamental (DINIZ; OLIVEIRA; SCHALL, 2010).

Harada (2003) refere que o profissional de saúde tem papel fundamental na Escola Promotora da Saúde, por atuar em todos os seus componentes, realizando diferentes ações: promover, na atenção à saúde individual, na comunidade, em ações de educação para a saúde, o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que contribuam para estilos de vida mais saudáveis; estimular a participação efetiva da comunidade na construção da cidadania, na transformação de seu ambiente, na conquista da equidade social e em saúde, de modo que as pessoas possam modificar ativamente o ambiente e melhorar a qualidade de vida. Além de atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde, para oferecer uma atenção básica e integral aos pacientes e à comunidade.

Neste contexto surgiram as seguintes questões: Quais são as ações realizadas pela escola relacionadas a educação sexual? Como a escola se articula com a família para trabalhar as questões da educação sexual? Como a escola se articula com os profissionais da saúde para abordar esse tema?

Dessa forma, objetivou-se identificar a percepção de gestores de escolas públicas sobre a educação sexual em instituições públicas escolares.

### METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, transversal, realizado em três escolas estaduais localizadas no Estado do Ceará. Foram realizadas visitas às escolas com a finalidade de esclarecer aos gestores das instituições os objetivos da pesquisa, assim como, convidá-los a participar do estudo. Neste momento, identificou-se participantes acessíveis, dispostos a colaborar com a pesquisa, sendo acordado o melhor momento para a entrevista.

Foram realizadas no total de seis entrevistas, três com diretores (um de cada escola estadual do município) e três com coordenadores (um de cada escola estadual do município). O número de entrevistas foi limitado por saturação da população, não havendo mais escolas estaduais no município estudado.

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro semiestruturado de entrevista, cujas falas foram gravadas com autorização prévia dos entrevistados por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a realização dessas, ocorreu a transcrição na íntegra das falas. Logo após, essas passaram por uma conferência de fidedignidade, as gravações foram ouvidas tendo o texto transcrito em mãos, acompanhando e conferindo cada frase, mudanças de entonação, interjeições e interrupções.

Após a realização das entrevistas, de exaustiva transcrição das falas e organização dos registros, passou-se à interpretação qualitativa dos dados. Da análise dos dados surgiram três categorias temáticas: 1) Atuação dos profissionais do Programa Saúde na Escola; 2) Envolvimento da família na orientação sexual dos alunos; 3) Despreparo dos professores para lidar com a sexualidade dos alunos.

Conforme as recomendações da resolução 466/12 (BRASIL, 2012), os aspectos éticos foram obedecidos para se proceder com a investigação junto a estes informantes, estando assim baseada em diretrizes e normas regulamentares de pesquisas que envolvem seres humanos no território brasileiro. Tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética com o parecer nº 435/2011.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Levando em conta os elementos integrantes do contexto em que foram produzidas, as categorias conceituais e os guias de análise, a análise foi feita mediante reflexão da linguagem dos entrevistados. Teve-se a cautela de preservar a linguagem utilizada e avaliá-la não apenas em sua estrutura, mas relacionando essa com seu contexto.

### Atuação dos profissionais do Programa Saúde na Escola

Alguns diretores e coordenadores citaram além do Programa Saúde na Escola, o Projeto Saúde e Prevenção na Escola (SPE) como forma de trabalho para a educação sexual na escola. Eles associaram o PSE e o SPE como medidas preventivas e de promoção da saúde, mediante o ensino e o repasse de informação, principalmente voltadas para a educação sexual.

Bom, nós temos o programa né, que é o PSE, que trabalha principalmente uma das temáticas é o PSE... e o projeto saúde preventiva e assim, a gente tem trabalhado muito essa questão da educação sexual porque a gente vê que o jovem ele tem muitos anseios, tem muitas dúvidas, muitas indagações (Diretor 3).

Bom, a gente tem um projeto, que é até do governo também, que é trabalhado pelos municípios, que é o Programa Saúde na Escola, prevenção e saúde na escola, que dentro desse programa a gente também trabalha esse assunto que é educação sexual, isso envolvendo as doenças sexualmente transmissíveis, e todas essas questões relacionadas a educação sexual. (Diretor 2).

O Programa Saúde da Escola foi criado pelos ministérios da Educação e da Saúde para estabelecer ao rico e fecundo território escolar uma deliberação profícua de produção de saúde (BRASIL, 2007). Ou seja, possível graças a incorporação e deliberação de uma política intersetorial entre esses ministérios, na perspectiva de ações de atenção integral à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira (FERREIRA *et al.*, 2012).

No entanto, segundo Santiago *et al.* (2012), a relação entre adolescentes e profissionais de saúde ainda é limitada, sendo a proposta do PSE uma oportunidade para estabelecer e manter um vínculo pautado na corresponsabilização e em uma postura de confiança entre adolescentes e esses profissionais.

Mas para isso, de acordo com recomendações do PSE, as equipes da estratégia saúde da família devem realizar visitas periódicas e contínuas às escolas, para avaliarem as condições de saúde dos estudantes para que possam proporcionar um atendimento à saúde ao longo de todo o ano letivo, conforme as necessidades locais (FIGUEREIDO; MACHADO; ABREU, 2010). Entretanto, segundo uma das coordenadoras, os profissionais de saúde quase não iam à escola.

Assim, a saúde hoje ela está mais presente na escola, mas eu acho que ainda tem muito o que se fazer, muito o que se fazer. Porque assim, eu acho que até hoje se trata de fatos, não se trata de prevenção. Acho que ainda falta muito a gente fazer projetos em cima de prevenção e não de fatos. A saúde só cuida depois que as coisas viram fatos (Diretor 3).

As vezes a gente, quando a gente sente necessidade na escola de repente de estar tratando algum tema, a gente procura a secretaria de saúde, ou alguns parceiros que a gente conhece, a gente mora em um município em que muitas pessoas se conhecem, então, as vezes a gente conhece algum profissional da saúde, a gente convida. Quando tem também os programas que eles nos procuram, a gente abre o espaço para que isso seja feito (Coordenador 3).

O Projeto Saúde e Prevenção na Escola tem como sua apoiadora a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Apresenta-se como um marco que integra saúde-educação, destacando a escola como o melhor espaço para a articulação das políticas referentes aos adolescentes, principalmente por que conta com a participação dos vários atores nesse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde. Com a finalidade de reforçar a promoção da saúde de estudantes brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas (BRASIL, 2009).

Bom, a ação começa com um projeto, o SPE, Saúde e Prevenção na Escola, que a gente anualmente estabelece nossos planos de ações, nesse foco, saúde e prevenção e essas ações contemplam a questão da prevenção, da orientação dos nossos alunos quanto questões que nos afetam (Diretor 1).

Esse é um desafio. Acho que hoje é um dos maiores desafios da escola. É articular com a saúde para que esse profissional venha para cá. Então assim, quando solicitado, veem. Existe também um grupo de trabalho do SPE no município e eles veem para atividades pontuais, mas eu acho que eles deveriam vir mais para a escola (Coordenador 1).

Bem, as ações que são vindas da esfera estadual, que são as ações do SPE e da esfera municipal também que a gente sempre participa, aí essas geralmente são a secretaria de educação em conjunto com a secretaria de saúde que se articulam, e a escola sempre que convidada participa e eles sempre que agendam tem acesso a escola pra estarem fazendo (Coordenador 3).

As iniciativas do SPE e do PSE compreendem a promoção à saúde e da prevenção de agravos, assim como também se aproximam da dimensão da sexualidade e saúde reprodutiva. As ações de saúde direcionadas aos estudantes são fundamentais, pois a adolescência trata-se de um período de transformação e crescimento em que esse ser precisa realizar diversas tarefas para efetuar a passagem da infância à vida adulta, mediadas por conflitos e mudanças de comportamento (GIACOMOZZI *et al.*, 2012).

### **Envolvimento da família e orientação sexual dos alunos**

A categoria conceitual envolvimento da família e orientação sexual dos alunos aparecem nos relatos dos diretores e coordenadores designados pelos seguintes qualificativos substantivados:

A questão de trabalhar família, você sabe que é um discurso da escola que a família tem que está dentro da escola, mas esse discurso ainda está longe de acontecer. A gente de todas as formas tenta trazer a família para a escola, mas acho que a escola ainda não se preparou ainda pra falar pra família sobre a educação sexual (Diretor 3).

Essa articulação ainda acho assim, pouca. É muito difícil a gente conseguir trazer a família para tratar de assuntos relacionados ao aluno, imagine quando a gente coloca outros assuntos. Então o que a gente faz sempre que possível em reuniões de pais, se a gente ver que tem uma temática pra gente falar sobre determinada coisa que está acontecendo na escola, a gente toca (Coordenador 3).

Notoriamente, trabalhar em conjunto com a família para promover a educação sexual dos alunos, parece ser um grande desafio dos diretores e coordenadores das escolas estudadas. Para eles, a reunião mensal não é suficiente para a instrução desses pais como tutores da orientação sexual dos seus filhos, sendo necessário a criação de meios para integrar cada vez mais a família com a escola.

Entendemos que todo o interesse de diferentes pesquisadores e dos próprios pais ao redor da família nos indica que ela continua sendo a célula fundamental da sociedade, a matriz do desenvolvimento psicossocial de seus membros e a que determina a estes o cunho da individualidade (SALOMÃO, 2013).

A questão da família em relação à vida sexual de seus filhos demonstrou um distanciamento entre ambos (BRÊTAS *et al.*, 2011). Em alguns casos, ocorre a substituição do papel da família pela direção da escola, que atua como orientador das dúvidas e anseios dos alunos:

E eu acho que a gente precisa, enquanto escola de modo geral, sistema, ainda se preparar muito pra atender essa questão de como tratar com as famílias sobre educação sexual. Pra você ter uma ideia, as meninas aqui me procuram quando elas...o que elas tem que fazer pra saber se estão grávidas (Diretor 3).

Bom, além das reuniões mensais periódicas, que foca sobre todas as questões, essa é uma questão. Via esse acompanhamento, os problemas identificados mais graves de saúde, esses pais são chamados até a escola, existe acompanhamento individual também, pra gente fazer essa orientação e chegar com a família pra identificar (Diretor 1).

Apesar de serem os primeiros agentes de educação sexual, observa-se que o tempo disponível dos pais para se relacionarem com seus filhos está cada vez mais limitado. Diante deste fato, a orientação sexual acaba sendo transferida para a escola uma responsabilidade que, ou não querem, ou encontram dificuldades em assumir (AQUINO; HEILBORN; KNAUTH, 2003)



## Despreparo dos professores para lidar com a sexualidade dos alunos

Esta categoria conceitual envolve uma dualidade, um contraste. Foi relatado que, para os professores, tratar do assunto educação sexual com os alunos é ainda muito inibidor, que existe ainda um certo pudor, que existe o medo, os tabus, receio e despreparo. Em contrapartida, alguns coordenadores e diretores acreditavam que os professores possuíam envolvimento total, sem nenhuma resistência, pois esses sempre buscam um esclarecimento e um preparo.

Como eu acabei de dizer, ainda é muito inibidor. Os professores ainda têm um certo pudor de falar de algumas coisas. Não se fala, por exemplo, sobre essa questão do homossexualismo porque tem medo de magoar alguém, não se fala sobre a prostituição contra a mulher, e eles tem alguns tabus realmente, não se fala sobre masturbação porque é feio (Diretor 3).

Assim, tem muitos professores que eles conseguem, tem mais facilidade. Uma maioria não. Uma maioria ainda tem muito receio, pudor, despreparo, tem vergonha, não se sente à vontade com o tema em si. Então assim, alguns a gente consegue montar essas atividades, outros não (Coordenador 1).

As concepções dos professores não são homogêneas. A cultura local ou nacional, a religião, o gênero e as habilitações acadêmicas, o tempo de serviço e a formação específica em educação sexual influenciam representações sociais e sistema de valores e fazem divergir opiniões e práticas relativamente aos temas mais sensíveis da educação para a sexualidade (DIAS, 2013).

A interação família e escola torna-se fundamental, para que a sexualidade não se torne alvo da duplicidade de discurso e de atitudes. Deve-se ter em mente que a tarefa da educação sexual pode ser emocionalmente custosa aos professores, uma vez que são pertencentes a uma cultura carregada de equívocos e tabus e, nem sempre, se sentem disponíveis, tranquilos e maduros frente à própria sexualidade. Mesmo assim, a escola é o espaço privilegiado para que crianças e adolescentes possam fazer seus questionamentos (MOIZÉS, 2010).

Entretanto, o tema educação sexual persiste como um tabu. Os professores não recebem treinamento para lidar com um assunto tão complexo e, para a maioria das pessoas, delicado (BRILHANTE, 2012).

Os professores não têm nenhuma resistência com relação a isso não. Eles sempre se propõem a realizar. Quando eles se sentem meio inseguros de não dominar muito o assunto, eles buscam se esclarecer e se prepararem. A gente conta aqui com um grupo de professores sempre muito aberto pra trabalhar esses temas (Coordenador 2).

Total. Eles veem, assim como eu também, a importância que isso tem. Até pra gente poder, dentro da nossa própria escola, tá criando, tá desenvolvendo preceitos éticos necessários pro bom andamento, pra boa convivência da escola (Diretor 2).

Ainda, segundo Dias (2013), possuir formação específica confere aos professores percepção de competência e conforto na abordagem das temáticas e favorece o seu envolvimento nas práticas de educação sexual.

## CONCLUSÃO

A partir das categorias temáticas percebeu-se que apesar dos desafios da temática sexualidade existe uma atuação por parte dos profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola para a promoção da saúde sexual de adolescentes.

Os gestores escolares compreendem a importância das ações desenvolvidas dentro desse programa no âmbito escolar para o contexto dos adolescentes, consideram que essas são essenciais para o processo de tomada de decisões certas por parte desses frente a sexualidade.

Destaca-se ainda dentro dessa percepção o importante envolvimento familiar diante da orientação sexual, haja vista que escola e família devem caminhar juntas em relação a essa temática para que não ocorra uma duplicidade de discursos e atitudes.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União** Nº 12. Seção 1. Página 59. 13 de junho de 2013.



- BRÊTAS, J. R. S. et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p.3221-3228, 2011.
- BRILHANTE, A.V.M.; CATRIB, A.M.F. Sexualidade na adolescência. **FEMINA**, v. 39, n. 10, p. 504-509, 2011.
- DINIZ, M. C. P; OLIVEIRA, T. C; SCHALL, V. T. Saúde como compreensão de vida”: avaliação para inovação na educação em saúde para o ensino fundamental. **Rev. Ensaio**, Belo Horizonte, v.12, n.1, p.119-144, jan- abr., 2010.
- FERREIRA; I.R.C.; et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 3385-3398, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012001200023
- FIGUEIREDO, T. A. M; MACHADO, V. L. T; ABREU, M. M. S. **A saúde na escola: um breve resgate histórico**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2):397-402, 2010
- GIACOMOZZI, Andréia Isabel et al. Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. **Saúde soc.** [online]. 2012, vol.21, n.3, pp.612-622. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300008&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300008>. Acesso em: 20 set. 2017.
- HARADA J. Introdução. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Escola promotora de saúde**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.
- IPPOLITO-SHEPHERD J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Escola promotora de saúde**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.
- SALOMÃO, R. et al. Sexualidade do adolescente na percepção dos pais, sob a perspectiva de Foucault. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 15, n. 3, p. 609-18. DOI: 10.5216/ree.v15i3.20978.
- SANTIAGO, L.M. et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-Ce: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-1029, dez., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-716720120006000020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-716720120006000020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2016.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ANÁLISE DA CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM FORTALEZA/CE

**Paula Caroline Rodrigues de Castro<sup>1</sup> (PG), Marina Aguiar Mamerton Ribeiro<sup>2</sup> (PG), Rosa Livia Freitas de Almeida<sup>3</sup> (PG), Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro<sup>4</sup> (PQ), Raimunda Magalhães da Silva<sup>5</sup> (PO)**

*1 Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Doutora, Epidemiologista. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).*

*4. Doutora, Fisioterapeuta. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.*

*5. Doutora, Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)*

*E-mail: paulapop\_150@hotmail.com*

*Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Atenção Primária a Saúde. Educação Permanente.*

### INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de mama tornou-se um problema de saúde pública e um dos alvos primordiais da Política Nacional de Atenção Oncológica, devido a sua alta taxa de morbimortalidade. Em 2012 ocorreram

1.671.149 casos em todo o mundo. Estima-se que 24.660 novos casos de câncer de mama serão diagnosticados nos Estados Unidos em 2016 e 40.450 pessoas vão morrer da doença (NCI, 2016). Já no Brasil, aproximadamente 57.960 pessoas desenvolveram a doença em 2016 (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde vem intensificando o alerta para o câncer de mama, tomando medidas de controle com critérios rigorosos de avaliação do impacto em nível populacional (ZAPPONI, TOCANTINS, VARGENS, 2015).

A Política Nacional de Saúde prioriza o controle do câncer de mama através da detecção precoce, que consiste em ações de rastreamento e diagnóstico. A estratégia para esse controle apoia-se no tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos; sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna com qualidade e garantia da integralidade da assistência em toda a linha de cuidado (BRASIL, 2015).

No sistema de saúde brasileiro, o ACS assume o importante papel de escuta, estabelecimento de vínculo e laços de confiança, o que poderá favorecer as ações de detecção precoce e prevenção do câncer de mama, uma vez que eles agem na qualidade de mediadores, rastreando situações de fragilidade entre as famílias ou casos em que há necessidades de maior cuidado e agilidade entre a equipe da saúde para atender às demandas levantadas (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010; JUSTO; GOMES; SILVEIRA, 2015).

Para a execução de suas atribuições o ACS deve não apenas ter conhecimento básico sobre o processo de saúde-doença, mas também ter ciência de estratégia educativa individual e coletiva para facilitar a troca de saberes, experiências, reflexões e autonomia dos usuários (FREITAS et al, 2015).

Durães-Pereira (2009) afirma em sua pesquisa que o processo de aprendizagem deve ser esculpido dia a dia, envolvendo todos os participantes do processo saúde-doença e tendo como contribuição o ACS na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde na comunidade.

Os ACS apresentam fragilidades no reconhecimento de suas atribuições, no que consiste: atividades básicas, como a visita domiciliar, educação em saúde, controles de prevenção, além de outras atividades (SILVA, et al, 2012).

Destaca-se ainda que a formação dos ACS quase sempre é deixada em segundo plano, e que é ainda mais desafiadora a educação de trabalhadores de nível médio e fundamental para o SUS, apesar de ser a maioria da força de trabalho (PEREIRA et al, 2016).

Para que se alcance uma qualidade dos serviços de atenção à saúde, é necessário permear desafios pelo caminho de qualificação e capacitação (COTTA et al, 2006). Neste sentido, as tecnologias em saúde, são de grande importância como instrumento de trabalho no exercício educativo, contudo, não se restringe à tecnologia em si. Ela também está voltada para a organização lógica das atividades, de tal modo que possam ser sistematicamente observadas, compreendidas e transmitidas. (NIETSCHE, 2005).

É de grande importância que a sala de aula, a teoria e reflexão dos sentidos do trabalho somem com as práticas profissionais. Deste modo há necessidade de modificar as situações que limitam o saber, desde a forma

de inserção dos preceptores na estrutura do curso a organização do processo de trabalho em frente aos desafios de sua formação contínua (PEREIRA et al, 2016).

Neste sentido, compreendendo a importância do ACS nas ações de promoção da saúde trabalhando como precursor de informações e facilitador entre população e unidade de saúde, este estudo teve como objetivo analisar a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde sobre detecção precoce do câncer de mama.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado com 562 agentes comunitários de saúde na cidade de Fortaleza nos anos de 2015-2016, analisou a capacitação dos ACS sobre o câncer de mama com a utilização de uma cartilha.

A cartilha resultou de pesquisas anteriores tendo sido devidamente revisada e impressa. O seu conteúdo está exposto em tópicos contendo textos e ilustrações abordando os seguintes temas: glândula mamária, definição câncer de mama, panorama do câncer de mama, história natural, fatores de risco, riscos mais elevados, atenção aos sinais, estádios do câncer de mama, principais formas do câncer mamário, detecção precoce, autoexame das mamas, rastreamento e diagnóstico precoce, exame clínico das mamas, métodos de imagens, mamografia, ultrassonografia, ressonância magnética, outros métodos invasivos, tratamento, hormonoterapia, radioterapia, quimioterapia, importância da educação em saúde e atribuições do ACS na detecção precoce do câncer de mama.

A capacitação realizou-se no auditório da biblioteca da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, localizada na cidade de Fortaleza- Ceará, nos dias 10 de dezembro de 2015, 15 e 16 de fevereiro de 2016. A população- alvo constituiu-se por agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes na Secretaria Executiva Regional (SER) II e VI.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário contendo dados de identificação: sexo, idade; dados relacionados ao trabalho: regional que atua como ACS e tempo de serviço e perguntas sobre a capacitação: expectativas atingidas na capacitação; apresentação do conteúdo; forma de repassar o conteúdo; local da capacitação; horário e organização da capacitação, das quais seis com respostas do tipo ÓTIMO, BOM/BOA, REGULAR e RUIM, e uma TOTALMENTE, PARCIALMENTE E NÃOATINGIU todas respondidas de forma exclusiva.

A leitura da cartilha foi executada por um instrutor e acompanhada por cada um dos participantes com o impresso que lhes foi entregue. Ao final de cada tópico, indagou-se aos mesmos a existência de dúvidas, sendo estas esclarecidas.

A análise foi realizada utilizando-se o programa SPSS 210 por meio da tabulação dos dados obtidos pelo questionário da avaliação da capacitação.

O estudo seguiu as normas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a realização de pesquisa com seres humanos e foi aprovada pelo parecer do comitê de ética nº 618.818.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da capacitação 562 ACS pertencentes às SER II e VI divididos em três grupos. A maioria dos participantes era proveniente da SER VI 393 (69,9%), sendo que destes 174 (44,3%) participaram no segundo dia e 219 (55,7%) no terceiro dia. O primeiro dia da capacitação foi composto por todos os ACS da SER II 169 (30,1%).

Observou-se maior proporção de ACS com idade entre 30-49 anos 399 (73,1%), seguido de idade igual ou acima de 50 anos 115 (21,1%) e 16 (2,8%) não informou. Os agentes eram em sua maioria mulheres 481 (85,6%). A maioria cursou o ensino médio 358 (65,6%), destes 111 (31%) participaram no primeiro dia, 110 (31%) no segundo e 137 (38%) no terceiro dia. Quanto ao tempo de exercício da profissão 318 (58,2%), atuava há sete anos e mais com maior proporção participando no terceiro dia de capacitação 138 (43%) seguido pelo segundo dia 95 (30%).

Quanto às expectativas dos ACS em relação à capacitação, 312 (56,8%) avaliaram que foram totalmente atingidas e 60 (10,9%) discordaram completamente. Verificou-se associação estatisticamente significativa no terceiro dia da capacitação ter tido maior número de expectativas que não foram atingidas ( $\text{raj}=5,6$ ) e o primeiro dia ter atingido totalmente ( $\text{raj}=4,5$ ).

Em relação ao conteúdo da capacitação ser ou não satisfatório, 6 (1,2%) dos participantes referiram-se insatisfeitos verificando-se associação estatisticamente significativa em relação aos dias de capacitação. ( $\text{raj}=2,4$ ).

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre os dias de capacitação e as variáveis: expectativas atingidas, conteúdo da capacitação, facilitadores e local da capacitação.

As expectativas a serem atingidas não tiveram associação com a variável idade e tempo de trabalho com ACS, ( $p=0,238$ ) e ( $p=0,088$ ) respectivamente. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre as expectativas atingidas e as variáveis: sexo e escolaridade.

Omitiram-se de avaliar a capacitação 13 (2,2%) ACS. Entre os que emitiram sua opinião, 313 (64,5%) consideraram que as expectativas foram totalmente atingidas, 42 (53,8%) homens e 271 (57,5%) mulheres que

dentre estas, 58 (12,3%) afirmaram que suas expectativas não foram atingidas (raj= 2,6) e entre os homens 34 (43,6%) disse que as expectativas foram atingidas parcialmente (raj= 2,4) sendo essas diferenças estatisticamente significantes (p=0,008).

No que se referem à escolaridade, os ACS com nível médio concordaram que as expectativas foram totalmente atingidas 214 (61,1%) (raj= 2,7%) enquanto que aqueles com nível menor ou igual ao fundamental completo às expectativas não foram totalmente atingidas.

Nenhum dos participantes da SER II referiu não atingir as expectativas (raj= 4,5), em contrapartida nenhum dos participantes da CORES VI, 60 (15,3%) consideraram suas expectativas atingidas (raj= 5,2%).

No que concerne à satisfação quanto ao conteúdo apresentado 485 (98,8%) referiram-se satisfeitos, sendo que destes, 313 (64,5%) disseram que suas expectativas foram totalmente atingidas.

Sobre a forma de repasse do conteúdo, 26 (5,3%) ficaram insatisfeitos e 20 (76,9%) referiram que suas expectativas foram atingidas parcialmente. Quanto aos facilitadores 20 (4,1%) ficaram insatisfeitos sendo que destes 16 (80%) afirmaram que suas expectativas foram parcialmente atingidas. No que se refere a organização 10 (2%) disseram estar insatisfeitas e referiram não ter atingido suas expectativas.

Dos 200 (45%) participantes que não tiveram treinamento anterior sobre câncer de mama, 90 (45%) informou que as expectativas da capacitação foram parcialmente atingidas, o que difere dos que já possuíam treinamento anterior 168 (68,9%) que referiram ter atingido totalmente.

O papel do ACS é primordial no âmbito da atenção primária a saúde, pois a mesma visa a saúde da comunidade, não apenas centrada na cura de doenças, mas na promoção da saúde física e mental e prevenção de agravos.

Desde os anos 90, os agentes comunitários de saúde vêm sofrendo uma carência em sua formação, apesar de sua trajetória ser marcada por treinamentos em serviço e cursos de atualização. (NOGUEIRA et al, 2015).

Marzari, Junges e Selli (2011), afirmam que os ACS identificam essa carência pela falta de embasamento teórico e que por vezes tenham que fazer essa busca de conhecimento de forma individual.

Para que os ACS atendam as necessidades da comunidade, fazem-se necessárias capacitações e educação permanente junto à equipe multiprofissional. Deste modo, é importante a utilização de instrumentos que proporcionem feedback das capacitações, uma vez que a atuação do ACS se constitui por múltiplas demandas junto à comunidade (Alencar et al, 2014) (Gomes et al, 2009).

## CONCLUSÃO

É evidente que os agentes comunitários de saúde são de grande importância na mediação entre o sistema de saúde e os usuários. Entretanto, nota-se que ainda há uma lacuna em sua formação profissional no que diz respeito ao conteúdo transmitido a comunidade e a ciência das próprias atribuições, fazendo-se necessário a capacitação e a atualização constante desses profissionais, visando à melhoria na qualidade de assistência e promoção de saúde. Sendo assim, destacam-se as ações de detecção precoce de neoplasias mamárias, bem como o apoio e orientação na qualificação dos ACS, visto que é prioridade na saúde da mulher, uma vez que apresenta dados de morbimortalidade alarmantes.

Notou-se a carência de publicações científica atual relacionada a prática dos ACS na detecção precoce do câncer mamário, bem como pesquisas sobre a realização de capacitações do referido tema.

Por fim, percebeu-se que a capacitação foi satisfatória para a maioria dos ACS, supondo-se que o maior nível de escolaridade influenciou no aproveitamento do conhecimento. Uma minoria com menor nível de escolaridade relatou insatisfação com a forma de repassar o conteúdo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. INCA. **INCA estima que haverá 596.070 novos casos de câncer em 2016**. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/estimativa\\_incidenci\\_a\\_cancer\\_2016](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/estimativa_incidenci_a_cancer_2016)>. Acesso em: 28 out. 2016.

ZAPPONI, A.L.B; TOCANTINS, F.R; VARGENS, O.M.C; O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária. Rev. Enferm UERJ, Rio de Janeiro. v.23, n.1, p. 33-8, 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:

<[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro\\_deteccao\\_precoce\\_final.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf)>. Acesso em: 04 out. 2016.

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**,

[s.l.], v. 15, p.1509-1520, jun. 2010.

JUSTO, Célia Maria Patriani; GOMES, Mara Helena de Andréa; SILVEIRA, Cássio. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.594-606, jun. 2015.

FREITAS, Lagerson Mauad et al. Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. **Abcs Health Sciences**, [s.l.], v. 40, n. 3, p.171-177, 21 dez. 2015.

DURÃES-PEREIRA, Maria Beatriz Bendita Boldrin. “Laços do saber”: experiência singular na docência da capacitação técnica do Agente Comunitário de Saúde (ACS), na periferia do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 18, p.96-99, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, Elaine Regina Prudencio et al. Atuação dos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm.** v.17 n.4, p.635-641, out-dez.2012.

PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire et al. PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS E RELAÇÕES ENTRE TEORIA E PRÁTICA NA FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.377-397, ago. 2016.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006.. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 25 nov. 2016.

NIETSCHKE Elisabeta Albertina et al. TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS, ASSISTENCIAIS E GERENCIAIS: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA CONCEPÇÃO DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.13, n.3, p.344-53, mai-jun 2005.

NOGUEIRA, Mariana Lima et al. A educação popular em saúde como base da preceptoria na formação técnica de agentes comunitários de saúde. **Rev. Aps.**, [s.l.], v. 4, n. 18, p.438-446, out – nov. 2015.

MARZARI, Carla Kowalski; JUNGES, José Roque e SELLI, Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, suppl.1 [citado 2017-06- 16], pp.873-880. Disponível em: &lt;[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=pt&nrm=iso)&gt;. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700019>.

ALENCAR, Claylson André Batista et al. CONHECIMENTO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA OPERACIONALIZAÇÃO - ARARIPINA, PERNAMBUCO. **SANARE**, Sobral, v.13, n.2, p.50-56, jun./dez. – 2014.

GOMES, Karine de Oliveira et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-755, Dec. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em:29 Nov. 2016.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por nos ter proporcionado saúde e força para realização desse trabalho, a Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa- FUNCAP, e a professora orientadora Raimunda Magalhães da Silva, pela dedicação nas orientações.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À DETECÇÃO DO CÂNCER DE MAMA POR MULHERES MASTECTOMIZADAS

**Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro<sup>1</sup>(PQ), Janayne de Sousa Oliviera<sup>2</sup>(PG), Joana Mendes de Andrade Augusto Lima<sup>3</sup>(PG), Nathalie Barreto Saraiva Vilar<sup>4</sup>(PG), Christina César Praça Brasil<sup>5</sup>(PQ), Raimunda Magalhães da Silva<sup>6</sup>(PQ)**

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-CE.

2. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-CE.

E-mail: jsomais@hotmail.com

Palavras-chave: Câncer de mama. Mastectomia. Saúde Coletiva.

### INTRODUÇÃO

O câncer de mama continua sendo uma das principais causas de morte de mulheres no mundo, sendo um tumor maligno decorrente da multiplicação desordenada das células da mama. É o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, respondendo por 28,1% dos casos novos de câncer nessa população a cada ano (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/INCA, 2017).

No Brasil, para os anos de 2016 e 2017, é apontada a ocorrência de 57.960 casos novos, com um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanomas, esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das regiões Sul (74,30/ 100 mil), Sudeste (68,08/ 100 mil), Centro-Oeste (55,87/ 100 mil) e Nordeste (38,74/ 100 mil). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (22,26/ 100 mil). Este é um fenômeno a ser investigado, com vistas ao desenvolvimento de práticas de Promoção da Saúde, tendo como ponto de partida intervenções de detecção precoce (DP) (INCA, 2016).

A magnitude do câncer de mama, em termos epidemiológicos, justifica todo um conjunto de ações com vistas ao seu enfrentamento. A prevenção, a detecção precoce e a cura exigem atenção crescente por parte das autoridades governamentais, assim como se defende para outras enfermidades crônicas e degenerativas. O sistema de saúde deve reorientar-se e adaptar-se a este tipo de demanda, considerando o princípio da resolubilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a ter o suporte apropriado nos serviços público e privado, atuando este último da forma complementar, como recomenda o Ministério da Saúde, como preconiza a Lei nº 8080/90 (BRASIL, 2006).

A detecção precoce do câncer de mama, a qual pode ser feita por ultrassonografia e mamografia, é um fator importante para o tratamento, sendo sugerida a realização desses exames em mulheres assintomáticas e sem antecedentes de risco, a partir dos quarenta anos de idade, anualmente ou de dois em dois anos. Entretanto, ainda é comum no cenário brasileiro o diagnóstico tardio da doença e a não identificação de mulheres em situação de alto risco (BASTOS et al., 2017).

Em seus estudos sobre rastreamento do câncer, Godinho e Koch (2004) identificaram que as mulheres temem a realização dos exames pelo receio da dor, pela compressão da mama pelo mamógrafo e pelo medo da confirmação da doença. Assim, percebe-se que os benefícios da mamografia, do exame clínico das mamas e do autoexame de mama (AEM) para a detecção precoce do câncer de mama superam as barreiras vivenciadas por apenas parte das mulheres. A depender dessa avaliação, o tratamento pode fugir do domínio meramente clínico, levando mulheres a mastectomias radicais. O resultado do estadiamento do tumor no momento do diagnóstico também influencia na sobrevida (BRASIL, 2011).

É comum, logo após o diagnóstico de câncer, o surgimento imediato de pensamentos disfuncionais e questionamentos existenciais das pacientes. Angústia, ansiedade e má adesão ao tratamento são aspectos observados nas pacientes, as quais mostram uma necessidade intensa em expor seus sentimentos. Nesse contexto, são requeridos profissionais qualificados para lidar com essa problemática (SILVA et al., 2017).

O paciente afetado por câncer é passível a uma transformação na percepção de si mesmo, seja em parâmetros de tempo (passado, presente, futuro), espaço (espaço individual, moradia, contexto mundial) e existência (dimensão biológica, corporal, propósito de existência) (GRASSI; RIBA, 2009), o que requer o suporte por parte da família, dos profissionais de saúde e das instituições que lhes prestam cuidados.

Diante do exposto, em virtude da relevância da detecção precoce do câncer de mama e do seu significado social surge o questionamento: Qual o significado que as mulheres mastectomizadas atribuem à detecção precoce do câncer de mama?

Nesse sentido, este trabalho justifica-se pela necessidade de compreender as mudanças referentes à detecção do câncer de mama e os quais os impactos na vida da pessoa que recebe tal diagnóstico. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar o significado atribuído a detecção do câncer de mama por mulheres mastectomizadas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, que, segundo Bastos (2012), narra fenômenos e busca descobrir a frequência com que um fato ocorre, a sua natureza, as suas características, as causas, as relações com outros fatos, descrevendo a situação no momento da investigação. Nesse sentido, a metodologia estabelece relações entre as variáveis.

A pesquisa foi realizada de dezembro de 2015 e janeiro de 2016, com 26 mulheres atendidas no ambulatório de mastologia de um hospital de referência em câncer, vinculado ao Sistema Único de saúde (SUS), em Fortaleza, Ceará, consistindo em um rico campo de pesquisa pelo trabalho de prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de mama.

As participantes foram submetidas à mastectomia unilateral e/ou bilateral, em decorrência do diagnóstico de câncer de mama há, pelo menos, seis meses; não apresentavam metástase comprovada e/ou estavam fora de cuidados somente paliativos. Foram incluídas as mulheres que apresentaram condições psicológicas de interação e comunicação para a entrevista, possibilitando a fala. Foram excluídas aquelas que estavam com metástase comprovada e sob cuidados paliativos. O número total de participantes foi determinado a partir do princípio da saturação dos dados, quando não mais emergiram novos dados ou ideias com a continuidade das entrevistas ou com de observação adicional (SALGADO, 2012).

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, aplicada com cada participante individualmente, e de revisão documental (prontuários e fichários). Em seguida, o material foi organizado e analisado mediante leitura, releitura, reflexão e agrupamento dos dados convergentes. Após várias leituras das entrevistas, os dados foram organizados com base em ideias significativas que subsidiaram unidades de significados e estas foram transformadas em temáticas.

Ressalta-se que para a preservação das identidades, as mulheres receberam uma codificação utilizando-se a letra “M”, a qual remetia a palavra “Mulher”, seguida dos números 1 a 26. Dessa forma, “M1” significa mulher 1 e assim sucessivamente.

A interpretação dos resultados foi realizada com base nos princípios do Interacionismo Simbólico (BLUMER, 1969) e da literatura que aborda o câncer de mama e seus significados.

A pesquisa seguiu as determinações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos preceitos éticos na pesquisa com seres humanos. Solicitou-se o consentimento das participantes, sendo este formalizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para tanto, apresentaram-se os esclarecidos sobre o projeto e os seus objetivos, garantindo aos sujeitos da pesquisa o sigilo e o compromisso ético de mantê-los no anonimato, bem como livrá-los de quaisquer constrangimentos, danos morais e/ou físicos.

Este estudo faz parte de um projeto financiado pelo CNPq/Universal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, conforme parecer no. 618.818 de ano 2014.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As participantes do estudo tinham idades de 37 a 66 anos, apresentavam histórico familiar da doença, a maioria era casada e fez uso de contraceptivo, todas tinham filhos, eram católicas, não realizavam autoexame nas mamas. A renda média correspondia um salário mínimo e meio (aproximadamente R\$ 1.400,00) e somente cinco estudaram mais de dez anos.

A análise das 26 entrevistas possibilitou a identificação de três temáticas relacionadas ao objetivo deste estudo, sendo estas: “demora da detecção por negligência com a própria saúde”, “relação entre a detecção precoce e a fé” e “sentimentos negativos surgidos após a detecção”. Todas estas remetem aos significados atribuídos por essas mulheres já mastectomizadas à detecção do câncer de mama, mostrando suas angústias, lamentações e sentimentos decorrentes da falta do diagnóstico precoce.

A temática “Demora da detecção por negligência com a própria saúde” emergiu a partir das falas que evidenciaram o diagnóstico como uma necessidade urgente, sendo, entretanto, postergado por vários motivos que levaram essas mulheres a não valorizarem a importância de cuidar da própria saúde. Assim, constatou-se que as participantes da pesquisa mostraram uma postura de negligência com a saúde, o que foi expresso das seguintes formas:

“...Mesmo às vezes vendo casos na televisão ou com alguma conhecida, a gente acaba se descuidando e deixando para depois. Eu fui até ao médico, ele passou uns exames, mas que deixei para fazer depois porque eu estava trabalhando muito...Não dava tempo...” (Mulher 05).

“Eu acho que é descobrir no tempo, sabe? De modo que ainda possa tratar, ficar sabendo ainda no começo da doença. Eu acho que descobri tarde, pois se eu tivesse identificado logo no começo, talvez não tivesse que tirar toda a mama. Se eu soubesse, eu teria procurado antes o médico. Mas a gente não acha que pode acontecer com a gente.” (Mulher 04).

Estudos evidenciam que as atitudes relacionadas à detecção precoce do câncer de mama pelas mulheres não são realizadas da forma preconizada pelas políticas públicas de saúde, dificultando assim o diagnóstico. É importante a participação da mulher com câncer de mama em todo processo, de forma a permitir que esta se torne sujeito de participação da sua própria assistência (ARRUDA et al., 2016; ALVES et al., 2010).

Nesta jornada, a vontade de viver e a fé podem ser grandes protagonistas no processo de enfrentamento. O ser humano possui uma propensão a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (MARINHO; SILVA, 2013; BARROS; MELO; SANTOS, 2014).

A “Relação entre a detecção precoce e a fé” mostra como significado para as participantes que a religião surge como uma estratégia para atender às necessidades fundamentais do ser humano, possibilitando a criação de uma identidade de coesão entre as pessoas em meio a busca de sentido e de significado para a vida. Portanto, a crença ajuda no enfrentamento das ameaças e possibilita ganhar novas energias para lutar pela sobrevivência, na situação da doença fatal. Pelas falas das entrevistadas podemos observar essa relação da descoberta da doença com a fé:

*“Descobrir ainda cedo é quando ainda pode cuidar. No começo ainda pode ter cura, depois que se alastra, só Deus!”* (Mulher 07);

*“... acho que descobri tarde, né?! O melhor mesmo era não ter. Fazer o que? Rezar e ter fé em Deus.”* (Mulher 03);

*“Eu acho que é quando o médico diz que a gente tá com a doença ainda no começo, mesmo quando a gente não tá sentindo nada. Que foi mais ou menos o meu caso. Eu num tava sentindo dor nem nada. Fiquei impressionada com a história de uma senhora, aí peguei nos meus peitos. Parece que foi um aviso de Deus! Aí foi que percebi que tinha alguma coisa errada.”*(Mulher 08)

Albarelo et al. (2013), acreditam que é de grande importância ter conhecimento de como uma mulher age ao descobrir-se com uma neoplasia maligna. Nesse contexto é necessário verificar quais as situações conflitantes que elas vivenciam, como se comportam nos momentos de incertezas em relação às expectativas de vida, uma vez que sentem a necessidade de serem compreendidas e amparadas.

No momento da detecção da enfermidade, surge uma variedade de sentimentos, sendo eles, em sua maioria, negativos em relação à neoplasia mamária, como relatam as participantes do estudo na categoria “Sentimentos negativos surgidos após a detecção:

*“Eu fiquei muito triste, porque ainda sou jovem. Fiquei arrasada e até hoje ainda não me recuperei, foi muito duro eu aceitar, chorei muito.”* (Mulher 02);

*“O que significa é que eu me abalei muito! Eu pensava que ia morrer na mesma hora que soube que estava com a doença.”* (Mulher 06)

Moura et al. (2010) realizaram um estudo sobre os sentimentos das mulheres mastectomizadas, cujo resultado mostrou uma visão atemorizada das mulheres diante da descoberta da doença. Nesse processo, a assimilação física gera sentimentos negativos; assim como a ausência de uma parte do corpo ocasiona uma sensação de mutilação, fazendo com que elas sintam-se impotentes diante da situação vivenciada.

Pesquisas realizadas com esse público demonstram que a morte ocupa um lugar de grande importância na mente das mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Percebe-se que, mesmo nos dias atuais, ainda é complicado encarar a finitude como um fenômeno natural e que, apesar do progresso do conhecimento, o ser humano ainda receia e negamos a morte como um fato real. Dessa maneira, as mulheres mastectomizadas traduzem a persistente probabilidade da reincidência, ratificando seus temores, quando atribuem significado ao viver com uma patologia estigmatizante. Por meio de particularidades próprias de quem convive com essa doença, o itinerário vivido por essas mulheres acaba variando de uma para outra, tanto no que se refere ao tratamento, como também pela influência pré-existente do contexto sócio-cultural e familiar (ALMEIDA et al., 2001)

As experiências relacionadas com o câncer de mama têm um âmbito muito individual, apresentando significados diferenciados para cada mulher que as vivenciam. Porém, existem sentimentos comuns à maioria das mulheres



acometidas pelo câncer de mama, como medo, raiva, tristeza, ansiedade, depressão, luto, negação, dentre outros (RÊGO; BARRETO; NASCIMENTO, 2017).

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados, identificam-se os significados atribuídos pelas participantes ao diagnóstico do câncer de mama. O fato de já serem mastectomizadas mostra que já não mais podem agir para resolver o problema que lhes acometeu e expressam sentimentos carregados de significados que remetem a lamentações por não terem detectado a doença a tempo de tratá-la de forma menos invasiva e traumática. Além disso, destacam a importância da detecção precoce, apresentando depoimentos que poderão sensibilizar muitas mulheres a adotarem os cuidados necessários à prevenção dessa doença.

A importância da fé no momento em que o diagnóstico foi revelado emergiu como uma estratégia de enfrentamento, sendo considerada uma força superior que ampara as mulheres nos momentos de angústia, incerteza e falta de controle sobre a própria vida.

Os sentimentos negativos - medo, angústia e tristeza, no momento em que a neoplasia da mama foi detectada constituem um sinal do ser humano e revelam a fragilidade da pessoa diante de uma doença grave.

Diante do exposto, esses significados configuram como importantes indicadores que possibilitam aos profissionais da saúde lidar melhor com mulheres nessa situação. Além disso, o olhar dos gestores e das políticas de saúde sobre essas questões poderá favorecer o planejamento de estratégias interdisciplinares capazes de oferecer um maior suporte físico e emocional voltado às mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

## REFERÊNCIAS

- ALBARELLO, R. et al. Percepções e enfrentamentos de mulheres que vivenciaram diagnóstico de câncer de mama. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 8, p. 31-41, 2013.
- ALMEIDA, A.M et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.9, n.5, p.63-9. setembro-outubro,2001.
- ALVES, P.C. et al. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Rev Esc Enferm**; São Paulo, v. 44, n. 4, p. 989-95, 2010.
- ARRUDA, R.L. et al. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 16, n. 2, 2016.
- BARROS, A.G.; MELO, M.C.P.; SANTOS, V.E.P. Significados atribuídos ao câncer por um grupo de mulheres [Meanings attributed to cancer by a group of women]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, p. 129-133, 2014.
- BASTOS, G. A.. et al. Ensino médico e as controvérsias da realidade no rastreamento inicial do câncer de mama na mulher. **Revista Práxis**, v. 2, n. 4, 2017.
- BASTOS, N.M.G. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 4ed.Fortaleza:Nacional, 2012. BLUMER, H. **Symbolic Interactionism perspective and method**. California: Prentice-Hall, 1969.
- BRASIL. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/INCA/Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2006.
- GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiol Bras**. [online], v. 37, n. 2, p. 91-99. 2004.
- GRASSI, L.; RIBA, M. **New frontiers and challenges of psychiatry in oncology and palliative care**. In: Christodolou, G; Jorge, Mezzich *Advances in Psychiatry*, World Psychiatric Association, 2009.
- INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa2016:incidência de cancer no Brasil. RiodeJaneiro: INCA,2017. Disponível em:<<https://goo.gl/0dJfKk>>. Acesso em:1ago.2017.
- MARINHO, V.L.; DA SILVA, G.M. Repercussões psicossociais em mulheres que sofreram cirurgia de mastectomia acompanhadas pela liga feminina de combate ao câncer de mama de gurupi-to. **Revista Cereus**, v. 5, n. 1, p. 46, 2013.
- MOURA, F.M.J.S.P. et al. Os sentimentos das mulheres Pós-mastectomizadas. **Esc Anna Nery**(impr.). v.14, n.3, p.477-484. 2010 jul-set.

RÊGO, A.R.F.; BARRETO, F.A.; NASCIMENTO, E.G.C. Vivências femininas acerca do câncer de mama. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 1, p. 71-85, 2017.

SALGADO, C.M. El muestro em investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias.

**Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):613-619, 2012.

SILVA, C.S. et al. PSICOLOGIA E CÂNCER: UM OLHAR MULTI DISCIPLINAR. **Gep News**, v. 1, n. 2, p. 64-68, 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus; a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo apoio financeiro e incentivo à pesquisa. Estendendo os agradecimentos às professoras, Raimunda Magalhães da Silva, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro e Christina César Praça Brasil por nos orientar na construção desse artigo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O LÚDICO COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DE VERMINOSES: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Lais de Oliveira Silva<sup>1</sup>, Elizabeth Brenda Dantas Nascimento<sup>2</sup>, Maria Priscila Oliveira da Silva<sup>3</sup>, Luana Ingridy Alves Teixeira<sup>4</sup>, Juliana Alencar Moreira Borges<sup>5</sup>, Thais Marques Lima<sup>6</sup>.

1. Acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará

2. Mestre. Enfermeira. Professora Auxiliar III do Centro Universitário Estácio do Ceará.

3. Orientadora. Doutora. Enfermeira. Professora Auxiliar III do Centro Universitário Estácio do Ceará.

E-mail: lais\_silva29@outlook.com

Palavras-chave: Educação em saúde. Verminoses. Lúdico. Crianças.

### INTRODUÇÃO

Verminose é uma doença provocada por agentes específicos, denominados parasitas, especialmente endoparasitas que vivem no interior do corpo do hospedeiro. Constitui-se uma doença frequente, de difícil controle pelos órgãos públicos, que acomete o ser humano de forma irrestrita. É observada nas crianças e nos adultos, em ambos os sexos, em todas as classes sociais, tanto na zona rural como nas cidades (CARVALHO, 2006). Sendo importante destacar que as crianças apresentam maior prevalência às doenças parasitárias que os adultos, influenciado pelo desenvolvimento do estado imunológico (CIMERMAN, CIMERMAN, 2010).

Segundo Paula Louredo (2006), alguns vermes são de vida livre, mas muitos são parasitas e causadores de doenças em animais (incluindo seres humanos). Geralmente as verminoses não levam à morte do hospedeiro, pois se o hospedeiro morrer, o verme parasita perderá a sua moradia e a fonte de alimentação, o que não será vantajoso para ele.

A contaminação ocorre de diversas formas, mas a mais comum é por meio da ingestão de alimentos e água contaminada ou através da pele quando há pequenos ferimentos. Os tipos de verminoses mais frequentes são: Ascaridíase, vulgarmente conhecida como lombriga; Teníase, chamada popularmente de solitária; Oxiuríase; Tricuríase e Ancilostomíase, conhecida como amarelo. Os sintomas mais comuns encontrados nos casos de verminose são: cólicas abdominais, náuseas, mudança do apetite, indisposição, fraqueza, diarreia, vômito, emagrecimento, anemia, febre e problemas respiratórios. A principal consequência da verminose é a desidratação, resultante da diarreia e do vômito, que ocorrem nas fases agudas da doença. Além disso, existem outros problemas decorrentes dessa doença, como obstrução intestinal, retardo do desenvolvimento físico, comprometimento do comportamento na infância, e anemia progressivamente mais grave (FERREIRA, 2008).

A prevalência de parasitoses intestinais no Brasil é elevada, variando de acordo com cada região do país, devido às diversidades geográficas, econômicas, climáticas e sociais existentes nas áreas endêmicas. Esta problemática é mais grave do que parece, pois a ausência de uma política de educação sanitária consistente contribui para que as enteroparasitoses sejam consideradas um relevante problema de saúde pública no país (MENESES, 2008).

Ressalta-se que, a nível mundial, 11% das condições graves da saúde da criança estão relacionadas à presença de parasitas, o que nos ressalta a importância da prevenção destas doenças. Contudo, infere-se que a ocorrência de tais doenças possua magnitude elevada, sobretudo em determinadas populações, como crianças pré-escolares, conforme demonstra estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, em que 24,6% das 472 crianças oriundas de creches apresentavam algum tipo de parasitose, sendo que 6,6% possuíam mais de um parasito. (MENESES, 2008)

A prevenção ainda é a melhor forma de proteger a saúde contra as verminoses, e pode ser feita através da adoção de medidas simples na manutenção de hábitos de higiene pessoal e ambiental, sendo, medidas passíveis de execução, tais como: lavar bem as mãos sempre que usar o banheiro e também antes das refeições, beber apenas água filtrada ou fervida, lavar bem os alimentos antes do preparo, especialmente quando foram consumidos crus, andar sempre calçado, comer apenas carne bem passada, comer apenas em locais limpos, realizar exames parasitológicos e tomar vermífugos regularmente. Entretanto, embora simples, a população, muitas vezes, não tem conseguido praticá-las de forma ininterrupta (FERREIRA, 2008).

Lugares com aglomeração de pessoas como creches e escolas, são propícios para disseminação dos cistos, visto que, o contato direto de pessoa para pessoa, constitui uma forma de contaminação diante da ausência de bons hábitos de higiene (MARKELL; JOHN; KROTOSKI, 2003).

Nesta perspectiva, o ensino de ciências na escola, pode promover estratégias para o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, visando incrementar as possibilidades de a população exercer um maior controle sobre si mesma e o ambiente, e definir-se por opções mais favoráveis à saúde. A escola se apresenta com proposta que invista na promoção do ser humano (VERDI e CAMPONI, 2005).

Neste sentido, faz-se necessário intensificar projetos com assuntos relacionados à higiene com a saúde. Uma boa qualidade de ensino de prevenção nas escolas, inclusive em creches onde há um acentuado número de crianças, podem contribuir coibindo a expansão dessas parasitoses. O ato de desenvolver junto às crianças ainda em idade pré e/ou escolar pressupõe-se que nesta fase da vida é um dos momentos ideais para apresentar medidas de higiene que deve-se desenvolver na rotina diária. Nesta fase, as crianças se mostram cheias de curiosidade buscando entender o porquê devem-se adotar determinadas maneiras. Uma vez que a criança compreende o porquê e a importância de se adotar estes costumes ela passa a executá-los de forma rotineira (FERREIRA, 2008).

Dessa forma, a disseminação de informações, sobretudo por meio de atividades de educação em saúde, consiste em estratégias para mudanças comportamentais visando hábitos saudáveis do indivíduo e da comunidade, visto que estas compilam o conhecimento científico e, por meio dos profissionais de saúde, atingem o cotidiano das pessoas (ALVES, 2005).

Neste contexto, o enfermeiro se apresenta como profissional educador, sendo fundamental na promoção da saúde e no combate a doenças, e cabe a ele tornar o processo de cuidar e educar mais coerente com a realidade de cada população (FREITAS, ET al, 2010).

Uma forma diferenciada para se promover a saúde é utilizar-se do ensino da arte, pois ela tem o poder de transformar as pessoas (OSTROWER, 2002). Compreende-se que a arte se configura como um elemento primordial para estabelecimento de um vínculo com as crianças, por possibilitar a compreensão de diferentes temáticas de forma alternativa e também serve como uma ferramenta que os mesmos utilizam para expressar suas ideias, dúvidas e angústias vivenciadas (CIONAI, 2004). É também uma área onde se pode operar o aprofundamento da percepção, criando maneiras de observar que podem mais tarde ajudar na transformação humana (AREDES, 2004).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo do tipo relato de experiência, cuja produção dos dados desenvolveu-se de maneira participativa, por meio, inicialmente, da aplicação de uma estratégia de Educação em Saúde com crianças em idade pré-escolar, matriculadas em uma creche pública de Fortaleza.

Foi realizada em outubro de 2015, por acadêmicos de enfermagem do 6º semestre do Centro Universitário Estácio do Ceará, durante estágio da disciplina Ensino Clínico III Prático - Saúde da Criança.

Foi desenvolvida uma ação educativa com estratégias lúdicas baseando-se nas principais formas de possível transmissão de verminoses, para facilitar a atração da atenção e o entendimento das crianças. Às atividades lúdicas escolhidas foram teatro e apresentação com fantoches, além de um quadro colorido e educativo sobre o que deve e o que não deve fazer para prevenir estas doenças, que visam a mudança de comportamento com o estímulo a adoção de medidas de higiene como um hábito cotidiano.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com o vocabulário simples e bem adequado para a idade das crianças, e através da ludicidade, foram demonstrados como e onde os parasitos estavam presentes em nosso meio e como era simples a contaminação, apesar de se tratar quase sempre de microrganismos que são invisíveis a olho nu.

A educação em saúde foi realizada em três etapas: na primeira, foi introduzido um diálogo com as crianças através de personagens de fantoches, já iniciando a abordagem sobre o tema, perguntando aos alunos se eles sabiam que era e se já foram acometidas por alguma verminose, utilizando uma linguagem acessível ao público-alvo. Os personagens explicaram do que se trata esta morbidade, e encaminharam a atenção das crianças para o teatro. A segunda etapa trata-se do teatro, no qual um aluno se caracterizou de verme, como o “monstro” da história, os outros alunos se personalizaram de crianças, que estavam em situações de risco, dessa forma o “monstro-verme” as contaminavam e elas ficaram doentes. Às situações expostas foram: andar descalço, não lavar as mãos antes das refeições, comer frutas sem lavá-las, levar a boca objetos que se encontravam no chão. A terceira etapa foi constituída pela apresentação de um quadro com os bons hábitos de higiene para prevenir verminoses, parasitoses e outras patologias, nomeados de “legal”, ilustrando, para as crianças que aquilo deve ser feito, e outra parte mostrando os hábitos e costumes que devem ser evitados, nomeados de “chato”. Este quadro foi disponibilizado pelos alunos para permanecer na creche.

Preferiu-se por adotar um artifício não convencional, a partir do lúdico, para atrair as crianças, para que elas pudessem compreender sobre a temática mediante a linguagem teatral. Segundo Soares, Silva e Silva (2011) o lúdico é capaz de enriquecer as atividades educativas, na medida em que se trata de um apropriado mecanismo de comunicação, expressão e aprendizado. Além disso, configura-se como modalidade de ensino-aprendizagem criativa, estimulante, integradora e participativa, que intensifica as diversas trocas de saberes, facilita a socialização, o crescimento pessoal e coletivo, favorecendo o conhecimento e a construção de novas relações entre as pessoas e o ambiente.

De acordo com Mendonça, Sobral e Barreto (2011), o teatro de fantoches, é uma ferramenta de comunicação eficaz, na medida em que transmite o conhecimento de forma persuasiva e possibilita que as crianças entendam e discutam sobre o lugar aonde vivem de forma lúdica, assim, as crianças assumem papel de agentes informantes das questões ambientais e sociais.

Acredita-se que a educação em saúde é fator essencial para controle das verminoses, pelo fato de que as crianças precisam adotar medidas profiláticas, especialmente considerando as características dessas doenças durante a infância: alta prevalência, alta porcentagem de resistência ao tratamento, altas taxas de eliminação de ovos e altos níveis de reinfecção (SILVA, et al. 2011).

Em conformidade com Barbosa e Vieira (2013) pode-se relacionar a falta de conhecimento e a carência de recursos educacionais e higiênicos, à incidência de doenças parasitárias intestinais, portanto, é imprescindível levar a informação sobre como manter hábitos saudáveis de higiene na população pois, isto irá ajudar na prevenção das parasitoses intestinais. Sendo assim, o conhecimento de certa comunidade a respeito dessas doenças se torna essencial para um maior cuidado com a profilaxia das mesmas.

As crianças são, de modo geral, mais suscetíveis e mais expostas às infecções parasitárias, devido as noções de higiene precárias, ao constante contato umas com as outras, e à ausência de imunidade efetiva contra as infecções, podendo ter seu desenvolvimento físico e intelectual comprometido por ações desses parasitas (BOEIRA, et al. 2010).

Conforme Joventino, et al. (2009), algumas das situações preventivas individuais em relação à aquisição de verminoses é a lavagem adequada de frutas e de verduras, consumo de água filtrada e higiene corporal por meio do banho e da lavagem das mãos (JOVENTINO, ET AL. 2009).

Devem ser prioritárias as medidas de controle mais eficientes, direcionadas as populações mais suscetíveis, não sendo úteis apenas para diminuir a prevalência e a incidência de infecções por parasitoses intestinais, mas também para melhorar a qualidade de vida das pessoas e do sistema público de saúde como um todo e para aumentar a dignidade dos indivíduos.

No caso das verminoses, as más condições ambientais, são de grande relevância para a sua prevalência. Logo todas essas atividades de educação para prevenção das verminoses só serão eficazes se houver mudanças de hábitos por parte da população e melhoria dos padrões sanitários (FARIA, 2015).

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento da educação em saúde, revelou que é de suma importância no âmbito da Enfermagem, o processo de promoção à saúde numa perspectiva lúdica, afim de facilitar o processo ensino- aprendizagem, adotando estratégias que tem como visão a criatividade e a comunicação.

Em virtude de que as crianças são as mais acometidas pelas verminoses, a atividade proposta foi considerada satisfatória, por proporcionar a orientação dos usuários da unidade básica de saúde, com o intuito de levar informações sobre a prevenção de verminoses, a fim de promover mudanças de comportamentos e a melhorar a saúde da população, estimulando ainda a reflexão crítica das causas dos seus problemas bem como das ações necessárias para a sua resolução.

O Enfermeiro desempenha um papel de partilhar o conhecimento seja no aspecto individual, grupo ou coletivo, promovendo a orientação, e estimulando todos a contribuir para a promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface (Botucatu). 2005; 9 (16): 39- 52.

AREDES, A.P.L.; ANIZ, M.P.R. **O papel do teatro na escola pública: o caso da Escola Estadual Nair Palácio de Souza.** Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, Belo Horizonte – 12 a 15 de setembro de 2004.

BARBOSA, Viviane Aparecida; VIEIRA, Francisco de Oliveira. **Educação sanitária como prática de prevenção de parasitoses intestinais em creches**, 2013.

BOEIRA, V.D. et al. Educação em saúde como instrumento de controle de parasitoses intestinais em crianças. **Revista Varia Scientia**, v.09, n.15, p. 35-43, 2010.

CARVALHO Débora. **Verminose**. INFO ESCOLA [internet].2006[2016];p1 disponível em: <http://www.infoescola.com/doencas/>

CIMERMAN, B.; CIMERMAN S. Parasitologia humana e seus fundamentos gerais. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

CIORNAI, S. Percursos em arteterapia: três vertentes pioneiras da arteterapia nos Estados Unidos. In: Margareth N. A arte em terapia. São Paulo: Summus; 2004. p. 23-7.

FARIA, Carolina Rocha de. **Educação em saúde: uma ferramenta para a prevenção e controle de parasitoses intestinais na estratégia saúde da família**. Minas Gerais, 2015

FERREIRA, Edna Alves. **Projeto Educação e Saúde: a importância das medidas de higiene para a profilaxia de doenças parasitárias**. Belo Horizonte – MG 2008

FREITAS, C.A.S.L, et al. Perceptions of nursing students about the Health Promotion: exploratory- descriptive study. **Online Braz J Nurs**. 2010, 9(1). Retrieved 2011-01-20, from <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2819/627>

JOVENTINO, Emanuella Silva, et al. Jogo da memória como estratégia educativa para prevenção de enteroparasitoses: relato de experiência. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 141-148, abr./jun.2009.

MARKELL, E. K.; JOHN, D. T.; KROTOSKI, W. A. **Parasitologia Médica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MENDONÇA, A.M.C., SOBRAL, I.S., BARRETO, K.F.B. **Teatro de fantoches como ferramenta de educação ambiental no projeto de assentamento de Reforma Agrária José Emídio dos Santos**. Capela, SE. Instituto Bioterra, Artigo no. 37, 2011.

MENEZES, A.L, et al. Prevalence of intestinal parasites in children from public daycare centers in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Rev Inst Med Trop Sao Paulo**. 2008; 50 (1): 57-9.

OSTROWER, F. **Criatividade e processos de criação**. 1ª. edição. Petrópolis: Vozes, 2002.

SILVA, Jefferson Conceição et al. Parasitismo por *Ascaris lumbricoides* e seus aspectos epidemiológicos em crianças do Estado do Maranhão. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44, n. 1, p. 100-102, Feb. 2011.

SOARES, Sônia Maria; SILVA, Líliam Barbosa; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 818-824, Dec. 2011 .

VERDI, M.; CAPONINI, S. **Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. Texto & Contexto – Enfermagem**. V.14, n12, 2005.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, agradecemos ao Centro Universitário Estácio do Ceará por nos proporcionar participar do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (GPAPS) e a professora Thaís Marques Lima pelo incentivo à pesquisa e por toda a orientação para tornar esse trabalho possível.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DAS INTOXICAÇÕES POR ANALGÉSICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS ATENDIDOS PELO CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA

Ana Paula Antero Lôbo<sup>1</sup>, Igho Leonardo do Nascimento Carvalho<sup>2</sup>, Clayre Anne de Araújo Aguiar<sup>3</sup>, Ana Paula Vasconcellos Abdon<sup>1</sup>, Adriana Rolim Campos<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Floriano-Piauí-Brasil.

<sup>3</sup> Instituto Dr. José Frota. Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: anapaula\_lobo@hotmail.com

Palavras-chave: Envenenamento. Analgésico. Epidemiologia.

### INTRODUÇÃO

As intoxicações por medicamentos constituem importante problema de saúde, representando o principal risco relacionado ao uso desnecessário ou abusivo desses medicamentos e mantendo elevadas taxas de morbidade, devido ao desequilíbrio orgânico produzido (OSLON, 2013).

Em 2012, segundo o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), foram registradas 99.035 (96,2 %) intoxicações humanas, sendo a intoxicação por medicamento equivalente a 27,0 % (SINITOX, 2012). O SINITOX não disponibiliza dados específicos sobre as classes farmacêuticas, especialmente os de venda livre de prescrição, tal como os analgésicos e antiinflamatórios não esteroides (AINES), o que seria pertinente para investigar uma interface da prática da automedicação.

A prática da automedicação é estimulada pelo fácil acesso aos medicamentos livre de prescrição (Souza *et al.*, 2008), como também pela presença da dor (SÁ *et al.*, 2007), que tem como solução rápida o uso de AINES. Entretanto, a automedicação agrega o risco do uso irracional de medicamentos, devido à ausência de critérios técnicos (OMS, 2008).

Assim como outros fármacos, os AINES têm potencial para causar reações adversas, dada a sua toxicidade sobre vários sistemas. Entre os efeitos relatados pode-se citar propensão à trombose, perda do efeito protetor da regulação superior da ciclooxygenase 2 na isquemia miocárdica e no infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal aguda e elevação da pressão arterial média. Os efeitos colaterais mais importantes dos AINES ocorrem no aparelho gastrointestinal (BATLOUNI, 2010). No Brasil, estudos específicos sobre a utilização dos AINES, bem como sobre os fatores relacionados ao seu uso, são raros ou mesmo inexistentes, embora o conhecimento destas questões seja imprescindível para o emprego terapêutico adequado desta classe (RIBEIRO *et al.*, 2005).

O presente estudo objetiva identificar incidência, características epidemiológicas e clínicas das intoxicações por AINES registradas pelo centro de assistência toxicológica.

### METODOLOGIA

Trata-se de estudo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir das fichas de 190 notificações de intoxicações por AINES. Tais notificações foram registradas, no período de 2010 a 2014, no CEATOX do Instituto Dr. José Frota (IJF), maior hospital de Urgência e Emergência do estado do Ceará, localizado em Fortaleza, capital do estado.

O estudo teve como critérios de inclusão a ficha de notificação de intoxicação por medicamento realizada pelo CEATOX e descrição da classificação do Código Internacional de Doenças (CID-10) relacionada à intoxicação por medicamento.

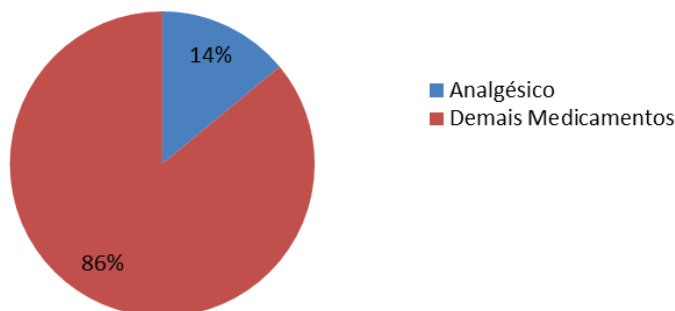
A coleta foi realizada no período de junho a agosto de 2015, por meio de formulário semiestruturado baseado na ficha de notificação, composta por dados sociais do participante, características da intoxicação e condutas clínicas.

Os dados foram armazenados e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*<sup>®</sup> 19.0 (GRAY; KINNEAR, 2011). O plano de análise compreendeu a obtenção de frequências relativa e absoluta das variáveis das características epidemiológicas e condutas clínicas dos participantes com intoxicação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dr. José Frota (CEP/IJF), sob o parecer nº 1.060.172/15.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No CEATOX, no período de 2010 a 2014, houve 1.362 notificações de intoxicações por medicamentos, dos quais 190 (14,0 %) foram causadas pela classe farmacêutica dos AINES (Gráfico 1).

**Gráfico 1** Frequência de intoxicação por AINES registrada no centro de assistência toxicológica. Fortaleza, Ceará, 2010 a 2014.



Fonte: CEATOX/IJF

No estudo, as intoxicações por AINES apresentam baixa representatividade, apesar de ser o medicamento mais utilizado na automedicação (Bastiani *et al.*, 2005). Os AINES proporcionam alívio imediato da dor, produzindo uma sensação de bem estar que pode ter sido buscada pelos participantes que sofreram intoxicação. Os AINES de venda livre têm sido comumente utilizados como adjuntos aos mais diversos tratamentos, podendo levar a um aumento potencial do uso inadequado desses fármacos (BRAUND; ABBOTT, 2011).

Os participantes intoxicados por AINES são, na sua maioria, do sexo feminino (n = 144; 75,8 %), da faixa etária de até 19 anos (n = 82; 43,2 %), motivados pela circunstância tentativa de suicídio (n = 151; 79,5 %), sendo que o episódio ocorreu na própria residência (n = 187; 98,4 %) e pela via oral (n = 190; 100,0 %). As intoxicações eram do tipo aguda única (n = 180; 94,7 %) e ocorreram associadas ao uso de outras substâncias (n = 134; 70,5 %) (Tabela 1).

**Tabela 1** Distribuição das características epidemiológicas das intoxicações por AINES registradas pelo centro de assistência toxicológica. Fortaleza, Ceará, 2010 a 2014.

Características	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	46	24,2
Feminino	144	75,8
<b>Faixa Etária</b>		
Até 19 anos	82	43,2
20 – 29 anos	67	35,2
30 – 39 anos	21	11,1
A partir de 40 anos	20	10,5
<b>Circunstância</b>		
Tentativa de suicídio	151	79,5
Acidente individual	26	13,7
Outros	13	6,8
<b>Local da Intoxicação</b>		
Residência	187	98,4
Outros	3	1,6
<b>Via de Intoxicação</b>		
Oral	190	100,0
<b>Tipo de Intoxicação</b>		
Aguda única	180	94,7
Aguda repetida	10	5,3
<b>Uso de outras substâncias</b>		
Sim	134	70,5
Não	56	29,5

Fonte: CEATOX/IJF



As mulheres apresentam maior contato com serviços de saúde e acesso a medicamentos, o que pode caracterizar um fator determinante da intoxicação por esse método. A predominância da faixa etária jovem sugere o acometimento de acidente individual em crianças e adolescente, conforme Witter *et al.* (2016). Entretanto, a circunstância mais frequente é a tentativa de suicídio, o que recontextualiza a intoxicação medicamentosa em crianças e adolescentes à medida em que constata mudança na motivação. Tal fato evidencia a necessidade de estudo que investigue a tentativa de suicídio em crianças e adolescentes.

A ocorrência da intoxicação medicamentosa na residência pode estar relacionada com a elevada frequência com que a população armazena medicamentos nos domicílios, especialmente guardado na cozinha (LOCH *et al.*, 2015). E a via oral é a mais comum na administração de medicamentos (RANG *et al.*, 2016).

A intoxicação do tipo aguda única demonstra esse método como um momento único, particular, com baixa reincidência. A elevada prevalência da associação de psicofármacos com agentes tóxicos, tais como álcool e drogas ilícitas, coincide com outro estudo (BERNARDES, TURINI & MATSUO, 2010). O uso de vários agentes tóxicos está relacionado à maior intenção suicida (ROSA *et al.*, 2015).

A maioria dos participantes apresentou manifestações clínicas (n = 174; 91,6 %), especialmente sonolência, vômito e dor gástrica, mas não necessitou de internação hospitalar (n = 65; 34,2 %). A intoxicação por AINES gerou intoxicação leve (n = 134; 70,5 %), demandando as seguintes condutas: uso de carvão ativado (n = 95; 50,0 %), observação clínica (n = 90; 47,5 %) e lavagem gástrica (n = 75; 39,5 %), o que subsidia a evolução por cura (n = 123; 64,7 %) (Tabela 2).

**Tabela 1** Distribuição das características clínicas das intoxicações por AINES registradas pelo centro de assistência toxicológica. Fortaleza, Ceará, 2010 a 2014.

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Manifestações Clínicas</b>		
Sim	174	91,6
Não	16	8,4
<b>Internação Hospitalar</b>		
Sim	65	34,2
Não	125	65,8
<b>Avaliação da Intoxicação</b>		
Leve	134	70,5
Moderado	44	23,2
Grave	12	6,3
<b>Conduta</b>		
Carvão ativado	95	50,0
Observação clínica	90	47,4
Lavagem gástrica	75	39,5
Hidratação	57	30,0
<b>Evolução</b>		
Cura/Alta hospitalar	123	64,7
Cura não confirmada	67	35,3
(Transferência, evasão, pedido)		

Fonte: CEATOX/IJF

A intoxicação por AINES gera manifestações clínicas, mas apresenta baixa gravidade, o que dispensa a internação hospitalar. As condutas clínicas baseadas no uso de carvão ativado, observação clínica, lavagem gástrica e hidratação, permitem retirar e neutralizar o agente tóxico do organismo (BRUNNER & SUDDARTH, 2011). Tais condutas implementadas na intoxicação por AINES contribui para a evolução para cura e alta hospitalar.

As características epidemiológicas e clínicas das intoxicações por AINES constituem um evento complexo que requer ações específicas para prevenção desse evento, tais como a qualificação do acesso a medicamentos de venda livre, redução de farmácias domiciliares e serviços de proteção à saúde mental.

## CONCLUSÃO

As intoxicações por medicamentos do tipo AINES apresentam representatividade e estão relacionadas à tentativa de suicídio, apesar da baixa gravidade e não ocasionar o óbito. Com isso, o acesso e uso de medicamentos se mantêm como desafio na redução e controle dos episódios de intoxicação. Tornam-se, portanto, pertinentes ações de prevenção da tentativa de suicídio pelo acompanhamento de indivíduos vulneráveis e de educação em saúde para redução do estoque desses medicamentos em farmácias domiciliares, restringindo-os ao uso sob prescrição médica. Tais ações devem ser desenvolvidas, não somente pelos farmacêuticos, mas por todos os profissionais de saúde com intuito de estimular o uso racional de medicamentos.

## REFERÊNCIAS

- BASTIANI A.; ABREU L. C.; SILVEIRA, K. L.; LIMBERGER, J. B. **O uso abuso de medicamentos**. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria*, v. 6, n. 1, p.27-33, 2005.
- BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um centro de controle de intoxicações do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, 2010.
- BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. [editores] Suzanne C. Smeltzer... [et al]. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- GRAY, C.D.; KINNEAR, P.R. **IBM SPSS 19 Statistics made simples**. Psychology Press: 2011.
- LOCH, A. P.; DAMO, N. G.; HELENA, E. T. S., MISSUGIRO, E. M. S. Estoque domiciliar de medicamentos de pessoas assistidas por uma equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-11, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Selection and rational use of medicines. Disponível em: [http://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/en/](http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/) . Acesso em: 22 jul. 2017.
- OSLON, K. R. **Manual de Toxicologia Clínica**. 6ª ed. Editora Mc Graw Hill: 2013.
- RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; FLOWER, R. J.; HENDERSON G. **Farmacologia**. 8ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier: 2016.
- ROSA, N. M.; CAMPOS, A. P. S.; GUEDES, M. R. J.; SALES, C. C., F.; MATHIAS, T. A. F.; OLIVEIRA, M. L. F. Intoxicações associadas às tentativas de suicídio e suicídio em crianças e adolescentes. **Rev enferm UFPE**., v. 9, n. 2, p. 661-668, 2015.
- SÁ, M. B.; BARROS, J. A. C.; SÁ, M. P. B. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro – PE. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 75-85, 2007.
- SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológica [homepage na internet]. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológica. [Acessado em 02 de março de 2016]. Disponível em: [http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Tabela%204\\_2012.pdf](http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Tabela%204_2012.pdf).
- SOUSA, H. W. O.; SILVA, J. L.; NETO, M. S. A. importância do profissional farmacêutico no combate a automedicação no Brasil. **Rev. eletrônica farm.**, v. 8, p. 67-72, 2008.
- WITTER, A. A.; MEDEIROS, A. I. S. R.; TEIXEIRA, L. M.; BARBOSA, M. G. M.; SANTOS, S. P. et al. Intoxicação medicamentosa em crianças: uma revisão de literatura. **Revinter**, v. 09, n. 03, p. 64-71, out. 2016.
- BATLOUNI, M. Anti-inflamatórios não esteroides: efeitos cardiovasculares, cérebro-vasculares e renais. **Arq Bras Cardiol**, v.94, n. 4, p. 556-563, 2010.
- RIBEIRO, A. Q., SEVALHO G, CESAR, C. C. Prevalência e fatores associados ao uso de antiinflamatórios não-esteróides por pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2000. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 8, n. 3, p. 306-315, 2005.
- BRAUND, R., ABBOTT, H. Recommending NSAIDs and paracetamol: a survey of New Zealand physiotherapists' knowledge and behaviours. **Physiother Res Int.**, v. 16, n. 1, p. 43-49, 2011.

## AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Dr. José Frota e à Universidade de Fortaleza.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: UMA DISCUSSÃO SOBRE OS SEUS DESAFIOS.

Clarice Souza Lopes Nunes<sup>1</sup>, Sandy Kaena Soares de Freitas<sup>2</sup>, Cleciana Alves Cruz<sup>3</sup>, Anna Karynne da Silva Melo<sup>4</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim<sup>5</sup>

1 - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2 - Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: claricinha\_nunes@hotmail.com

Palavras-chave: Saúde do Homem. Políticas de Saúde. Implementação.

### INTRODUÇÃO

A atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize as ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009, propôs qualificar a atenção à saúde da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, com foco na integralidade e humanização da atenção, ou seja, promover, prevenir e assistir os homens compreendendo suas particularidades. Enfatizando mudanças de paradigmas na percepção dos homens em relação aos cuidados com saúde, considerando primordial que, além dos aspectos educacionais, os serviços organizem-se para acolher e fazer com que os homens se sintam integrados.

Os homens habituaram-se comandar, a prover as necessidades da família e a evitar sempre que possível o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos ou os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se da não vulnerabilidade. Estudos revelam ainda, que quando os homens procuram os serviços de saúde é porque sua saúde já se encontra debilitada e as doenças instaladas, dirigindo-se sempre a serviços de média e alta complexidade, esquecendo a atenção primária, local onde se dá a prevenção de doenças e promoção da saúde. Tal fato demonstra que o problema de saúde que conduz o indivíduo aos serviços de saúde depende da morbidade, da gravidade e também, da percepção individual (BRASIL, 2009; PIRES et al., 2010).

Diante disso, as esferas de governo que compõem solidariamente o SUS, compreenderam que para acelerar o alcance de melhores indicadores de qualidade de vida e padrões de vida mais longa, seria essencial desenvolver cuidados específicos para o homem adulto. Não se trata de reduzir a ênfase à atenção aos demais grupos populacionais, mas reforçar a atenção aos homens para que se cuidem mais e modifiquem o aparelho prestador de serviços de saúde para que facilite o enfrentamento de problemas específicos do sexo masculino ou que nele encontram altas taxas de ocorrência.

Diante das considerações objetiva-se com o estudo discutir ponderadamente as dificuldades relativas à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na atenção à saúde.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, no qual as discussões inseridas surgiram a partir da leitura da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Apoiado nisso, foi realizada leitura bibliográfica, fundamentada na revisão de artigos científicos, planos e políticas de governo encontrados nas bases de dados SCIELO, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de abril a junho de 2017, para construção do referencial teórico do trabalho. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Saúde do Homem, Políticas de Saúde, Implementação, os quais são descritores controlados presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Dessa forma, elegeu-se duas temáticas que apoiaram as discussões e que impactam de modo direto na implementação dessa Política e surgiram por meio da leitura dos textos contidos na revisão bibliográfica, quais sejam: PNAISH na Atenção Primária e Desconhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenho apresentado restringe-se à duas temáticas selecionadas: PNAISH na Atenção Primária e Desconhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

## **PNAISH na Atenção Primária**

A Atenção Primária busca promover à saúde, prevenir e tratar enfermidades, reduzir anomalias que comprometam o viver saudável, considera também o ser humano em sua complexidade, singularidade, integralidade e inserção cultural. Dessa forma, é almejado que o acesso da população masculina aos serviços de saúde ocorra de forma equitativa com as demais parcelas populacionais (VIEIRA et al., 2013).

O retrato de homens de perfis vulneráveis e infantis, que não zelam por si ou não sabem como fazê-lo, devem ser desmistificados dentro da PNAISH. Por meio da busca pelo reconhecimento dos indivíduos do sexo masculino, enquanto atores principais de suas demandas, através do conhecimento da pluralidade dos contextos e das condições biopsicossociais em que esses indivíduos se inserem, percebendo-os enquanto suas necessidades, desejos e cuidados (SCHWARZ, 2012).

As barreiras socioculturais repercutem na ausência dos homens nos serviços da Atenção Primária à saúde, onde a ausência por falta de tempo é a justificativa frequentemente usada. Para uma grande parcela dos indivíduos do sexo masculino, o trabalho está em primeiro lugar e a saúde só se tornará prioridade quando ocorrer à impossibilidade destes de realizarem suas atividades cotidianas, sejam elas laborativas e/ou sexuais (AGUIAR; ALMEIDA, 2012). Estudos desenvolvidos por Pires et al., (2010) ressaltam que a busca pelo atendimento é influenciada por fatores como idade, sexo, localização geográfica, crenças, religião, escolaridade, como também fatores psicológicos.

No Brasil ocorre uma disparidade considerável da expectativa de vida da população masculina em relação a feminina, onde os homens estão 7,6 anos abaixo da média das mulheres. Avessos à prevenção e ao autocuidado por considerá-los importantes apenas para as mães, as esposas e os filhos, quando os problemas surgem, é comum que os homens retardem a procura por atendimento, permitindo que os casos se agravem. Ocasionalmente, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças (BRASIL, 2009).

O sistema de saúde brasileiro possui sua porção de culpa nessa questão, produzindo políticas direcionadas a atenção à saúde da criança, do adolescente, do adulto, do idoso e da mulher e sendo omisso durante muito tempo ao deixar a saúde do homem sem a atenção necessária (AGUIAR; ALMEIDA, 2012).

Além dos aspectos socioculturais, o entendimento sobre a saúde do homem também perpassa pelas causas relacionadas às instituições de saúde. Ao que tange os fatores institucionais, tem-se a falta de adequação das instituições às realidades e particularidades masculinas. Os estabelecimentos disponibilizam poucos profissionais do sexo masculino para realizar o atendimento de forma mais confortável; outro obstáculo para a entrada desse grupo nos serviços de saúde são os horários de funcionamento, já que por sua condição sócio construída, ausentar-se do trabalho arriscaria sua condição, sua colocação e por ventura, sua masculinidade (AGUIAR; ALMEIDA, 2012).

De acordo com Silva et al. (2012) as deficiências de recursos humanos e materiais na organização dos serviços de saúde, assim como na estrutura física para acolher e atender os homens adequadamente, diminuem a qualidade do atendimento, distanciando, ainda mais, os homens das unidades básicas de saúde.

A análise da saúde do homem encontra-se atrelada às modificações no âmbito da sociedade brasileira, sob concordância de ter-se, neste século, um novo paradigma na relação entre sociedade e políticas públicas de saúde.

É um enorme desafio inserir o homem em ações de saúde no nível da atenção básica e efetivar intervenções que pretendam atender suas demandas específicas. Todavia, é um passo essencial que esses indivíduos sejam incluídos em ações de promoção de saúde e/ou prevenção de agravos. O acesso dos homens aos serviços especializados de saúde com quadros de morbididades já estabelecidos e muitas vezes cronicados, revelam a ausência dos mesmos no âmbito da atenção básica e evidencia o não seguimento do fluxo de atendimento nas redes de atenção (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014).

## **Desconhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**

Outra problemática importante encontrada para a implementação da PNAISH está relacionada aos profissionais de saúde, onde os mesmos referem sobrecarga de trabalho, falta de incentivo, por parte da gestão, pouco apoio material e financeiro para realização das atividades e divulgação da política. Além disso a maioria alega não ter recebido nenhuma qualificação para atender às demandas masculinas (LEAL; FIGUEIREDO; LIMA, 2012; ALVARENGA et al., 2012).

Segundo Leal, Figueiredo e Silva (2012) a simples conscientização dos profissionais sobre a saúde masculina, já influenciaria no acolhimento e acesso da população masculina aos serviços. A criação de vínculos entre profissional, usuário e o acolhimento são essenciais, ao passo que, conforme suas necessidades forem atendidas eles se vinculam progressivamente ao serviço (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013).

O debate sobre a “masculinidade” no âmbito da saúde é essencial para todos os atores implicados na rede SUS e na articulação com outras políticas públicas. Não se deve culpabilizar os homens, de forma totalitária, pelos agravos na saúde da população masculina, limitando a discussão apenas ao comportamento deles e os serviços médicos prestados a esse grupo. O debate deve ampliar a discussão, levantar controvérsias, sugerir perguntas e envolver todos os sujeitos (SCHWARZ, 2012).

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, para que a PNAISH seja devidamente efetivada é indispensável um intensivo esforço dos profissionais envolvidos. Assim, faz-se necessário, a capacitação e sensibilização dos agentes responsáveis pela implementação a respeito da importância e dos objetivos da política.

Através dos gestores, deve-se possibilitar formas para a efetivação de um atendimento de qualidade, acesso fácil, com atendimento integral que perfaça todas as necessidades masculinas em todos os níveis de atenção.

É necessário também que ocorra a desconstrução das relações de gênero, devendo ser iniciada pelos profissionais de saúde através do conhecimento e disseminação de informações sobre as particularidades masculinas que implicam na adesão dos homens aos serviços de saúde. Por fim, é essencial, a percepção das necessidades masculinas para além do olhar fisiopatológico, devendo ser percebida a realidade social, os hábitos e as condições em que vivem.

Esse reconhecimento é importante para diminuir a distância entre a formulação e a implementação da política, através de melhorias na adaptação e aperfeiçoamento dos serviços.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Milena Cabral; ALMEIDA, Obertal da Silva. A implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. **Diálogos & Ciência**, [s.l.], v.10, n.30, p.144-147, 20 jun. 2012.
- ALVARENGA, Willyane Andrade. et al. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. **Rev. Bras. Enferm**, v.65, n.6, p. 929-935, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da. O percurso da política nacional de atenção integral à saúde dos homens (PNAISH), desde a sua formulação até a sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p. 2607-2616, 2012.
- MOREIRA, Renata Livia Silva Fonsêca; FONTES, Wilma Dias de; BARBOZA, Talita Maia. Difficulties of the man in primary healthcare: the speech of nurses. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v.18, n.4, p.615-621, 2014.
- PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, p.1009-1019, 2010.
- SCHWARZ, Eduardo. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p. 2579-2588, 2012.
- SILVA, Patrícia Alves dos Santos. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery**, v.16, n.3, p. 561-568, 2012.
- STORINO, Luisa Pereira; SOUZA, Kleyde Ventura de; SILVA, Kênia Lara. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 17, n. 4, p. 638-645, 2013.
- VIEIRA, Katiucia Letiele Duarte et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, v.17, n.1, p.120-127, 2013.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus; a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo apoio financeiro e incentivo à pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## VIOLÊNCIA SEXUAL ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS ESCOLARES

Priscila de Vasconcelos Monteiro<sup>1</sup>, Maria Lúcia Duarte Pereira<sup>2</sup>, Francisca Édla Santos Leite Gurgel<sup>3</sup>, Anna Jessyca Andrade Lacerda<sup>4</sup>, Débora Linhares Militão Vasconcelos<sup>5</sup>, Vitória Pessoa Nogueira<sup>5</sup>

1. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: [privmonteiro@gmail.com](mailto:privmonteiro@gmail.com)

Palavras-chave: Adolescente. Delitos Sexuais. Saúde Sexual e Reprodutiva.

### INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes está enraizada na cultura e comportamento humano. A violência, exploração e abuso sexual estão entre os crimes mais sorrateiros na sociedade, com baixa detecção e punição dos agressores. As vítimas podem sofrer ameaças e violência psicológica para impedir de denunciarem seus agressores. Com isso, há a cronificação de violências/abusos, enraizados nos lares, disfarçados por laços familiares. A violência ou o abuso sexual podem trazer como consequência a depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e queixas somáticas inespecíficas (TRACY; MACIAS-KONSTANTOPOULOS, 2017). Além das situações mencionadas, a violência ou abuso sexual que se dá entre crianças e adolescentes, no seio da família, provocada por aqueles que deveriam fornecer segurança e alento, pode ter consequências mais drásticas. Na família, a criança e o adolescente encontram segurança, ela é o modelo de sociedade que moldará sua conduta. Assim, a ocorrência de violência ou de abuso sexual poderá afetar o desenvolvimento social e psíquico daquela pessoa em formação, com maior prejuízo ao seu desenvolvimento físico e psíquico. Portanto, é necessário um movimento de sensibilização da sociedade para tornar público o número de casos e a gravidade e consequências da violência e do abuso sexual (DELZIOVO *et al.*, 2017). É preciso fomentar a discussão para estimular a denúncia e romper o ciclo de violência. Objetivou-se conhecer as características de adolescentes e jovens escolares vítimas de violência ou abuso sexual.

### METODOLOGIA

Estudo transversal descritivo, realizado em quatro escolas públicas estaduais da cidade de Fortaleza, Ceará. As escolas foram selecionadas aleatoriamente entre as três SEFOR do município de Fortaleza. Participaram adolescentes e jovens de 13 a 24 anos de idade que cursavam as séries finais do ensino fundamental ou o ensino médio regular das referidas escolas. A coleta de dados se deu entre fevereiro de 2015 a novembro de 2016 através de questionário com itens que abordavam dados sociodemográficos, vivência de violência/abuso sexual e práticas sexuais. Os adolescentes foram abordados em sala de aula, em horário combinado previamente com a coordenação e professores da escola. Na oportunidade foram explicitados os objetivos da pesquisa e os termos para participação. Os adolescentes foram convidados a participar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do termo de assentimento a estudantes (Anexo 2) aos menores de 18 anos. Aos adolescentes menores de idade foi solicitado que apresentassem aos pais ou responsáveis um TCLE específico para que estes assinassem caso consentissem com sua participação na pesquisa. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, com auxílio do software Stastical Packege for Social Science versão 22.0. Foram utilizadas frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central. Os dados de violência foram relacionados entre si e com os dados sociodemográficos através dos testes Qui-quadrado de Pearson ou Razão de Verossimilhança de Fisher para verificar existência de associação entre os dados e foi realizado o estudo da razão de chance. O estudo obedeceu aos critérios estabelecidos na Resolução CNS N° 466, de 12 de dezembro de 2012, que incorpora os referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012a). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e obteve aprovação sob parecer número 1.819.159.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 744 adolescentes e jovens, em sua maioria do sexo masculino (378; 50,9%), com média de 16,1 anos de idade (desvio padrão – dp=1,53 anos), renda mensal familiar média de 2656,80 reais (dp=2055,39 reais), com média de 2,1 ativos na família (dp=1,11 ativos). Boa parte namorava (145; 19,8%), declararam raça parda (418; 56,9%), viviam em família nuclear tradicional (217; 45,3%), se consideravam religiosos (533; 72,1%), professavam religião católica (323; 43,9%) e possuíam boa relação com as pessoas com quem moravam (447; 93,9%). Sobre a ocorrência de violência sexual, 42 (6,0%) adolescentes e jovens afirmaram ter vivenciado violência ou abuso sexual alguma vez na vida, tinham em média 9,9 anos de idade quando ocorreu pela primeira vez (dp=3,77 anos), sendo a idade mínima encontrada dois anos e a máxima sete anos. A violência ocorreu pela primeira vez de forma mais frequente aos sete anos de idade (07; 17,1%). 44 participantes se abstiveram de resposta. A violência/abuso foi aplicada principalmente pelo pai (10; 24,4%), vizinho (5; 12,2%), padrasto, tio ou primo, cada um com 9,8% das ocorrências (n=9), por namorado (3; 7,3%) e companheiro (2; 4,9%). Os participantes também foram questionados se queriam conversar com alguém sobre o assunto. 22% (n=18) afirmaram querer conversar sobre o assunto. Para estes foi aberto um canal digital onde poderiam marcar o horário para a conversa. Participantes que se abstiveram de responder outras questões sobre violência/abuso sexual também afirmaram querer conversar sobre o assunto. Observou-se que daqueles que sofreram violência sexual, boa parte era proveniente de família nuclear tradicional, formada por pai, mãe e filhos (11; 42,3%). Tinham 10,15 vezes mais chances de declarar que não mantinham boa relação com as pessoas com quem moravam ( $X^2=31,941$ ,  $p<0,000$ ). Se autodeclararam pardos (20; 47,6%) e não mantinham nenhum tipo de relacionamento afetivo no momento da pesquisa (19; 46,3%). A grande maioria dos adolescentes que sofreram violência/abuso sexual afirmaram não querer conversar sobre o assunto (33; 82,5%). Dos adolescentes que sofreram algum tipo de violência ou abuso sexual, 73,8% (n=31) tinham iniciado a vida sexual, com razão de chance igual a 2,43 ( $X^2=6,476$ ,  $p=0,011$ ) para início sexual comparado aos que não sofreram violência/abuso. Desses, 84,6% (n=33) iniciaram a vida sexual antes dos 15 anos de idade e 11% (n=4) já tinham engravidado. No momento de preencher o questionário alguns adolescentes perguntavam à equipe de pesquisa se as respostas seriam mostradas aos pais, ou a mais alguém. Lhes foi assegurado o direito a confidencialidade dos dados em todo o tempo. No entanto, foi percebido que adolescente e jovens podem temer falar sobre o assunto por não conhecerem seus direitos e proteção legal.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os adolescentes e jovens vítimas de violência têm perfil heterogêneo. No entanto observou-se relação entre aqueles que não mantinham boa relação com as pessoas com quem moravam e a ocorrência da violência ou abuso sexual. Aqueles que foram abusados/violentados tinham mais chances de já ter iniciado a vida sexual, principalmente de forma precoce, antes dos 15 anos de idade. O pai foi apontado como principal agressor e a violência/abuso sexual ocorreu na maioria das vezes antes dos 10 anos de idade. A maioria afirmou que não queria conversar sobre o assunto, o que pode esconder o medo de falar sobre o assunto. Sugere-se discussão nas escolas e associações juvenis sobre a temática abuso/violência sexual de forma a empoderá-los do direito à liberdade sobre o próprio corpo e proteção legal.

## REFERÊNCIAS

TRACY, E. E.; MACIAS-KONSTANTOPOULOS, W. Identifying and assisting sexually exploited and trafficked patients seeking women's health care services. *Obstet Gynecol*, v. 130, n. 2, p. 443-53, Aug. 2017.

DELZIOVO, C. R. et al. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, e00002716, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000605011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605011&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 20 ago. 2017. Epub 13-Jul-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00002716>.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos aos participantes do projeto de extensão universitária Programa de Intervenções Educativas para Prevenção de IST entre Jovens, da Universidade Estadual do Ceará, pelas contribuições para construção dessa pesquisa.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONSIDERAÇÕES ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO ESTEREÓTIPO “MACHO NORDESTINO” NAS LETRAS DE FORRÓ

Aline Veras Moraes Brilhante<sup>1</sup> (PQ), Inaê Evangelista Rodrigues<sup>2</sup>(PG), Mirella Coelho Paiva<sup>2</sup> (PG), Christina César Praça Brasil<sup>1</sup> (PQ), Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>1</sup>(PQ)

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-CE.

2 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-CE.

E-mail: [inaeevangelista@hotmail.com](mailto:inaeevangelista@hotmail.com)

Palavras-chave: Estereótipos. Cultura. Gênero.

### INTRODUÇÃO

O homem e a masculinidade como objetos de estudo surgiram com as discussões sobre as dimensões políticas da identidade dos novos movimentos sociais e libertários do pós-1968, principalmente dos movimentos feminista, *gay* e lésbico, no fim da década de 1960, nos Estados Unidos e Europa, e em meados da década de 1980, no Brasil. Tais movimentos provocaram alterações nas relações sociais e lutaram contra uma cultura individualista, consumista e competitiva da sociedade capitalista e contra a família patriarcal repressora (SCAVONE, 2008).

Para Scott (1995) e Hall (1997), a masculinidade, assim como a feminilidade e a própria sexualidade, não representa a mera formulação cultural de um dado natural. Há vários modelos de masculinidade construídos de acordo com a inserção do homem na estrutura social, política, econômica e cultural.

Desta forma, Albuquerque Júnior (2003) e Faria (2010) reiteram a imagem de um Nordeste rude, áspero e violento. Assim, estruturou-se a identidade do homem nordestino nestes moldes. Internalizando inteiramente as características da terra, esse homem tornou-se hostil, árido e seco. A violência tornou-se um forte constituinte da sua subjetividade, forjada diante de uma situação sociopolítica específica, baseada e perpetuada pelos princípios dopatriarcado.

Sendo a música uma expressão artística, assim como uma manifestação diferenciada de linguagem, é também é uma construtora de símbolos, uma mercadoria cultural, detentora de uma relevante significância social. “No mundo de hoje, decidir qual tipo de música ouvir é uma parte significativa da decisão e anúncio não somente do que você quer ser”... “mas de quem você é”, considerando que “a consciência é sempre intencional”; sempre “tende para ou é dirigida para objetos” (BERGE; LUCKMANN, 1985, p. 37).

Desta maneira, a música opera como produção cultural de grande influência na construção das identidades. O forró é um estilo musical que acompanha as mudanças históricas e culturais desde a década 1940, preservando uma grande aceitação pública nas regiões Norte e Nordeste, entre todas as faixas etárias e classes sociais, com letras fortemente marcadas por representações hierárquicas de gênero (MAIA; ANTUNES; 2010; ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009).

Diante das considerações acima, objetivou-se tercer considerações sobre a construção e as modificações da identidade de gênero masculina na Região Nordeste, com base no estudo das letras de forró em suas diferentes fases e tempo histórico.

### METODOLOGIA

A trajetória metodológica demanda breve esclarecimento sobre a inserção das letras nas melodias do forró. Influenciado pelos padrões estéticos estabelecidos no Sudeste do país, Luiz Gonzaga ‘criou’, na década de 1940, o baião, fugindo do padrão instrumental característico da música nordestina da época. A partir de então, foram estabelecidos os parâmetros que marcariam o seu forró como ‘tradicional’ e ‘de raiz’ (SANTOS, 2004).

É a partir do forró de Gonzaga que grande parte do Brasil constrói uma imagética representativa do Nordeste (SANTOS, 2004). Adquire, assim, o forró *status* de símbolo cultural nordestino (SILVA, 2003).

A partir de outras influências e das mudanças sócio-históricas, o forró sofreu transformações, dividindo-se nas seguintes fases (SILVA, 2003):

- Forró tradicional: iniciado na década de 1940, com Luiz Gonzaga, seguido, dentre outros, por Marinês e Jackson do Pandeiro;
- Forró universitário: dividido em duas fases. A primeira, a partir de 1975, representada por Alceu Valença, Zé Ramalho, Elba Ramalho, Geraldo Azevedo e Nando Cordel, e, a segunda, na década de 1990, com grupos compostos apenas por homens, como o Falamansa;
- Forró eletrônico: bandas diversas, compostas por músicos, vocalistas de ambos os sexos e bailarinas.

Compilaram-se as músicas gravadas por Luiz Gonzaga (“Forró de Mané Vito”; e “A morte do Meu Avô”); João do Vale e José Cândido (“Carcará”), regravada como forró por Marinês.

As letras foram lidas, as músicas ouvidas e os vídeos, quando havia, assistidos. Cada letra foi segmentada em unidades de significação, a partir das quais, iniciou-se um procedimento minucioso de interpretação, articulando-as entre si e com o contexto sócio-histórico-político em que estavam inseridas (DUARTE, 2004). Em seguida, trabalharam-se as formações discursivas, relacionando-as à ideologia do sujeito para, enfim, interpretar a partir dos sentidos de discursos realizados, imaginados ou possíveis.

A compreensão de ‘ideologia’ adotada neste ensaio remete ao pensamento althusseriano (ALTHUSSER, 1974), presente na construção teórica de Stuart Hall:

Por ideologia, refiro-me às estruturas mentais “as linguagens, os conceitos, as categorias, imagens do pensamento e aos sistemas de representação que diferentes classes e grupos sociais desenvolvem com o propósito de dar sentido, definir, simbolizar e imprimir inteligibilidade ao modo como a sociedade funciona (HALL, 1996, p. 26) (Tradução livre).

Considerando que as performances de gênero(s) relacionam-se diretamente com o poder e a ideologia que moldam a realidade social (BUTLER, 2003; DENZIN, 2003) e que “toda prática social tem condições culturais ou discursivas de existência” (HALL, 1997, p. 33) (Tradução livre), encontrou-se um panorama favorável à análise do discurso, aqui utilizada segundo a escola francesa (ORLANDI, 2009), que articula o linguístico ao sócio-histórico e ao ideológico, colocando a linguagem na relação com os modos de produção social. Considerando que o modo como se diz algo tem relação direta com sentidos atribuídos aos discursos, optou-se, portanto, por se disporem as letras do mesmo modo que foram veiculadas para o público, apesar de se reconhecer o frequente desrespeito à norma culta da língua portuguesa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na música “Forró de Mané Vito”, interpretada por Luiz Gonzaga, percebeu-se como a violência está naturalizada no discurso do nordestino, como algo inerente a sua natureza (Quadro 1).

A música de Gonzaga, associada a outras tecnologias sociais, como a literatura regional de 1930, contribuiu para a criação da imagem idiossincrática de um Nordeste único e atemporal que, embora nunca tenha existido (SANTOS, 2004; FERNANDES, 2004), foi introjetada, inclusive, pelos nordestinos (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009).

Desse modo, de acordo com Brilhante e Catrib (2016), a violência e a agressividade imbricam-se na identidade do sertanejo, de maneira que já ao nascer, muitas vezes, recebia-se de herança o dever da execução de uma vingança, perpetuando círculos viciosos de morte e sofrimento muito comuns na Região Nordeste, realidade retratada em “A Morte do Meu Avô” natureza (Quadro 1).

A violência e a construção da identidade regional do nordestino é também encontrada na música “Carcará”, esta, em 1964, foi lançada por João do Vale e José Cândido, regravada como forró por Marinês natureza (Quadro 1).

**Quadro 1.** Músicas de forró que foram abordadas na pesquisa. Fortaleza, Ceará, 2017.

“FORRÓ DE MANÉ VITO”	“A MORTE DO MEU AVÔ”	“CARCARÁ”
“Seu delegado, digo a vossa senhoria Eu sou fio de uma fãmia Que não gosta de fuá Mas tresantontem No forró de Mné Vito Tive que fazer bonito A razão vou lhe explicar Bitola no Ganzá Preá no reco-reco Na sanfona de Zé Marreco Se danaram pra tocar Praqui, prali, pra lá Dançava com Rosinha Quando o Zeca de Sianinha Me proibiu de dançar	“Eu era piritotinho Quando mamãe decretou Você é quem vai vingar A morte do seu avô Ganhei punhal enfeitado Daquela que me criou Cresci pensando em vingar A morte do meu avô A morte do meu avô Vida triste, triste vida Vida triste, meu viver Eu já tinha inimigo Muito antes de nascer [...]”	“Carcará Lá no sertão É um bicho que avoa que nem avião É um pássaro malvado Tem o bico volteado que nem gavião Carcará Quando vê roça queimada Sai voando, cantando, Carcará Vai fazer sua caçada Carcará come inté cobra queimada Quando chega o tempo da internada O sertão não tem mais roça queimada Carcará mesmo assim num passa fome Os burrego que nasce na baixada
Seu delegado, sem encrenca Eu não brigo Se ninguém bulir comigo Num sou homem pra brigar Mas nessa festa Seu dotô, pedi a carma Tive que pegar nas arma Pois num gosto de apanhar Puxei lá meu punhá Soprei o candeeiro Botei tudo pro terreiro Fiz o samba se acabar”		Carcará Pega, mata e come Carcará Num vai morrer de fome Carcará Mais coragem do que home Carcará Pega, mata e come Carcará é malvado, é valentão É a águia de lá do meu sertão Os burrego novinho num pode andá Ele puxa o imbigio inté matá Carcará Pega, mata e come Carcará Num vai morrer de fome Carcará Mais coragem do que home Carcará Pega, mata e come”

Na música “Forró de Mané Vito”, o cantor ressalta suas características “ordeiras” no que diz respeito a ser um “fio (filho) da fãmia (família)”, ou seja, alguém respeitador da ordem patriarcal. Esta característica, não obstante, não o isenta de seus atributos violentos, ao contrário, os ratifica. Isso por que o “cabra macho” não pode revelar qualquer desagravo. “Sem encrenca”, ele não briga, mas diante de qualquer afronta, se vê “obrigado” a retaliar, o que é demonstrado pelo uso do verbo ter nas orações “tive que fazer bonito” e “tive que pegar nas armas” (BRILHANTE; CATRIB, 2016).

Percebe-se na música “A Morte de Meu Avô”, que a violência é um forte constituinte da identidade do Nordeste, forjada diante de uma situação sócio-política específica e perpetuada pelos princípios do patriarcado.

A música “Carcará” evidencia que é preciso sobreviver e, nessas circunstâncias, ou se é Carcará ou Burrego. Percebe-se, assim, um magnífico protesto contido na música, certa admiração pelo Carcará e sua capacidade de resistir, esta por sua vez, centrada em seu carácter violento. Só um ser violento, rude, impassível sobrevive na

natureza agressiva, abrutalhada, indiferente do sertão ressequido. Assim, se constitui e se consagra a imagem do Nordeste – para o país e para ele próprio: uma figura masculina em sua essência, dentro do que os nordestinos reconhecem como masculinidade; uma figura onde mesmo a mulher que queira sobreviver precisa ser “macho, sim Senhor”.

De acordo com Connell (2000) e Nascimento (2010), não existe um padrão específico e único de masculinidade. Diferentes culturas, em diversos períodos históricos, irão estabelecer diferentes manifestações e expressões de “ser homem”. Em cada estrutura social, política, econômica e cultural, contudo, desponta um modelo de “masculinidade hegemônica”, que estabelece uma série de atributos, valores e condutas específicas.

Percebe-se, no modelo de masculinidade hegemônica no Nordeste, uma valorização exponencial e imódica de todas as características tradicionalmente atribuídas ao masculino. Se a violência é uma característica historicamente associada ao conceito de masculinidade hegemônica (CONNELL, 2000), no Nordeste ela é reforçada pela identificação, culturalmente construída, do nordestino com a aridez da caatinga e a agressividade atribuída ao clima da região (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2003; ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009).

A agressividade surge não apenas como um atributo imprescindível para a sua sobrevivência, mas como uma qualidade inerente à natureza do caboclo forjado sem medo e detentor de uma rudeza nativa. Contudo, mesmo os modelos hegemônicos sancionados pela sociedade estão em constante (re)construção. Se, no senso comum, ser homem é não ser mulher, a cada resignificação do papel da mulher na sociedade, desponta uma crise do modelo hegemônico de masculinidade (HONÓRIO, 2012).

## CONCLUSÃO

É evidente a construção desse estereótipo “macho masculino” nas letras das músicas de forró. O homem que não foge da briga (valente/violento), forte, rude, entre outras características. Pode-se apreender também, que a identidade cultural do nordestino foi historicamente consolidada nos princípios patriarcais.

Os discursos do forró comprovam a adaptação desses preceitos às leis de mercado do mundo globalizado, levando, cada vez mais, a mulher a se perceber como mercadoria e a legitimar sua subordinação. Neste contexto, ressalta-se a relevância da compreensão dos símbolos culturais e de seu papel na construção das subjetividades masculinas e femininas no Nordeste brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. **Nordestino. Uma invenção do falô**: uma história do gênero masculino (Nordeste 1920-1940). Maceió: Edições Catavento; 2003.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. **A invenção do Nordeste e outras artes**. São Paulo: Cortez; 2009.
- ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado**. Lisboa: Presença; 1974.
- BERGE, P.; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade**. 24ª ed. Tradução: Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.
- BRILHANTE et al. Construção do estereótipo do “macho nordestino” nas letras de forró no Nordeste brasileiro. **Interface (Botucatu)**, 2016.
- BRILHANTE, A. V. M.; CATRIB, A. M. F. **A violência contra a mulher e o forró nosso de cada dia**. Fortaleza: EdUECE, 2016. 348p.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
- CONNELL, R. **The men and the boys**. Berkeley: Univ of California Press; 2000.
- DENZIN, N. **Performance ethnography: critical pedagogy and the politics of culture**. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003.
- DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Educar, v. 24, s/n, p. 213-225, 2004.
- FARIA, C. N. Puxando a sanfona e rasgando o nordeste: relações de gênero na música popular nordestina (1950-1990). **Mneme Rev Humanidades**, v. 3, n. 5, p. 1-35, 2010.
- FERNANDES, A. **Forró: música e dança “de raiz”?** [Internet]. In: Anais do 5o Congresso Latino americano da Associação Internacional para o Estudo da Música Popular; 2004 [citado 6 Out 2014]. Disponível em: <http://www.hist.puc.cl/historia/iaspmla.html>.

- HALL, S. **The problem of ideology: marxism without guarantees**. In: MORLEY D, CHEN K. H, organizadores. *Stuart Hall – critical dialogues in cultural studies*. New York: Routledge; 1996. p. 25-46.
- HALL, S. **Cultural representation and cultural signifying practices**. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage/Open University; 1997.
- HONÓRIO, M. D. **Cachaceiro e raparigueiro, desmantelado e largadão!: uma contribuição aos estudos sobre homens e masculinidades na região nordeste do Brasil** [tese]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, 2012.
- MAIA, A. F.; ANTUNES, D. C. Música, indústria cultural e limitação da consciência. **Rev Mal- Estar Subj**, v. 8, n. 4, p. 1143-76, 2008.
- NASCIMENTO, M. A. N. Ladrão sim, bicha nunca! Práticas homofóbicas entre adolescentes masculinos em uma instituição socioeducativa brasileira. **ESC**, v. 3, n. 1, p. 67-81, 2010.
- ORLANDI, E. P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes; 2009.
- SANTOS, J. F. **Luiz Gonzaga, a música como expressão do Nordeste**. São Paulo: Brasa; 2004.
- SCAVONE, L. Estudos de gênero: uma sociologia feminista? **Florianópolis: Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 1, p. 173-186, 2008.
- SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educ Real**, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.
- SILVA, E. L. **Forró no asfalto: mercado e identidade sociocultural**. São Paulo: Annablume/ Fapesp; 2003.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), por total apoio na realização deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

Herika Paiva Pontes<sup>1</sup>, Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque<sup>2</sup>, Nathalie Barreto Saraiva Vilar<sup>3</sup>, Luana de Sousa Oliveira<sup>4</sup>, Rafaela Lima Nascimento<sup>5</sup>, Mirna Albuquerque Frota<sup>6</sup>

1. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil, herikapp@hotmail.com;

2. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil, hermelindaanjo@hotmail.com;

3 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil, nathaliebsv@yahoo.com.br;

4 Graduação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil, lusousaoliveiraol@gmail.com;

5 Graduação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil, rafaelaliman@hotmail.com;

6 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza-Ceará-Brasil, mirnafrota@unifor.br lusousaoliveiraol@gmail.com

E-mail: herikapp@hotmail.com

Palavras-chave: Toxoplasmose. Promoção da Saúde. Gestante.

### INTRODUÇÃO

A toxoplasmose adquire enorme relevância quando ocorre durante a gestação pelo risco de transmissão vertical. Entre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes da toxoplasmose congênita, podem ser descritos restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, lesões do sistema nervoso central, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental, que podem ser evitadas ou minimizadas com o tratamento precoce (FLATT; SHETTY, 2013).

Trata-se de uma doença relativamente comum e associada a determinados hábitos, como ingestão de carne crua ou malpassada, ingestão de legumes, frutas e água contaminadas com oocistos do

*T. gondii*. A transmissão pode ser vertical, quando o taquizoíta cruza a placenta a partir da circulação materna e atinge o feto, por meio de transplante de órgãos de pessoas infectadas e do contato com animais, especialmente gatos, quando se encontram contaminados pelo oocistos esporulados (SARTORI et al., 2011). A sororeatividade para *T. gondii* no Brasil varia de 56,4 a 91,6% entre as mulheres grávidas.

Dados elevados quando comparados a outros países: 28,6% na Espanha, 28,3% na Tailândia, 11,9% no Reino Unido, 10,3% no Japão e no México a prevalência é considerada baixa, variando entre 6,1 e 8,2% em gestantes. Estudos mostram uma prevalência de infecção ativa para o *T. gondii* nas mulheres grávidas de Fortaleza, Ceará de 0,5% (SROKA et al., 2010).

Diante de elevadas taxas de sororeatividade para *T. gondii* entre mulheres grávidas e dos riscos à saúde do conceito destaca-se a importância da aplicabilidade de diversas estratégias de promoção da saúde durante o período gestacional na primeira consulta pré-natal ou, preferentemente, na consulta pré-concepcional. Dessa forma, quando o esclarecimento é realizado, as gestantes são corresponsáveis por seu autocuidado, evitando exposição aos fatores de risco (SAKIKAWA et al., 2012).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda as seguintes formas de prevenção: lavar as mãos ao manipular alimentos; lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; não ingerir carnes cruas ou mal cozidas; evitar contato com o solo e terra de jardim, e se necessário usar luvas; evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo; não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados (BRASIL, 2010).

Segundo Rodrigues et al. (2015) também é importante que o gato de estimação deva estar sendo acompanhado por um veterinário rotineiramente, e que se evite sua saída de casa, para que ele não tenha contato com gatos desconhecidos e que tenha uma alimentação adequada, ou seja, que não consuma carnes cruas.

A prevenção da toxoplasmose congênita, bem como de suas sequelas, podem ser evitadas através de educação das gestantes não imunes ou suscetíveis sobre comportamentos preventivos, tratamento precoce das gestantes com infecção aguda bem como dos fetos infectados e tratamento precoce dos recém-nascidos infectados mesmo que sejam assintomáticos (REIS; TESSARO; AZEVEDO, 2016).

Com vistas a refletir sobre a importância da prevenção da toxoplasmose na gestação, evitando assim problemas para o feto, o presente estudo teve como objetivo conhecer a produção científica acerca da promoção da saúde no contexto da toxoplasmose gestacional.

## METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa, método que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões, avaliação crítica e síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado (MENDES et al, 2008).

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas e categorização; avaliação; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

As buscas foram realizadas nas bases de dados LILACS, SCIELO e CUIDEN por meio da utilização de forma associada dos seguintes descritores: gestante, toxoplasmose e promoção da saúde. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos científicos com o texto disponibilizados na íntegra; divulgados em português, inglês e espanhol e publicados nos últimos dez anos, no período compreendido entre 2006 e 2016.

A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2016. Para a caracterização dos estudos selecionados as seguintes informações foram extraídas e organizadas em um quadro: título, periódico, ano de publicação, objetivo e método empregado. Os estudos selecionados foram analisados criteriosamente de forma descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca inicial foram encontrados 117 artigos, 90 na LILACS, 18 na SCIELO e 09 na CUIDEN. . Foram excluídos 07 estudos por se tratarem de artigo de revisão, 10 por duplicidade, 12 por não contemplarem os objetivos deste estudo, 15 por estarem fora do ano da pesquisa, 28 por não estarem disponível nos idiomas selecionados e 35 por não disponibilizarem o texto na íntegra. Dos 13 artigos lidos na íntegra, 10 responderam à questão norteadora e definiram a amostra final. Os dados do Quadro 1 resumem as informações dos estudos analisados.

**Quadro 1** – Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, periódico e ano de publicação, objetivo e método empregado

Título	Periódico	Ano	Objetivo	Método
Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes de um hospital público de Porto Alegre	Revista Ginecol Obstet	2006	Descrever e analisar os resultados da sorologia convencional para toxoplasmose em gestantes acompanhadas pelo pré-natal	Quantitativo
Ocorrência de fatores de risco para toxoplasmose e um grupo de gestantes	Revista Nursing	2010	Conhecer a prevalência de anticorpos IgG anti-toxoplasma entre as gestantes avaliadas	Quantitativo
Triagem pré-natal para toxoplasmose e fatores associados à soropositividade de gestantes em Goiânia, Goiás	Revista Bras Ginecol Obstet	2011	Estimar a prevalência e identificar fatores associados à soropositividade pelo Toxoplasma gondii em gestantes	Quantitativo
Prevenção primária da toxoplasmose: conhecimento e atitudes de profissionais de saúde e gestantes do serviço público de Maringá, estado do Paraná	Scientia Medica	2012	Avaliar conhecimentos e atitudes de profissionais e gestantes do serviço público de saúde sobre a toxoplasmose	Quantitativo

Enfermagem e a prevenção da Toxoplasmose durante a gestação	Revista Enferm UNISA	2012	Salientar a importância do trabalho do profissional de enfermagem para a prevenção e danos causados pela toxoplasmose na gestação	R e v i s ã o Literatura
Em busca do feto saudável: ideias, marcas e coisas na reconstrução do diagnóstico da toxoplasmose	Hist Cienc Saúde	2013	Explorar os caminhos em que os profissionais atuam, interação e manipulam junto com o paciente	Qualitativo
Análise espacial da prevalência de toxoplasmose em gestante de Aracaju, Sergipe, Brasil	Revista Bras Ginecol Obstet	2014	Analisar a distribuição espacial da prevalência de anticorpos antitoxoplasma em gestantes residentes em uma cidade do Nordeste do Brasil	Quantitativo
Prevalência de toxoplasmose em gestantes atendidas em dois centros de referência em uma cidade do Nordeste, Brasil	Revista Bras Ginecol Obstet	2015	Determinar a prevalência de toxoplasmose e identificar os principais fatores associados à sororeatividade em gestantes atendidas em dois centros de referência em uma cidade do Nordeste do Brasil.	Quantitativo
Conhecimento de gestantes sobre Toxoplasmose no município de Teresina, Piauí	Rev. Pre. Infec e Saúde	2015	Obter um panorama do conhecimento de gestantes sobre a etiologia, transmissão e prevenção da referida enfermidade, no município de Teresina, Piauí	Qualitativo
Toxoplasmose na gestação	Revista HUPE	2015	Destacar a importância do diagnóstico precoce da toxoplasmose aguda na gestação	R e v i s ã o Literatura

Verificou-se que as pesquisas quantitativas foram as mais frequentes, 7 artigos e com relação aos objetivos, 8 estudos abordaram a prevalência e 2 falavam sobre a capacitação dos profissionais de saúde.

Estudos mostraram que a prevalência da infecção na gestante é elevada e tem relação direta com a idade gestacional, diminuindo com a escolaridade dessa gestante e aumentando de acordo com seu baixo poder socioeconômico. Se tendo uma taxa elevada quando se tem manipulação de terra e gestação anterior. Podendo ser diminuída quando se tem uma triagem qualificada no pré-natal (SANTOS et al., 2010).

O estudo de Santos et al. (2010) mostrou que a falta de informação sobre a toxoplasmose, bem como das suas formas de transmissão, aumenta os riscos para a gestante e seu feto. Já Bártholo et al. (2015) falam sobre a importância da gestante está informada sobre seu quadro clínico. Nesse sentido, Branco, Araújo e Falavigna-Guilherme (2012) destacam a importância da capacitação dos profissionais da saúde envolvidos no atendimento das gestantes na atenção básica.

Sartori et al. (2011) mostraram que a forma de diagnóstico precoce, implementada na atenção básica no Estado de Goiás, ocorre por meio do preenchimento de um cartão de identificação e a coleta de amostras de sangue periférico em papel filtro na primeira consulta de pré-natal. Depois de seco as amostras são encaminhadas a um laboratório específico para análise da presença de anticorpos IgG e IgM anti- *Toxoplasma gondii* por kits imunoenzimáticos. Bártholo et al (2015) salientam a importância da repetição dos exames preventivos para toxoplasmose nas consultas de pré-natal de três em três meses.



Silva e Júnior (2013) contribuem apontando como outra forma de diagnóstico a realização do teste do pezinho por profissionais qualificados e no período certo, pois serve para a detecção precoce da toxoplasmose congênita nos recém-nascidos.

Para diminuição das seqüelas e prevenção da toxoplasmose congênita, Silva e Okazaki (2012) enfatizam a educação como forma de prevenção da doença para as gestantes não imunes ou suscetíveis, o tratamento das gestantes e dos fetos com infecção aguda e o tratamento precoce dos recém-nascidos mesmo que sejam assintomáticos, sendo de suma importância.

## CONCLUSÃO

A presente revisão evidenciou a alta prevalência da toxoplasmose em gestantes, mostrando a necessidade de os profissionais da saúde, que atuam nas Unidades de Atenção Primária de Saúde, incentivarem as mulheres a iniciarem seu pré-natal precocemente, realizando atividades de educação em saúde e um pré-natal de qualidade, conhecendo os fatores de risco locais para que sejam estabelecidas medidas de prevenção adequadas.

Destaca-se, nesse contexto, a importância da capacitação dos profissionais de saúde para a promoção da saúde e tratamento da toxoplasmose materna durante o pré-natal. Além disso, torna-se necessária a integração dos vários níveis de atendimento, bem como dos diversos profissionais da saúde, para que se tenha uma máxima eficácia no controle da toxoplasmose gestacional e congênita.

## REFERÊNCIAS

- BRANCO, B. H. M.; ARAÚJO, S. M.; FALAVIGNA-GUILHERME, A. L. Prevenção primária da toxoplasmose: conhecimento e atitudes de profissionais de saúde e gestante do serviço público de Maringá, estado do Paraná. **Scientia Medica**, v. 22, n. 4, p. 185-190, 2012.
- BÁRTHOLO, B. B. G. R. et al. Toxoplasmose na gestante. **Revista HUPE**, v. 14, n. 2, p. 65-70, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- FLATT, A.; SHETTY, N. Seroprevalence and risk factors for toxoplasmosis among antenatal women in London: a re-examination of risk in an ethnically diverse population. **Eur J Public Health**, v. 23, n. 4, p. 648- 52, 2013.
- MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- REIS, M. M.; TESSARO, M. M.; AZEVEDO, P. A. Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes de um hospital público de Porto Alegre. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 28, p. 158-64, 2006.
- RODRIGUES, J.B. et al. Conhecimento de gestantes sobre Toxoplasmose no município de Teresina, Piauí. **Rev Prevenção de infecção e saúde**, v. 1, n.2 p. 41-46, 2015.
- SAKIKAWA, M. et al. Anti-Toxoplasma antibody prevalence, primary infection rate, and risk factors in a study of toxoplasmosis in 4,466 pregnant women in Japan. **Clin Vaccine Immunol.**, v. 19, n. 3, p. 365-7, 2012.
- SANTOS, A. P. C. et al. Ocorrência de fatores de risco para toxoplasmose em um grupo de gestantes. **Revista Nursing**, v. 13, n. 145, p. 291-95, 2010.
- SARTORI, A.L. et al. Triagem pré-natal para toxoplasmose e fatores associados à soropositividade de gestantes em Goiânia, Goiás. **Rev. Bras Ginecol Obstet.**, v. 33, n. 2, 2011.
- SILVA, L. R.; OKAZAKI, E. L. F. J. Enfermagem e a prevenção da Toxoplasmose durante a gestação. **Rev Enferm UNISA**, v. 13, n. 1, p. 43-7, 2012.
- SILVA, V. L.; JÚNIOR, K. R. C. Em busca do feto saudável: ideais, marcas e coisas na reconstrução do diagnóstico da toxoplasmose. **Hist Cienc Saúde**, v. 20, n. 2, 2013.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010.
- SROKA, S. et al. Prevalence and risk factors of toxoplasmosis among pregnant women in Fortaleza, Northeastern Brazil. **Am J Trop Med Hyg**, v. 83, n. 3, p. 528-33, 2010.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AS IMPLICAÇÕES QUE O LUTO GERA NA SAÚDE DO HOMEM IDOSO

**Nayara Cristina da Rocha Oliveira<sup>1</sup>, Camila Aparecida Sousa Silva<sup>2</sup>, Celina Maria de Souza Olivindo<sup>3</sup>, Francisco Eudes Barros<sup>4</sup>, Francisca Elineuda Moraes Martins<sup>5</sup>, Ana Flávia do Nascimento Azevedo<sup>6</sup>**

1. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade Maurício de Nassau, Parnaíba – PI, [nayaraoliveiraphb@gmail.com](mailto:nayaraoliveiraphb@gmail.com)

2. Especialista em Urgência e Emergência UninovaFap, Teresina-PI

3. Mestre em Administração, FEAD, Belo Horizonte - Mg

4. Mestre em Gestão Universitária, UFPI, Parnaíba-PI,

5. Especialista em Gestão Pública Municipal, UESPI, Parnaíba-PI

6. Especialização em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça., UFPI, Parnaíba – PI

E-mail: [nayaraoliveiraphb@gmail.com](mailto:nayaraoliveiraphb@gmail.com)

Palavras-chave: Idoso, Luto, Viuvez.

### INTRODUÇÃO

Naturalmente as pessoas tem a tendência de superar qualquer desafio, ultrapassar os limites que a vida impõe e sobreviver, mas quando se trata da palavra morte é difícil explicar ou mensurar o tamanho da angústia. A palavra perda gera desconforto; principalmente quando está relacionada a pessoas a quem se ama, tornando-a ainda mais dolorosa. Lidar com perdas é um processo que pode ou não ter um fim, cedo ou tarde qualquer indivíduo irá sofrer com a morte de alguém, o que gera um luto após a perda, tornando-se uma experiência estressante e comum (FUKUMITSU, 2004).

Quando se fala no luto vivenciado durante a velhice, apesar de ser algo inerente ao ser humano, tem-se um grave problema, principalmente quando as reações a ele influenciam de forma negativa na vida do idoso, causando sofrimento exacerbado. Muitas pessoas ao enviuvarem, buscam a reclusão, como se suas vidas tivessem um fim juntamente com o do parceiro que veio a óbito. Asilos ou casas de acolhimentos são muito procurados, principalmente pelo fato de estes ambientes terem atendimento de profissionais da saúde, visto que essa fase de luto vem acompanhada por outros tipos de doenças que resultam, se não tratadas adequadamente, em mortes (PAPALÉO, 1996).

A forma como o Idoso visualiza essa nova etapa de vida requer atenção, e saberes científicos especializado. Esse processo de aceitação da perda pode desencadear situações ainda mais complicadas, e o profissional da saúde estar apto a auxiliar na diminuição desse problema é essencial para saúde desses idosos. O enfermeiro por ser um dos profissionais diretamente responsáveis pela promoção do bem-estar e da saúde, da prevenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos, visando à preservação da vida, precisa compreender esse processo de morte e luto, e por ser uma realidade constante sua rotina de trabalho, precisa saber lidar com as reações e fases desse luto (BEAL, 2006).

Muitas vezes é preciso rever as práticas e o modo de se relacionar com idoso. O carinho e a delicadeza para com o idoso lhe proporcionam conforto físico e espiritual. Trata-se de uma enfermagem que mergulha no processo de envelhecimento, que se identifica com ele e é capaz de conviver com essa realidade de maneira natural, mesmo que não seja um caminho fácil de ser percorrido (COSTA, 2007). Por meio de treinamento ou capacitações busca-se melhorar não só a formação, mas as atitudes dos profissionais de saúde de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas, fornecendo-lhes ferramentas e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável (OPAS, 1993).

Portanto, é imprescindível que as limitações físicas, psíquicas e ambientais dos idosos sejam assistidas de maneira individualizada pela enfermagem; essa se encontra inserida na equipe interdisciplinar, com um olhar criterioso e humanizado a grupos que se encontram na condição de viuvez. A presente pesquisa tem como objetivos analisar implicações do luto na saúde do homem idoso, conhecer as reações envolvidas após a perda do cônjuge para homens idosos, investigar como os sentimentos de perda afetam a saúde desses idosos, descrever como o idoso encara essa nova etapa da vida, descrever a assistência de enfermagem.

A relevância desta pesquisa consiste em demonstrar os sentimentos vivenciados por homens idosos após o luto e como eles afetam a sua saúde com a perspectiva de que os resultados possam contribuir para uma melhor compreensão sobre os sentimentos vividos pelos entrevistados auxiliando a enfermagem para as ações de promoção da saúde e dando embasamento teórico e científico para sua concretização.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, bibliográfico, descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em um Posto de Saúde, integrante da Estratégia Saúde da Família na cidade de Parnaíba. O período de realização da coleta de dados foi de fevereiro a abril do ano de 2016.

A população pesquisada foi composta por idosos do sexo masculino cadastrados na estratégia saúde da família do módulo 16, da cidade de Parnaíba-PI. Os critérios de inclusão: ter mais de 60 anos, ser viúvo, ter mais de 20 anos de casado com a esposa falecida, estar devidamente cadastrado na Unidade Básica de Saúde. Obedecendo os critérios de inclusão foram entrevistados 7 idosos. A coleta de dados foi feita por meio de uma entrevista semiestruturada. O instrumento de coleta constituiu-se de um roteiro com perguntas abertas e fechadas. Os agentes de saúde, da unidade, ajudaram no primeiro contato com os idosos e logo após foram agendados os dias da entrevista.

Para o registro das falas foi utilizado um aparelho eletrônico de áudio, o MP4, durante as entrevistas. O áudio e as transcrições serão guardados por um período de cinco anos, conforme a lei dos direitos autorais 9610/98. A análise dos dados coletados foi feita com base na análise de conteúdo. Esta é aplicada para execução de análise de textos escritos ou de qualquer comunicação oral, verbal ou gestual (BARDIN, 1979). O fechamento amostral se deu pelo processo de saturação teórica.

Inicialmente todos os sujeitos foram informados sobre o objetivo e importância do estudo, e ao aceitar participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram escolhidos pseudônimos de forma aleatória, a fim de manter e garantir o anonimato das participantes da pesquisa e obedeceu aos aspectos éticos e legais necessários a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução 196/96, do Conselho Nacional De Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra da pesquisa foi composta por sete idosos. Os entrevistados tinham idades entre 67 e 84 anos; todos moravam com familiares ou com uma companheira. Quanto ao número de filhos, os idosos este variava entre um a oito; todos aposentados. O tempo de vida conjugal foi de 36 a 55 anos e a viuvez variou de sete meses a 30 anos; quatro enviuvaram na idade adulta, entre os 40 e os 57 anos; três enviuvaram após os sessenta anos; apenas dois deles têm um relacionamento após a viuvez.

### **Categoria 01: O modelo de esposa nos moldes do casamento tradicional**

O casamento é uma união entre duas pessoas reconhecida perante a sociedade civil. É considerado sagrado aos olhos de Deus e esta união deve permanecer até que a morte os separe. Quando perguntados como era o casamento com a esposa, se era harmonioso, se eram amigos, todos disseram que sim. E em relação à falta que as esposas fazem na vida deles grande parte respondeu que era na hora de dormir, pois ali estavam só os dois, era quando tinha diálogo, carinho. [...] *Foi uma boa mulher, ótima dona de casa Eu trabalhava na Camargo Correia e chegava em casa muito bêbado dentro do carro que eu tinha e cansei de muitas vezes ela chegar a me tirar de dentro do carro levar pra dentro de casa eu bêbado tomado. Era boa mulher, ótima dona de casa [...] (VASSI) [...] Teve algumas conversinhas pelo meio mais nada disso valeu, a gente continuô e a gente fez do jeito que era para ser mermo, eu não me arrependi porque ela foi uma pessoa que não foi mau pra mim [...] O significado dela foi que ela foi uma boa pessoa, não andava brigando, era uma amizade boa “graças a Deus”, nunca me dei mal, nunca se largamo. A falta que sinto é tanto dia quanto noite, mais sempre era noite, porque eu trabalho a noite e ela tinha muito cuidado comigo, mais eu sentia mais falta era a noite, porque de dia eu ficava em casa saía ela era muito prestativa comigo [...] (MIGUEL)*

Os idosos descreveram um perfil de esposa ideal e o papel deles como maridos. Todos falaram que não existiam brigas, pois, as mulheres nunca diziam não para eles, sabiam que eles “aprontavam” fora de casa, mas nunca questionavam, estava ali prontas para cuidar caladas. Eles ficando com o papel de provedor, de não deixar faltar nada e “o cabeça” do casamento. Em nenhum momento eles retratam ou falam em amor pela esposa; pelo contrário, falam em amizade, na figura de boa esposa ou ainda que o casamento era harmonioso. É evidente e marcante que todos viveram num modelo de casamento tradicional, onde a mulher calava para tudo, e o marido tinha o papel de “todo poderoso”.

As esposas desses viúvos, provavelmente, naquela época só tinham duas escolhas, ou casavam a mando do pai, muitas vezes com quem ela nem conhecia ou gostava, ou seguia o celibato e a vida religiosa. O casamento naquele tempo era uma forma de contrato, com validade infinita, a mulher casava e não podia se separar, o

casamento era para a vida inteira, “até que a morte nos separe”, literalmente falando (DENZIN N.K & LINCOLN YS, 1994).

## **Categoria 02: A perda, as reações e sentimentos envolvidos**

Quando questionados sobre como reagiram após a perda de sua esposa e que descrevessem o que sentiram após a partida da mesma e como encaram essa nova etapa foi percebido muito sofrimento. Alguns ainda não conseguiram superar a perda da esposa manifestando melancolia, até hoje, mesmo tendo período de viuvez superior a 20 anos. Um idoso que mora com o neto, para passar o tempo constrói redes de pesca, no entanto, pode ser observado a ociosidade vivido pela maioria destes idosos, como mostra nas falas a seguir:[...] *Rapaz eu senti muito, porque hoje eu vivo só, eu não tenho ninguém, essa separação não foi boa pra mim não [...]* (MIGUEL) [...] *A perda que eu tive eu reajo sofrendo, ela morreu em dezembro de 91 e até hoje sinto falta dela [...]* (MARCOS) [...] Eu sufri e ainda hoje tô sofrendo, é muito difícil. É difícil minha filha porque só sabe quem sofre, é um vazio muito grande desse companheirismo que nós tinha de conversa com um de outro, se acaba tudo, a gente luta pra se recuperar mas é difícil [...] (FELIPE) [...] *Pra mim foi muito triste, eu não gostei não, me abalei bastante [...]* (VASSI) [...] *Fiquei triste. Eu passo o dia pela aqui, quando não to fazendo nada faça tarrafa, aqui e acolá vou pescar [...]* (CARLOS).

O sentimento de tristeza e a dificuldade em relação à perda da esposa foram vivenciados de maneira marcante mostrada pela fala dos participantes. Dois participantes ainda hoje sofrem pela ausência e saudade da esposa. Dois relatam superar o sofrimento embora o acontecimento tenha sido doloroso. A quebra de um convívio duradouro entre cônjuges, causada pela morte do companheiro, representa um momento decisivo para muitas pessoas. A perda desse convívio ocasiona solidão, tristeza e amargura. É percebido claramente isso pela fala, eles ficaram desolados, é preocupante, pois estes idosos tem um risco maior de adoecer fisicamente e espiritualmente (BOELEN, 2003).

A morte de uma pessoa que se gosta, principalmente quando se trata do cônjuge pode conduzir a sentimentos de solidão. Esta é reconhecida como uma das maiores causas do sofrimento humano, pois é quando os sentimentos de ausência de uma vinculação íntima, de vazio e sentimentos de abandono aparecem (BEAL, 2006). Faz-se necessário assim um atendimento especializado voltado para identificação de um luto patológico, visando o bem-estar deste idoso, a promoção de ações que diminuam o ócio vivido por esses viúvos repercutindo assim na saúde e no bem-estar. Neste sentido, é necessário que políticas públicas sejam implementadas, permitindo uma melhor atenção para este grupo social.

## **Categoria 03: Luto e suas repercussões na saúde dos viúvos**

Quando perguntados se adoeceram na época da perda da esposa, ou se algum problema de saúde que eles têm hoje pode ser atribuído ao fato de estarem viúvos, alguns entrevistados responderam que sim, que adoeceram na época e que ainda hoje sentem os impactos dessa perda.

Apenas um idoso não adoeceu na época do luto, mas tem-se aqueles que desenvolveram patologias novas ou a intensificação de uma já relacionada à perda de seu companheiro, o que é mostrado pelas falas a seguir : [...] *O problema que tive foi paciência, de nervoso [...]* (MARCOS) [...] *Adoeci, me deu uma dor nas minhas pernas, não podia nem andar, minhas pernas incharam [...]* (CARLOS) [...] *Adoeci sim, me deu depressão fiquei muito mal muito ruim [...]* (VASSI) [...] *Tinha problema de nervo, cabeça e na época piorei, fiquei hospitalizado [...]*(JULIO) [...] *Não adoeci [...]* (TIAGO).

O processo do luto estabelecido pela perda da amada torna a pessoa viúva vulnerável ao surgimento de doenças físicas, já que todo o emocional do mesmo se apresenta desorganizado, dando margem assim, para a materialização dos sentimentos no corpo humano (CALDEIRA & MARTINS, 2000).

Em alguns idosos o luto de fato contribuiu para o surgimento de novas doenças como no caso do MARCOS que manifestou nervosismo, além da intensificação de um problema de saúde já existente, confirmado na fala do JÚLIO.

No luto observa-se uma desorganização emocional e no idoso isso pode se manifestar através de distúrbios da alimentação, do sono, manifestações somáticas, sintomas depressivos e de ansiedade. E para os idosos o luto está associado a um maior risco de transtorno mental, maior mortalidade e uma percepção mais negativa da própria memória (OLIVEIRA & LOPES, 2008; TRENTINI et al, 2008).

É essencial que a assistência de enfermagem realize estudos que minimizem essas manifestações de doenças orgânicas vivenciados por idosos, que sofrem sob a influência da mente. Os processos bioquímicos que nesse momento difícil, ficam vulneráveis, tornam-se susceptíveis a falhas, e ao conseqüente aparecimento de doenças, quebrando essa cadeia biológica que tem como objetivo preservar a manutenção da saúde desses dos idosos (MOURA, 2006).

#### **Categoria 04: Da desorganização à reorganização emocional**

Quando indagados sobre um novo casamento e se tiveram o apoio da família os entrevistados responderam que não casaram de novo, mas que viveram romances e que hoje moram ou com filhos, irmãs ou netos. Foi percebido que a família amparou a todos e que é na família que eles encontram a base para estarem bem e se sentirem cuidados. Um idoso não conseguiu superar a perda e mesmo morando com a filha é na bebida alcoólica que buscou apoio. É possível identificar nas falas a baixo o momento da desorganização que alguns idosos passaram. [...] *Perdi quem eu gostava. Se eu tivesse ela hoje eu não tava como tô hoje, bebendo...* (MARCOS) [...] *Depois que ela foi embora me abalou ai me mandei pra Amazonas, trabalhando pra lá. Depois voltei...* (VASSI) [...] *Me recupero mais por causa da minha família que me dão assistência, são muito bom pra mim...* (FELIPE).

A ausência da esposa e a quebra da rotina construída ao longo dos anos provoca um rompimento quase irreparável, no entanto, com apoio, carinho e cuidado da família essa fase pode ser vencida da melhor forma possível, mesmo não apagando a falta do grande amor que partiu. É percebido que a recuperação dos entrevistados foi de maneira progressiva, para VASSI seu acalento foi o trabalho, para FELIPE a base familiar, já MARCOS ainda hoje não tem o suporte necessário encontrando refúgio em bebidas alcoólicas.

A velhice é marcada por múltiplas perdas. A primeira começa pela perda gradual da saúde, depois a perda de sua independência e entre elas a perda do parceiro, que traz consequências para o dia a dia do idoso. A partir daí surgem formas de recuperação e continuação da vida. Essa situação exige processo de elaboração e readaptação (DOLL, 2002). A perda do companheiro é um acontecimento comum que modifica a vida dos cônjuges. Ela é considerada um dos maiores desafios que um homem pode enfrentar e significa o rompimento definitivo dos corpos físicos com aquele que partiu (TÔRRES, 2006, MESQUITA, 2014).

#### **CONCLUSÃO**

A pesquisa revelou que os sentimentos de fato afetam a saúde dos idosos viúvos gerando aparecimento de problemas de saúde ou intensificando um já existe. Trouxe ainda um dado não esperado que foi o perfil traçado por estes idosos do modelo de casamento e esposa ideal. Esperava-se encontrar apego e amor por parte dos idosos pelas esposas, mas foi verificado que eles sentiam falta do modelo de mulher que nunca dizia não, que sempre estava ali para tudo seja bom ou ruim.

Foi com o objetivo de contribuir para o avanço nos estudos sobre a viuvez e para a melhoria das práticas da enfermagem envolvendo o tema que procurou-se interiorizar as informações obtidas a partir dos discursos.

Mesmo sendo a viuvez um episódio comum na vida de um casal, nota-se a escassez de literatura sobre a temática, principalmente na faixa etária acima de 60 anos, pois esse fenômeno acarreta fortes impactos na vida do idoso, como o surgimento de doenças e intensificação das já existentes. Acredita-se com estudo contribuir para a construção do conhecimento sobre temáticas importantes na geriatria, bem como o cuidado, promoção da saúde e manejo desses idosos principalmente proporcionando um melhor desenvolvimento da assistência de enfermagem às pessoas que se encontram na condição de viuvez e que de certa forma necessitam de uma assistência diferenciada.

Acrescenta-se também, poder instigar enfermeiros e outros profissionais da saúde a ter iniciativa e interesse em facilitar a vida dos idosos atingidos pela viuvez. Colaborando com a melhora desse quadro mediante a participação em grupos de convivência de viúvos ou não, nas organizações voluntárias, nas orientações quanto à necessidade de aceitação da morte do companheiro, dentro da Estratégia Saúde da Família – ESF além de outros métodos que podem ser usados para melhorar a vida desse público, visando uma assistência mais humana e integral.

#### **REFERÊNCIAS**

- BEAL, C. Solidão em mulheres idosas : uma revisão da literatura. **Problemas em Saúde mental** vol 27 enfermagem em saúde, 2006.
- BOELEN, P. et al. O papel das variáveis cognitivas em funcionamento psicológico após a morte de um parente de primeiro grau. **Behaviour Research and Therapy** vol. 41. 2003.
- CALDEIRA, G. MARTINS, J.C. **Mecanismos de Somatização**. In: Mello Filho J (org.) Grupo e Corpo: Psicoterapia com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artmed; 2000. p.170-194.
- COSTA, A.R. **Família Redes, Laços e Políticas Públicas**. 3. ed. – São Paulo: Cortez, 2007.
- DENZIN, N.K. LINCOLN, Y.S. **Manual da pesquisa qualitativa**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
- DOLL, J. Luto e viuvez na velhice. In: Freitas, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

FUKUMITSU, K. **Uma visão fenomenológica do luto: um estudo sobre as perdas no desenvolvimento humano**. São Paulo: Livro Pleno, 2004.

MESQUITA, H.A. de. **O significado da viuvez para mulheres idosas**. Monografia (Curso: Bacharelado em Enfermagem). Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Parnaíba, 2014.

MOURA, C. M. **Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte**. 188 f. Dissertação de (mestrado). Universidade Brasília. Distrito Federal, 2006.

OLIVEIRA, J. B. A.; LOPES, R. G. C. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho.

**Psicologia em Estudo**. v. 13, n. 2, p. 217-221, abr./jun. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a03v13n2.pdf> > Acesso em: 06/10/ 2014. PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 144p. 1996.

TÔRRES, E.M. **A Viuvez na Vida dos Idosos**. Dissertação de mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

## **AGRADECIMENTOS**

Inserir os agradecimentos às pessoas, entidades e/ou agências de fomento ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE À TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS NA ATENÇÃO BÁSICA: VISÃO DAS USUÁRIAS

Nayara Cristina da Rocha Oliveira<sup>1</sup>, Camila Aparecida Sousa Silva<sup>2</sup>, Francisca Elineuda Moraes Martins<sup>3</sup>  
Joel Araújo dos Santos<sup>4</sup>, Celina Maria de Souza Olivindo<sup>5</sup>, Kleucione Araújo dos Santos<sup>6</sup>

1. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade Maurício de Nassau, Parnaíba – PI, [nayaraoliveiraphb@gmail.com](mailto:nayaraoliveiraphb@gmail.com)

2. Especialista em Urgência e Emergência UninovaFap, Teresina-Pi

3. Especialista em Gestão Pública, Municipal Universidade Estadual do Piauí(UESPI), Graduada em Enfermagem, (UESPI).

4. Especialista em ginecologia e obstetrícia, IEDUCARE, Sobral - Ce

5. Mestre em Administração, FEAD, Belo horizonte-Mg

6. Graduado em Enfermagem, UESPI, Parnaíba - Pi

E-mail: [nayaraoliveiraphb@gmail.com](mailto:nayaraoliveiraphb@gmail.com)

Palavras-chave: Travestis e Transexuais. Saúde LGBT. Políticas Públicas.

### INTRODUÇÃO

De acordo com Brasil (2016), a identidade de gênero é a forma como a pessoa se reconhece e/ou se apresenta perante o mundo, é como ela se sente na sociedade, e isso pode corresponder ou não ao sexo com que ela nasceu, enquanto a orientação sexual é a capacidade de ter, sentir ou desenvolver atração e/ou relação emocional, afetiva ou sexual por outra(s) pessoa(s), podendo receber os nomes heterossexual, homossexual e o bissexual.

O termo homossexual refere-se a pessoa que se sente atraída sexual, emocional ou afetivamente por pessoas do mesmo sexo/gênero, assim tem-se o gay, que é homem que se sente atraído fisicamente e emocionalmente por um outro homem e a lésbica, mulher que se sente atraída fisicamente e emocionalmente por uma outra mulher (OLIVEIRA, 2017). Enquanto a travesti, segundo Brasil (2016) se relaciona com o mundo no gênero feminino, no que diz respeito às aparências e formas adquiridas por meio do uso de hormônios e/ou aplicações de silicone, tendo como característica a mistura dos atributos femininos e masculinos. Já o termo transexual, de acordo com Cardoso (2008), é utilizado para designar um indivíduo que se identifica psicologicamente e socialmente com o sexo oposto, tem as características físicas do sexo constante da sua certidão de nascimento.

Nesse contexto, travestis e mulheres transexuais (Trans) estão sujeitos a forte estigma social, caracterizado pela discriminação, violência e exclusão social em seu cotidiano. A partir da epidemia de HIV/AIDS, surgiram as primeiras políticas de saúde voltadas para a população Trans (referindo nesta pesquisa à Travestis e Mulher Transexuais), centralizando as orientações em seus comportamentos sexuais e seus modos de vida. Somado a outros grupos dos profissionais do sexo e homens que fazem sexo com outros homens, são denominados população chave, devido ao elevado risco de infecção e prevalência do HIV (ARILHA; LAPA; PISANESCH, 2010).

Considerando-se o conceito de saúde e doença da OMS, e que gays têm as mesmas necessidades que qualquer outro indivíduo, é justo esperar que deva receber a mesma assistência à saúde com políticas que garantam o compromisso do SUS pela universalidade, integralidade e efetiva participação da comunidade, contemplando ações voltadas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Devido inúmeras barreiras ainda encontradas, LGBTs(Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) se tornam mais suscetíveis a problemas psicológicos e outras doenças como HIV/AIDS, câncer de próstata, câncer do útero e câncer de mama, que são doenças mais prevalentes nesse público (CAVALCANTI, 2016).

Dessa forma surge o questionamento, qual a visão das travestis e mulheres transexuais sobre a assistência de saúde prestada a elas na Atenção Básica? A visibilidade da homossexualidade, o olhar e a estereotipia social são temas que devem receber atenção por parte dos profissionais da saúde, não somente no atendimento preconizado pelas políticas públicas voltadas para este grupo, mas por considerar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado assegurado na Constituição Federal.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório no qual a investigação aconteceu por meio de uma abordagem qualitativa, que permitiu aos entrevistados uma maior liberdade para expor suas questões relacionadas ao tema. A pesquisa foi realizada no município de Parnaíba – PI, considerado o segundo maior do estado, com uma população estimada

em 150.201 habitantes, portanto (IBGE, 2016), é um dos quatro municípios litorâneos do Piauí e conta 40 equipes da Estratégia de Saúde da Família divididas em 4 distritos.

Teve como sujeito, Travestis e mulheres transexuais residentes no município de Parnaíba-PI. Foi utilizado como critério inclusão todos indivíduos maiores de 18 anos que se auto afirmarem como travesti ou mulher transexual e que aceitaram participar da pesquisa e utilizado como critério de exclusão, indivíduos com idade inferior a 18 anos; indivíduos que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; que não fossem residentes no município e os que quiseram em algum momento desistir da pesquisa. Dessa forma, a amostra da pesquisa foi constituída por 15 pessoas que após o contato inicial aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, gravada no aparelho celular em áudio digital para melhor captação das respostas dos entrevistados, que posteriormente foram transcritas de forma fidedigna afim de serem analisadas e divididas em categorias. Para a análise de dados foi adotado o método de Bardin, segundo Minayo (2000), este consiste em um dos métodos mais utilizados na análise de dados de pesquisas qualitativas.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos e legais necessários e foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí-UESPI. A permissão das participantes se deu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde; foi esclarecido à participante quanto a confidencialidade dos dados, bem como a autonomia para desistir do estudo a qualquer momento. Para manter o sigilo da verdadeira identidade das entrevistadas, o pesquisador optou por utilizar pseudônimos para identificá-las, nomeando-as com nomes de borboletas, por ser um dos símbolos que mais podem representar as travestis e mulheres transexuais, devido sua transformação de lagarta em para uma linda borboleta, representa a mudança, o crescimento e busca por harmonia entre corpo e expressão de gênero.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos entrevistados 10 consideram-se travestis, enquanto 06 consideram-se mulheres transexuais, muito embora tenha sido percebido a falta de conhecimento de algumas sobre os conceitos do que é ser travesti e ser transexual. Possuem idades de 18 à 56 anos, todas utilizam nome social. Das 15 entrevistadas, apenas 1 relata possuir um relacionamento estável as demais são solteiras.

Quanto a escolaridade 2 possuem ensino fundamental incompleto, 1 possui o ensino médio incompleto, 8 concluíram o ensino médio, desta 1 possui 1 curso técnico e outra 2 cursos técnico, 4 possuem ensino superior incompleto, destas 2 continuam ainda na graduação. Segundo Rondas e Machado (2015), em geral, as travestis possuem baixa escolaridade em razão da evasão escolar precoce a que são levadas por não tolerarem o bullying, as zombarias ou agressões vividas na escola.

Com relação à ocupação, 6 entrevistadas declaram estarem desempregadas, 2 são estudantes, 3 trabalham como empregada doméstica, 1 autônoma, 1 massoterapeuta, 1 cabelereira, 1 costureira e profissional do sexo. Algumas das participantes, foram entrevistadas no horário de trabalho em um ponto de prostituição da cidade e outras embora durante a entrevista relatarem serem profissionais do sexo, não colocaram essa, como a sua ocupação. Longaray e Ribeiro (2016) relata a prostituição como destaque, também, como a única saída pelas travestis e transexuais que são excluídas e rejeitadas no mercado de trabalho e também na família.

A análise das falas levou a compreender a visão das Travestis e Mulheres Transexuais apoiado em 4 categorias:

### **Categoria 01: Travestis e Mulheres transexuais no contexto social**

Muito embora as discursões acerca da identidade de gênero tenham tomado força e avanços tenham se apresentado nos últimos anos, fortemente influenciadas pela mídia, pessoas trans ainda enfrentam muitos preconceitos, discriminação e rejeição em todos os setores da sociedade, além de raramente receberem apoio da família. Segundo Oliveira (2017), não é incomum se ouvir histórias de pais expulsarem filhos trans de casa, tampouco é anormal prostitutas trans nas ruas. Também é usual não se encontrar em ambientes públicos – escolas, hospitais, parques, ônibus – usuários ou trabalhadores trans, e isso pode ser confirmado com as falas de algumas das entrevistadas.

“A minha relação com a minha família não é nem um pouco saudável, nem um pouco amorosa. Na minha família... Eu acho que das pessoas estranhas tive mais carinho, mais apoio de que da minha própria família, eu sofri da minha própria família que é lugar da gente ter carinho, apoio, amor... eu não tive nenhum desses. [...] A minha mãe me botou de casa pra fora com 9 anos de idade. Desde 9 anos que trabalho em casa de família. [...] Minha mãe até hoje ela nunca me aceitou. [...] Hoje em dia a maioria dos travesti, assumem depois de grande, né? Aí, eu não, já nasci com esse jeito, tudo.” (Anartia)



Porém, dentro desse cenário foi possível encontrar, na grande maioria, falas que relatam situações que se contrapõem às citada acima, muitas entrevistadas relataram receber apoio da família, muito embora nem sempre tenha sido dessa forma.

A maior parte da população trans no país vive em condições de miséria e exclusão social, sem acesso à educação, saúde, qualificação profissional, oportunidade de inclusão no mercado de trabalho formal e políticas públicas que considerem suas demandas específicas (NOGUEIRA et al, 2017).

### **Categoria 02: Fatores que estimulam ou dificultam o acesso das travestis e mulheres transexuais aos serviços de saúde oferecidos pela Atenção Básica no município.**

Para alcance deste objetivo as usuárias foram questionadas sobre onde procuram ajuda quando apresentam algum problema de saúde e o porquê desta escolha, foram questionadas ainda se utilizam os serviços de alguma unidade de saúde, a frequência com que utilizam, foi pedido ainda para que relatassem como era o atendimento recebido em uma Unidade Básica de Saúde.

Foi possível perceber que muitas dos relatos colhidos e reivindicações feitas não foram de baseadas em experiências próprias das depoentes, mas de situações vividas por outras e coletivizadas para as demais, fato esse que acabam gerando uma certa resistência à procura dos serviços de saúde.

“Assim, Graças a Deus, eu nunca precisei, né? Sempre que eu precisava, que eu era solteira, eu ia sempre, fazer exame, mas era de rotina, HIV...Essas coisas sempre ia no COAS, mas em relação a saúde nunca precisei não.” (Eueides)

A falta do conhecimento acerca dos serviços oferecidos, é um fator preponderante no que diz respeito a busca por assistência. Considerando saúde apenas a falta de doença, buscam a Unidade somente quando apresentam sinais e sintomas de alguma patologia mais grave ou até mesmo para a solicitação de exames de rotina, deixando assim, de ser a UBS sua porta de entrada no sistema. A grande maioria relatou não procurar por não precisar, levando em consideração apenas as consultas médicas e não buscando serviços como tratamento odontológico e encaminhamentos para especialidades.

“Primeiro eu vou pro SAMU, por que eu acho que o atendimento lá é mais rápido. [...] Exame quando eu vou fazer eu faço mais é particular e consulta também. (Por que não na UBS?) Acho que por que acho que é complicado conseguir uma consulta mesmo.” (Siproeta)

Algumas relataram a falta de respeito ao nome social nos atendimentos que receberam, seja pelo preconceito, pela falta de conhecimento ou até mesmo desatenção do profissional na hora de chama-las pelo nome, consequentemente gerando desconforto nas usuárias.

“Eles perguntam meu nome mesmo do documento. Não perguntam como gostaria de ser tratada! Chamam pelo nome mesmo e é bem constrangedor.” (Eryphanis)

De acordo com Brasil (2016), o respeito ao nome social pelos trabalhadores da saúde, garante o direito ao cidadão, e é primordial para ampliar o acesso das trans aos serviços de saúde, evitando que o nome seja motivo de constrangimento e uma barreira de acesso aos serviços de saúde.

Através da análise das falas foi possível perceber que a falta de conhecimento dos serviços oferecidos, a falta do respeito ao nome social e a falta de profissionais especializados são fatores que dificultam a buscas por serviços na UBS.

### **Categoria 03: A percepção das usuárias acerca dos serviços prestados a elas.**

A falta de conhecimento sobre seus direitos e serviços oferecidos na UBS, fica claro no relato de algumas entrevistadas. Ao relatar uma boa assistência recebida na Unidade, muitas levaram em consideração apenas a consultas médica de rotinas e realização de exames.

“No posto eu só vou pra consulta, eu pego o encaminhamento do médico, aí vou fazer os exames na rua, aí depois eu pego o resultado e levo pro médico dar uma olhada, aí tá tudo ok, aí engaveto. Em seis e seis meses...” (Brassolis)

A capacitação dos profissionais por meio de educação continuada, é primordial para que haja uma assistência pautada no acolhimento e humanização, gerando assim, um fortalecimento da relação profissional e usuária, pois a fragilidade desse vínculo provoca uma baixa procura dos serviços de saúde.

“É, sempre a gente, quando tem sorte, encontra alguém que te trata bem, mas sempre tem aquelas: “Ah é ele...” Sempre vem, cita ‘ele’, é aquela coisa, nunca que eles tratam da forma que você tem que tratada, né?” (Eueides)

Santos (2014), considera que as políticas públicas de saúde, bem como as ações no âmbito da AIDS, são intervenções por muitas vezes reducionistas, com reflexões pré-fabricadas que não acarretam em impactos expressivos na realidade dos sujeitos envolvidos, são sobretudo focados na prevenção da doença ou agravos, construídos historicamente, tendo como base o referencial do risco epidemiológico, não influenciando de forma direta na vida dessa população.

#### **Categoria 04: Expectativas sobre um atendimento adequado.**

Dentre as expectativas relatadas pelas entrevistadas está a de profissionais que entendam e atendam às suas reais necessidades.

“Acho que devia ter um pessoa só pra gente assim travesti, uma pessoa já especializada, pra eles ter atendimento pra falar com a gente.” (Parnassius)

“Por precisava ter assim, só mesmo uma pessoa pra atender essa classe. Um especialista mesmo só pra isso, contar os problemas, isso e aquilo outro...” (Anartia)

Embora alguns avanços tenham se apresentado nos últimos anos, estudos mostram que os serviços de saúde tendem a se organizar para uma clientela heterossexual, limitando suas possibilidades de atuação efetiva junto a pacientes LGBTs. A capacitação dos profissionais de saúde na área da sexualidade, torna-se de grande importância, uma vez que a dificuldade em lidar com a diferença abre espaço para comportamentos discriminatórios e para a estigmatização (TAGLIAMENTO, 2015).

“Acho que não, precisa ter uma capacitação diferenciada assim, que aqui a pessoa fica tipo com receio assim, medo vergonha de atender, aí precisava tipo assim de uma especialização, uma capacitação, por que não sabe como atender.” (Evenus)

Um dos fatores que determinam o descumprimento dos princípios do SUS está no fato de que os profissionais da área de saúde não são capacitados para lidar com alguns assuntos tidos como tabus, principalmente quando se refere à sexualidade. A sistematização dos dados acerca dos usuários e de suas necessidades possibilita definir estratégias de enfrentamento, articular ações de saúde e viabilizar a integralidade e intersetorialidade como preconiza os princípios do SUS (TAGLIAMENTO, 2015).

#### **CONCLUSÃO**

O presente estudo possibilitou identificar a visão que travestis e transexuais tem acerca da assistência de saúde prestada a elas na atenção básica, destacando ainda as barreiras que as impendem e fatores que estimulam sua procura por atendimento junto a Unidade Básica de Saúde.

É inegável que a discriminação e o preconceito é algo muito presente na vidas destas pessoas, no entanto percebe-se que o preconceito também é algo internalizado em algumas das travestis e mulheres transexuais entrevistadas, no ponto em que se refere as demais sempre em 3ª pessoas, como se não fizesse parte do grupo e até mesmo não aceitando a identidade de gênero das demais.

Foi percebido que muitos, optam por buscar atendimentos na rede privada ou até mesmo na atenção secundária, por considerarem o atendimento mais rápido. Notou-se que algumas não se sentem à vontade dentro dos espaços das UBSs. Os olhares preconceituosos, os comentários maldosos, ausência de um acolhimento adequado e desrespeito ao nome adotado por elas, são fatores que criam obstáculos e corroboram para uma baixa procura por assistência.

Os profissionais de saúde precisam estar qualificados para que possam assegurar um acesso de acordo com os princípios do sistema de saúde que rege o país. É preciso ter uma visão holística, a Atenção Básica deve deixar de ser, para as trans, apenas um local de recebimento de preservativos e exames, mas sim um local onde se sintam a vontade e acolhidas.

#### **REFERÊNCIAS**

ARILHA, M., LAPA, T. S., PISANESCH, T. C. Transexualidade, travestilidade e direito à saúde, Coleção Democracia, Estado Laico e Direitos Humanos, Oficina Editorial: São Paulo, 1 ed., 376 p., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa Atenção integral à saúde da população Trans: Brasília, 2016.

CAVALCANTI, A. C. et al. Acolhimento nos serviços de saúde à população LGBT: Uma revisão integrativa. Congresso Brasileiro de Ciências e Saúde. 2016.

IBGE. Cidades. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=220770>>. Acesso em: 27 março. 2016

Longaray, D. A.; Ribeiro, P. R. C. Travestis e Transexuais: corpos (trans)formados e produção de feminilidade. Estudos Feministas. Florianópolis, 2016.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde, 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2000

NOGUEIRA, S. N. B.; Aquino, T. Araújo.; Cabral, E. Afonso. Dossiê: A Geografia dos Corpos das Pessoas Trans. **Rede Trans Brasil**. Brasil, 2017.

RONDAS, L. O.; Machado, L. R. S. Inserção profissional de travestis no mundo do trabalho: das estratégias pessoais às políticas de inclusão. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 10(1), São João del-Rei, janeiro/junho 2015

SANTOS, E. T. A. Políticas públicas de saúde, risco e vulnerabilidade em AIDS: discursos e ações voltadas às travestis e transexuais no município de Franca/SP. Santos, 2014.

TAGLIAMENTO, Grazielle. Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans. Transexualidade e travestilidade na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Inserir os agradecimentos às pessoas, entidades e/ou agências de fomento ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS POR HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: ESTUDO EM UMA POPULAÇÃO DO NORDESTE

**Karla Soares de Castro<sup>1\*</sup>, Isabela Melo Bonfim<sup>2</sup>, Ana Luiza Almeida de Lima<sup>3</sup>, Adriana Rolim Campos Barros<sup>4</sup>, Tais Batista Virgínio<sup>5</sup>, Juliana Vieira Rocha<sup>5</sup>.**

1. Discente do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – Ceará – Brasil.

2. Docente do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – Ceará – Brasil, Fortaleza – Ceará – Brasil.

3. Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza – Ceará – Brasil.

4. Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – Ceará – Brasil.

5. Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – Ceará – Brasil.

E-mail: karlacastroksc@hotmail.com.

Palavras-chave: Plantas Medicinas. Hipertensão. Diabetes.

### INTRODUÇÃO

O uso das terapias alternativas e complementares apresenta ampla diversidade, no mundo, conforme as características culturais e econômicas de cada país. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos países em desenvolvimento, a medicina tradicional é a única abordagem de cuidado à saúde disponibilizada para a imensa maioria da população. Diferentemente, nos países economicamente desenvolvidos, as terapias alternativas e complementares são utilizadas de acordo com as crenças dos cidadãos (WHO, 2002).

No Brasil, por meio de iniciativas do Ministério da Saúde (MS), a utilização de plantas medicinais (PM) e fitoterápicos tem sido incentivada. No ano de 2006, foi publicada a Portaria nº 971 que traz como proposta de opção terapêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), estando nela incluídas as plantas medicinais, fitoterapia, homeopatia, dentre outras (BRASIL, 2013).

No Ceará, iniciativa foi dada por ocasião do Decreto n.º 30.016, de 30 de dezembro de 2009 que regulamentava a Lei Estadual no 12.951, de 7 de outubro de 1999. Referida lei tratava sobre a política de implantação da fitoterapia em saúde pública no estado do Ceará. Embora alguns estados tenham se antecipado em relação à legislação federal, é o documento da PNPIC que, atualmente, referencia estados e municípios na formulação de políticas voltadas ao assunto (RODRIGUES; SANTOS; SIMONI, 2011).

Dentre as doenças crônicas, o Diabetes *Mellitus* (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) estão entre as mais prevalentes e seu tratamento e controle requerem mudanças de hábitos e estilo de vida no que se refere à dieta, ingestão de medicamentos e prática de atividade física. No entanto, aparentemente existem poucos estudos discutindo o uso de plantas medicinais por diabéticos e hipertensos (CASTRO *et al.*, 2010).

O uso de plantas medicinais é equivocadamente entendido, pela população de uma maneira geral, como o emprego de fitoterapia. Segundo conceito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o medicamento fitoterápico é aquele obtido, através do emprego exclusivo de matérias-primas vegetais, sendo caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. São validadas sua eficácia e segurança através de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações tecnocientíficas em publicações ou ensaios clínicos fase 3 (NICOLETTI *et al.*, 2007).

Os produtos naturais podem alterar a ação farmacológica de muitas drogas, causando efeitos sinérgicos e/ou antagônicos, propiciando prejuízos para o organismo. As interações entre as plantas medicinais e os fármacos prescritos acontecem, mas são subnotificadas.

Apesar de já existirem diversos estudos relativos ao uso, toxicidade e eficácia das PM, as produções científicas ainda são precárias no que se referem ao modo como os vegetais estão sendo consumidos, quais os benefícios e como se poderá capacitar e habilitar os profissionais de saúde para orientação e aconselhamento da utilização como opção terapêutica no SUS.

Dessa forma, o objetivo de relatar parte dessa dissertação foi descrever a utilização de plantas medicinais por pacientes hipertensos e/ou diabéticos atendidos em unidades de atenção primária à saúde e em um ambulatório especializado no município de Fortaleza.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo é parte de uma dissertação de mestrado, que teve abordagem quantitativa, descritiva, exploratória e transversal, sendo composto de duas etapas descritas como fase da aplicação do formulário e do levantamento bibliográfico na literatura acerca das espécies referidas pelos participantes, sendo realizado em 16 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e em um ambulatório especializado pertencente a um hospital universitário, ambos integrados ao SUS e sediados no município de Fortaleza, Ceará, no período de abril de 2014 a janeiro de 2015.

De uma amostra pretendida de 210 hipertensos e/ou diabéticos e que participaram da coleta de dados durante o período do estudo, 122 formulários foram considerados válidos. Houve extravio de 49 formulários, 33 participantes não preencheram critérios de inclusão, e seis se recusaram a continuar após a conclusão da coleta.

Foram considerados critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico clínico-laboratorial há pelo menos seis meses de HAS, independente do estágio (1, 2, 3 ou hipertensão sistólica isolada), de acordo com os critérios da Sociedade Brasileira de Hipertensão e/ou DM, independentemente da sua classificação (tipo 1 ou 2), de acordo com a SBD; aqueles maiores de 18 anos; de ambos os sexos e que buscaram atendimentos nas UAPS da regional VI e no ambulatório especializado citado no período do estudo.

Para critérios de exclusão foram considerados: pacientes portadores de diabetes gestacional e aqueles com distúrbios psíquicos e neurológicos que limitassem a compreensão adequada das informações.

Os pacientes eram convidados, aleatoriamente, a participar do estudo, e esclarecidos quanto à forma de condução da pesquisa. Depois de explicado o contexto da investigação, aqueles que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram recrutados para a aplicação do formulário.

As entrevistas aconteceram em consultórios destinados para fins de consulta de enfermagem conforme a estrutura física e cronograma de cada serviço. A técnica adotada foi uma entrevista estruturada, com aplicação de um formulário estruturado contendo perguntas abertas e fechadas. As informações foram registradas no formulário pelo entrevistador e o contato com cada entrevistado se deu em um único momento.

O formulário foi composto por 41 perguntas, distribuídas em três partes: dados sociodemográficos, dados sobre a patologia, tratamento e adesão medicamentosa convencional e dados sobre uso de plantas medicinais.

Para análise dos dados, os mesmos foram a princípio organizados em um banco de dados do Programa *Microsoft Office Excel 2007* e, em seguida, submetidos à análise estatística descritiva e inferencial através da versão 20.0 do Programa *Statistical Package for the Social Sciences – (SPSS for Windows 20.0)* sob licença número 10101131007.

Com a finalidade de determinar sua distribuição, as variáveis foram submetidas à análise descritiva e de verificar a associação entre elas foram submetidas à análise inferencial.

Para organização dos dados, as variáveis foram descritas como: relacionadas aos dados sociodemográficos; relacionadas à patologia de base, tratamento e adesão à terapia medicamentosa convencional e as relacionadas ao uso de plantas medicinais.

A variável dependente estudada foi o uso de planta medicinal. Já as variáveis independentes estudadas foram aquelas que, possivelmente, tivessem o uso de planta relacionado a elas, quais sejam: nível de atenção, idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado civil, renda individual e familiar, patologia de base e adesão à terapia medicamentosa convencional.

O projeto de pesquisa deste estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza/UNIFOR sob o nº 618.827 e do Hospital Universitário Walter Cantídio sob nº 646.419 (ANEXOS A e B), buscando respeitar os princípios éticos e legais, de acordo com as recomendações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao serem questionados se faziam ou já fizeram uso de algum tipo de PM concomitante ao MC, 62,3% dos participantes da população amostrada responderam que sim. Resultado semelhante Silva e Hahn (2011) também identificaram entre hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos (62,4

O fato do consumo de vegetais ser um dos mais antigos meios empregados pela humanidade para tratar, curar e prevenir, doenças ao longo dos tempos (VEIGA JÚNIOR; PINTO; MACIEL, 2005) associado ao fácil acesso às PM (NICOLETTI *et al.*, 2007), parecem favorecer a sua utilização por considerável parcela da população.

Tratamento de HAS e/ou o DM foi a finalidade apontada por 60,5% dos que disseram consumir as ervas medicinais, demonstrando que as PM e seus derivados são amplamente utilizados como terapêutica alternativa, no Brasil, sobretudo por pessoas portadoras de DCNT e que estão em tratamento com outros medicamentos (ALEXANDRE; BAGATINI; SIMÕES, 2007).

Verifica-se que a ingestão das ervas medicinais não é relatada ao profissional que faz o acompanhamento nas unidades de saúde da família e ambulatório, uma vez que neste estudo, dentre aqueles que usaram PM para tratar HAS e/ou DM, 78,3% negaram ter informado ao médico ou enfermeiro sobre a ingestão concomitante ao uso do MC. Isto se confirma em pesquisa onde 76,4% dos participantes não informaram aos seus oncologistas sobre o tratamento complementar com PM e a justificativa apresentada para o fato foi de que os médicos nunca haviam feito o questionamento a esse respeito (VIEIRA, 2008). A comunicação aos médicos de que estão consumindo os vegetais em conjunto com o MC, para 59,4%, nunca acontece ou somente acontece quando passam mal, conforme estudo de Veiga Júnior (2008).

Há ainda, por parte de alguns usuários dos vegetais e de seus derivados, a falsa idéia de que tais produtos, por serem naturais, são inócuos e, por isso, não apresentariam riscos a sua saúde. Devendo, portanto, os profissionais estarem atentos aos riscos potenciais oferecidos pela associação entre fármacos e produtos vegetais (VEIGA JÚNIOR; PINTO; MACIEL, 2005).

Considerável número de participantes informou ter iniciado uso das ervas medicinais após diagnóstico médico das suas patologias (76%), assemelhando-se aos achados de Viera (2008), onde 74,8% afirmaram que iniciaram consumo depois de terem a patologia diagnosticada, demonstrando ser esta a principal motivação para a ingestão. Entretanto, para algumas pessoas, conforme Veiga Júnior (2008), os vegetais são utilizados independentemente do diagnóstico específico de uma patologia, fato comprovado quando 63% dos entrevistados afirmam consumirem sempre que há alguma indisposição ou problema de saúde.

Quanto ao local de obtenção das plantas, a maior parcela dos entrevistados que usaram plantas (36,9%) revelou adquirir em feira livre e menor parcela (19,6%) tem produção domiciliar própria, opondo-se ao que foi encontrado em diversos estudos que indicaram o cultivo domiciliar como sendo o mais prevalente (SILVA; HAHN, 2011; VEIGA JÚNIOR; 2008; VIEIRA, 2008).

No levantamento em análise, o fato talvez possa ser justificado em virtude da população pesquisada ser essencialmente da zona urbana. Ratifica Veiga Júnior (2008) que o processo de migração da população rural para a zona urbana e a urbanização das cidades favorecem a perda do conhecimento sobre as PM, tanto pela escassez de quintais com jardins, como pelo desinteresse das novas gerações no aprendizado acumulado pelos antepassados sobre as propriedades vegetais.

Quando questionados sobre há quanto tempo fizeram uso das PM, a prevalência maior foi de hipertensos e diabéticos que consumiram há menos de um ano (60,9%). Veiga Júnior (2008) verificou uso das ervas por 67,9% dos participantes, inclusive durante a realização do seu estudo. Ainda, Vieira (2008) também constatou o mesmo, demonstrando estar, de fato, a ingestão das plantas no dia-a-dia da população.

É conveniente lembrar que o consumo excessivo de algumas ervas pode trazer riscos potenciais à saúde. Quando ingeridas na forma de chá ou "*in natura*", as plantas podem acarretar efeitos inesperados tais como alergias, alterações cardíacas, hormonais, irritativas e purgativas (NEWALL, ANDERSON; PHILLIPSON, 2002). Para tanto, é imprescindível o conhecimento das propriedades terapêuticas, indicações, forma de utilização e preparo da planta, a fim de que se conserve o princípio ativo e possam ser garantidas a eficácia e segurança do tratamento.

Dentre aqueles que usaram PM com a finalidade de tratar hipertensão e/ou diabetes, a maioria (56,5%) relatou que o sentimento de controle sobre a doença e a melhora da resposta ao tratamento convencional foram os resultados esperados com a ingestão. Em pesquisa, com hipertensos e diabéticos, que objetivou resgatar o saber popular sobre PM numa comunidade rural gaúcha, foi evidenciado que 75% referiram sentir melhora nos sintomas após emprego do uso associado à medicação convencional (PIRIZ *et al.*, 2013).

Para menor parcela de participantes (4,4%), o alívio de alguns sintomas específicos foi o que se esperou com a ingestão das ervas, sendo que os referidos foram o nervosismo, tontura, prurido cutâneo e cefaléia. Na pesquisa de Vieira (2008), a cura foi o que mais se buscou pelos participantes (19%), seguida do alívio de outros sintomas por 11,6% e a melhora da resposta do tratamento convencional por outros 11,6%.

Concernente à identificação de reações adversas provocadas com o uso de PM, grande parcela relatou não ter identificado (87%). Em levantamento realizado sobre o uso de PM no estado do Paraná, houve relato de apenas 4% de reações ou intoxicações relacionadas às ervas (VIGANÓ; VIGANÓ; CRUZ- SILVA, 2007). No entanto, esse número deveria ser bem mais elevado, dado o considerável aumento no consumo das plantas pela população.

Por fim, quando questionados sobre a suspensão da PM e do MC, 54,3% disseram não ter suspenso a planta e 100% asseguraram não suspenderem o MC, assemelhando-se ao encontrado por Vieira (2008), em que 54,7% dos participantes descontinuaram o uso com PM e/ou derivados e nenhum descontinuou o tratamento convencional. Estes dados demonstram que, pelo presente estudo, os hipertensos e diabéticos sentem segurança no tratamento alopático, mas também acenam para o fato do consumo de PM também ser bem aceito e continuado por eles. Evidenciando que a junção das duas terapias, convencional e alternativa, de forma orientada e responsável, poderia trazer inúmeros benefícios para a comunidade.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de plantas medicinais, com finalidade terapêutica, é uma prática observada entre os hipertensos e diabéticos, dos níveis de atenção primário e terciário, entrevistados em nosso estudo. Verificou-se, no entanto, que o maior consumo se concentrou entre aqueles atendidos no nível primário de atenção, ou seja, nos postos de saúde próximos à comunidade onde residem.

Ao afirmarem fazer uso de plantas medicinais para tratamento de suas enfermidades com a orientação de familiares ou amigos, sem a comunicação ao profissional médico responsável por seu acompanhamento, evidenciaram-se os riscos a que estão expostos, sendo estes relacionados à ingestão indiscriminada, ausência de critérios para obtenção, identificação incorreta da erva, indicação indevida, dosagem inadequada, tempo de uso inapropriado, interação medicamentosa, dentre muitos outros.

Na população estudada, percebeu-se segurança na terapia medicamentosa convencional prescrita, pois foi unânime o relato de que não houve suspensão de seu uso. Já quanto à interrupção do consumo das plantas medicinais durante o tratamento, apesar de percentual considerável da amostra revelar descontinuidade, evidencia-se que a junção das duas terapias, convencional e alternativa, poderá trazer benefícios aos envolvidos.

Há que se implementar, notadamente nos serviços de atenção primária à saúde, a utilização de PM como prática integrativa e complementar, uma vez que esta é prevista na legislação pertinente à temática, e é bem aceita, acessível e de baixo custo para a população. Esforços precisam ser empreendidos, pelos gestores, no sentido de destinar recursos para investimentos em capacitação e treinamento dos profissionais envolvidos na assistência, propiciando a incorporação desta modalidade terapêutica à sua prática e o repassar de informações que assegurem a correta utilização.

O profissional enfermeiro, que tem importante espaço no cotidiano da assistência ao paciente hipertenso e diabético, pode em muito contribuir para a efetivação dessa terapia alternativa, visto que a essência de sua prática é o cuidado e este se fundamenta no acolhimento e vínculo com as pessoas da comunidade. Referido profissional, capacitado na temática em questão, deverá, através de atividades grupais de educação em saúde, visitas domiciliares e consultas individualizadas, resgatar o saber popular e somar ao seu para benefício dos assistidos.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, R.F.; BAGATINI, F.; SIMÕES, C.M.O. Interações entre fármacos e medicamentos fitoterápicos à base de ginkgo ou ginseng. **Revista Brasileira de Farmacognosia/ Brazilian Journal of Pharmacognosy**, João Pessoa, v.18, n.1, p.117-26, jan./mar., 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n.36).
- CASTRO, M.S.; BARROS, N.F.; ALEGRE, S.M.; HOEHNE, E.L. O uso de terapia alternativa e complementar por pacientes diabéticos do tipo 2. **Brasília Médica**, v.47, n.1, p.17-25, 2010.
- NEWALL, C.A.; ANDERSON, L.A.; PHILLIPSON, J.D. **Plantas medicinais: guia para profissional de saúde**. Ed. Premier, 2002.
- NICOLETTI, M. A.; OLIVEIRA-JÚNIOR, M. A.; BERTASSO, C.C.; CAPAROSSI, P. Y.; TAVARES, A. P. L. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. **Infarma**, v. 19, n. 1/2, 2007.
- PIRIZ, M.A.; MESQUITA, M.K.; CAVADA, C.T.; PALMA, J.S.; CEOLIN, T.; HECK, R.M. Uso de plantas medicinais: impactos e perspectivas no cuidado de enfermagem em uma comunidade rural. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.15, n.4, p.992-9, 2013. RODRIGUES, A.G.; SANTOS, M.G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na saúde da família. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (org.). **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, p.131-65, 2011.
- SILVA, B.Q.; HAHN, S.R. O uso de plantas medicinais por indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemias. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. v.2, n.3, p.36-40, set./dez., 2011.
- VEIGA JÚNIOR, V.F. Estudo do consumo de plantas medicinais na região centro-norte do estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Revista Brasileira de Farmacognosia/ Brazilian Journal of Pharmacognosy**, João Pessoa, v.18, n.2, p.308-13, abr./jun., 2008.

VEIGA JÚNIOR, V.F.; PINTO, A.C.; MACIEL, M.A.M. Plantas medicinais: cura segura? **Química Nova**, v.28, n.3, p.519-28, 2005.

VIEIRA, R.C.F. **Estudo do uso de plantas medicinais e/ou produtos à base de plantas medicinais como tratamento complementar, por pacientes atendidos no Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON/SC, e as suas implicações clínicas.** Florianópolis, 2008. 175f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2008.

VIGANÓ, J.; VIGANÓ, J.A.; CRUZ-SILVA, C.T.A. Utilização de plantas medicinais pela população da região urbana de Três Barras do Paraná. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v.29, n.1, p.51-8, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Traditional medicine strategy 2002-2005**. Geneva: World Health Organization, 2002.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ESTRATÉGIAS PARA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Jéssica Maria de Lima Rodrigues<sup>1</sup>, Fernanda Jorge Magalhães<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Graduação em Enfermagem, Faculdade Integrada da Grande Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>2</sup> Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC); Doutorado em Enfermagem pela UFC; Doutorado de Mobilidade Acadêmica Internacional pela Universidade do Porto - PT.

E-mail: fernandajmagalhaes@yahoo.com.br

Palavras-chave: Humanização da assistência. Cuidado de Enfermagem. Oncologia Pediátrica. Estratégias de Humanização.

### INTRODUÇÃO

O câncer é designado por um grupo de mais de 100 doenças, que possuem como característica em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, e de maneira incontrolável e agressiva dividem-se e multiplicam-se rapidamente, resultando na formação de tumores malignos, que podem atingir diversas regiões do corpo diferentes. Por ser uma doença que evoca diversos estigmas, é necessário entender o quão importante é o processo do cuidar do portador de tal patologia, particularmente crianças que possuem uma limitação na compreensão devido a posse de um perfil imaginário e individualista (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

Carcinomas infantis possuem uma grande probabilidade de alcance da cura, porém ainda possuem uma alta taxa de mortalidade, devido a causa de óbitos estar relacionada diretamente a um diagnóstico tardio, devido à aparência de sintomas inexatos, e diferenciado pelo seu desenvolvimento rápido e invasivo, porém apresenta períodos menores de latência e um bom prognóstico (BERNARDO *et al.*, 2014). O carcinoma pediátrico é caracterizado por um grupo de neoplasias que atingem menores de 15 anos. A patologia é designada como um dos maiores e mais complexos problemas que a saúde pública brasileira enfrenta, devido às grandes taxas de incidência, e à sua dimensão epidemiológica, social e econômica. Cerca de, pelo menos, 596 mil casos novos foram registrados no Brasil até o fim do ano de 2016, esperados 295.200 casos para o sexo masculino, 300.800 entre o sexo feminino, e pelo menos 12.600 casos novos de carcinoma entre crianças e adolescentes até os 19 anos de idade, onde a Região Nordeste encontra-se como uma das regiões e mais relevantes, com a estimativa de pelos menos mais 2.750 novos casos de neoplasias infantis, atrás apenas da região Sudeste (INCA, 2016).

Desta forma é proposta uma assistência de enfermagem prestada por uma equipe qualificada e preparada frente as adversidades do mundo infantil, devido as suas limitações de compreensão e até mesmo de comunicação, proporcionando-lhes um cuidado individualizado, favorecendo a compreensão das crianças e sua família sobre o que de fato está ocorrendo, sobre situações adversas ao tratamento, e aos procedimentos diagnósticos, por isso necessitam de um cuidado humanizado e holístico (TUROLLA E SOUZA, 2015)

O estudo objetivava principalmente identificar quais estratégias de humanização eram utilizadas por profissionais da equipe de enfermagem de nível médio e superior na assistência ao paciente oncológico pediátrico, assim como a observação dessas práticas, suas realizações e o conhecimento dos profissionais à cerca do assunto do estudado, sendo observado que os profissionais até possuem conhecimento do assunto, porém por muitas vezes possuem algumas limitações, sejam elas de situações ou próprias dos indivíduo que impedem dessas estratégias serem postas na prática.

### INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. O qual tem como propósito a observação, descrição, exploração e interpretação de aspectos, fatos ou fenômenos, buscando frequência característica, relação e associação entre variáveis, onde a exposição e o desfecho serão avaliados juntos num mesmo período, em que se utiliza a abordagem qualitativa, que se define por significados das ações e das relações humanas, onde a experiência humana será descrita tal como é vivida (MINAYO, 2013).

A coleta de dados foi realizada em um hospital de rede terciária, referência na cidade e Fortaleza – CE, no período de julho a agosto de 2017 que se caracteriza pela prestação da assistência à criança e ao adolescente de forma segura e humanizada, sendo também uma instituição de ensino e pesquisa.

Fizeram parte deste estudo uma amostra pelo menos 20 profissionais de enfermagem (14 técnicos de enfermagem e 6 enfermeiros) que atuam na área oncológica, foram considerados os seguintes pontos de inclusão:

pelo menos dois anos de experiência na assistência ao paciente oncológico pediátrico e estar escalado no momento da coleta de dados. Serão considerados os seguintes critérios de exclusão: estar de licença maternidade, estar de férias, foi seguido o critério de saturação de dados, que consiste na interrupção da coleta de dados, quando estes começam a se repetir (FONTANELLA E JÚNIOR, 2012).

Foram abordados uma amostra de pelo menos 20 indivíduos, profissionais de enfermagem, onde todos os sujeitos foram entrevistados após o consentimento para a participação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, com itens relacionados às características sociodemográficas dos profissionais bem como perguntas relacionadas às estratégias utilizadas para a humanização da assistência de enfermagem a criança com neoplasia infantil. Tal entrevista foi realizada face a face, constituindo-se uma aproximação e empatia entre entrevistado e pesquisador, as respostas foram gravadas e posteriormente ser transcrita na íntegra, com fichamento das palavras-chaves e elaboração de um quadro sobre as estratégias relatadas a partir dos resultados iniciais.

O presente estudo atendeu as determinações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, onde foram respeitados os princípios éticos como: o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, ponderar à cerca de risco e benefícios, assim como a garantia de que danos previsíveis foram evitados, parecer do comitê de ética número 2,067,548.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de humanização prestado pela equipe de enfermagem inicia-se no momento da admissão institucional por meio do acolhimento, sendo o cuidar a essência profissional da enfermagem, levando em conta as singularidades de cada paciente, prestando desta forma uma assistência de forma individual, integral e humanizada. Frente a patologia cancerígena pediátrica, que consiste em uma doença de incertezas, a enfermagem necessita ponderar a respeito da prestação de uma assistência qualificada, levando em conta que a humanização depende muito da interação profissional-paciente, e da habilidade do profissional de fazer com que o paciente se sinta parte do processo (LOPES et al, 2015).

Os profissionais que participaram da entrevista possuíam nível médio e superior, uma parte já trabalhava na Unidade um longo período de tempo, o que torna a convivência e o vínculo com os pacientes e com a própria Instituição mais forte, uma pequena parte desses profissionais possuem dois empregos e tem renda mensal acima de três salários mínimos e a outra parte só possuem um emprego único mas trabalham em dois turnos da assistência na Unidade.

Após a análise dos dados colhidos foram observados que as estratégias mais citadas como humanização na assistência a essas crianças, são a explicação do procedimento que será realizado, tirar o foco da doença olhando o paciente como um ser humano normal que tem a sua individualidade fora do meio hospitalar, o diálogo tanto com a criança como com a mãe, que na grande maioria das vezes é apreensiva e o nervosismo de certa forma acaba atrapalhando um pouco o tratamento da criança, visualizar também que cada ser tem a sua individualidade e necessidade, e oferecer essa assistência dentro da individualidade de cada um acaba sendo um meio de humanizar, o acolhimento da família, oferecer carinho, amor e apoio psicológico, a orientação das mães à cerca do tratamento, e o uso de brincadeiras na realização dos procedimentos durante a assistência prestada a essas crianças oncológicas.

Estratégias utilizadas:	Nível de formação dos profissionais	Nº de profissionais que relatam usar a estratégia em questão
Explicar procedimento	Médio e Superior	6
Diálogo	Médio e Superior	4
Orientação das mães	Médio	1
Acolhimento da família	Médio e Superior	2
Apoio psicológico	Superior	1
Uso de brinquedos e brincadeiras durante procedimentos	Médio	2
Oferecer carinho	Médio e Superior	4

]Algumas ações são pautadas para prestação da assistência humanizada frente a criança portadora de câncer como: Dar conforto à criança, que consiste na ação principal frente ao seu estado de enfermidade, acarretando

assim a probabilidade de oferecer benefícios para a melhora de seu estado; Atender as necessidades da criança, onde o prestador do cuidado necessita ter entendimento que este não consiste apenas em normas e atribuições técnicas para realização de procedimentos, e sim que a humanização parte do diálogo, da orientação, da escuta ativa da família para a priorização das necessidades da criança; Proporcionar qualidade de vida à criança, que está diretamente ligado a realização dos desejos dessa criança, como as brincadeiras que torna o entretenimento um esconderijo que possibilita o esquecimento momentâneo da situação vivida; Dar apoio espiritual, emocional e religioso, onde a enfermagem aponta essa ação como pertencente ao processo do cuidado humano, pois o mundo em si mostra a necessidade de um ser dar apoio ao outro, buscando também por meio da fé um legado de humanização; Estar mais próximo da criança e mostra-se disponível, onde destaca-se a importância do carinho para com essas crianças, onde o toque, a comunicação e o abraço tornam-se algo indispensável para o processo da assistência; E o apoio a família, que torna o oferecimento da escuta ativa, e da inserção dos membros familiares no processo do cuidar como uma estratégia humanística ( MONTEIRO et al, 2014)

Contudo apesar de serem citadas diversas práticas como estratégias para humanizar essa assistência, aquelas que mais são observadas na prática são na verdade a explicação de todo procedimento que será realizado com esses pacientes, o uso de algumas brincadeiras e brinquedos para facilitar os procedimentos que na maioria das vezes são dolorosos, e o acolhimento que é dado tanto a criança como a família, e a mãe que é um dos seres mais fundamentais para obtenção de sucesso no tratamento da criança.

## CONCLUSÃO

De um modo geral existem várias ações pautadas como estratégias para humanização da assistência ao paciente oncológico infantil, como dar conforto frente ao seu estado de enfermidade atual, oferecendo benefícios para favorecer a sua melhora, partido do princípio que o prestador do cuidado necessita ter conhecimento e realizar a aplicação das técnicas de humanização.

O estudo revelou quais as práticas de humanização prestadas pela equipe de enfermagem ao paciente oncológico pediátrico, assim como seu conhecimento a respeito do assunto, a enumeração dessas técnicas de acordo com os profissionais de enfermagem parte do pressuposto que a humanização inicia do diálogo, da orientação, da escuta ativa da família para a priorização das necessidades da criança, destaca-se também a importância do carinho para com essas crianças, onde o toque, a comunicação e o abraço tornam-se algo indispensável para o processo da assistência, assim como o apoio à família, que torna o oferecimento da escuta ativa, e da inserção dos membros familiares no processo do cuidar como uma estratégia humanística, porém a técnica mais enumerada como estratégias de humanização da assistência prestada foi explicar o procedimento, embora alguns profissionais afirmem que o mais importante que possa fazer seja acolher a família, a mãe e dar o apoio psicológico necessário.

Contudo algumas limitações impedem de implantar as estratégias enumeradas pelos próprios profissionais na prática, sejam elas do próprio meio (condições de trabalho, carga horária, sobrecarga de procedimentos e atividades) ou até mesmo do próprio indivíduo (cansaço físico, mental, e problemas familiares), os profissionais relatam a necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional no auxílio do tratamento a esses pacientes oncológicos pediátricos, pois é dado o apoio psicológico pela enfermagem as mães que chegam apreensivas por conta do desconhecimento do tratamento, pois trata-se de uma doença cheia de estigmas, mas é relatado pela equipe que há a necessidade do apoio psicológico da mãe por partes de outros profissionais, assim como como a própria equipe de enfermagem relata que acha necessário a sensibilização à cerca do assunto da humanização com os próprios profissionais, pois é muito falado a respeito do assunto e na maioria das vezes acaba passando despercebido na prática, observando-se a sensibilização constante dos profissionais sobre esta humanização, e sobre a importância da aplicação nas práticas assistenciais.

## REFERÊNCIAS

BERNARDO, Carolina Marinato et al. A importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 6, n. 3, 2014.

DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 21-31, 2013.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Câncer infantil. Ceará : INCA, 2016.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Diagnóstico precoce na criança e no adolescente. Ceará: INCA, 2016

INCA. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Incidência de Câncer no Brasil, estimativa 2016. Ceará: INCA, 2016.

TUROLLA, Kelly Regina, and Mariana Castro de Souza. "Enfermagem Pediátrica Oncológica: Assistência na Fase de Terminalidade." *Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde* 19.1 (2015).

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; MAGDALENO JÚNIOR, Ronis. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol. estud*, v. 17, n. 1, p. 63-71, 2012.

LOPES, Miriam et al. Revisão narrativa sobre a humanização da assistência pela equipe de enfermagem na área oncológica. *Gestão e Saúde*, p. 2373-2390, 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Em agradecimento a minha querida orientadora Dr. Fernanda Jorge Magalhães que me orientou desde a escolha do tema quando eu não sabia muito o rumo a tomar, e a verdadeira temática a ser escolhida, e quando cheguei em capo para coleta de dados percebi que não poderia ter tomado rumo melhor e não haveria temática melhor a ser escolhida, sendo que sem ela não teria sido possível a realização deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SOB A ÓTICA DAS GESTANTES ATENDIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

Camila Aparecida Sousa Silva<sup>1</sup>, Nayara Cristina da Rocha Oliveira<sup>2</sup>, Celina Maria de Souza Olivindo<sup>3</sup>, Francisco Eudes Barros<sup>4</sup>, Francisca Elineuda Moraes Martins<sup>5</sup>, Ana Flávia do Nascimento Azevedo<sup>6</sup>

1. Especialista em Urgência e Emergência UniNovafapi, Teresina-Pi [camilaaparecidass@hotmail.com](mailto:camilaaparecidass@hotmail.com)

2. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade Maurício de Nassau, Parnaíba – PI

3. Mestre em Administração, FEAD, Belo Horizonte - Mg

4. Mestre em Gestão Universitária, UFPI, Parnaíba-Pi

5. Especialista em Gestão Pública Municipal, UESPI, Parnaíba-Pi

6. Especialização em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça, UFPI, Parnaíba – Pi

E-mail: [camilaaparecidass@hotmail.com](mailto:camilaaparecidass@hotmail.com)

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Pública. Saúde do adolescente. Saúde sexual e Reprodutiva.

### INTRODUÇÃO

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar (Rios & Vieira, 2007).

A atuação do enfermeiro no processo de adesão das gestantes a assistência pré-natal é de suma importância para a realização de uma assistência qualificada, pois geralmente são esses profissionais que realizam o primeiro contato, escutam as primeiras dúvidas, medos. Sob esta ótica o profissional deve realizar um de suas principais funções dentro de seu campo de atuação frente ao cuidado com o paciente, a educação em saúde, que engloba o processo de ensino-aprendizagem, com intuito de promover a saúde e prevenir doenças (BRASIL, 2006).

Pereira (2003) ressalta que a educação em saúde resulta de uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdo, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, ou seja, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção de cidadania.

O pré-natal na rede básica de saúde é realizado pelo enfermeiro e pelo médico e objetiva monitorar, prevenir e identificar intercorrências maternas e fetais e, ainda, realizar atividades educativas acerca da gravidez, parto e puerpério. Todavia, compete ao enfermeiro o acompanhamento das mulheres com ausência de complicações, cadastradas no pré-natal de baixo risco (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

A educação em saúde é definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e grupos, estes devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde é entendida a partir do conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, em como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é vista como responsabilidade exclusiva do setor saúde, vai além do estilo saudável, em direção a um bem-estar global (MALAQUIAS & ROSAS, 2010).

O enfermeiro não pode ficar à margem do processo educativo da população, pois a ação educativa é uma das atribuições mais importantes da enfermagem, no que diz respeito à promoção de saúde. As ações educativas devem ser realizadas de maneira horizontal, valorizando o conhecimento da comunidade, sem a imposição de conhecimentos científicos adquiridos na universidade. Dessa troca de conhecimentos poderá emergir uma forma de saber eficiente e o desenvolvimento de uma consciência crítica para a melhoria da saúde em geral (MALAQUIAS & ROSAS, 2010).

Visto a importância da realização de ações educativas na gestação, período esse em que o corpo da mulher passa por diversas mudanças onde há a necessidade de informações quanto ao ciclo gravídico - puerperal, contribuindo para a diminuição das tensões, medos e desmitificações de tabus. Deparou-se com a seguinte problemática, qual a importância das ações educativas durante o pré-natal para as gestantes?

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo com natureza exploratória e abordagem quali-quantitativa. O presente estudo foi realizado em duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família no Município de Parnaíba-PI, localizadas em

dois bairros divergentes, com condições socioeconômicas diversificadas, a fim de aproximar-se da realidade situacional de cada gestante. Vale ressaltar que dentre as duas estratégias de Saúde da família participantes da pesquisa, apenas uma apresentava cronograma de atividades educativas voltadas para o pré-natal a outra equipe trabalhava com atividades aleatórias sem programação previa. A amostra foi composta por 17 gestantes. O estudo teve como critério de inclusão as gestantes vinculadas as ESF e que aceitaram, espontaneamente, participar da pesquisa no período referido. Foi utilizado como critério de exclusão as que optaram por não participarem do estudo.

A pesquisa foi feita através de visitas as unidades básicas de saúde, onde foi realizada a captação das gestantes participantes do estudo.

As entrevistas com as gestantes foram realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, em uma sala cedida pela gerente, onde propiciou um ambiente reservado, com duração em média de 10 min cada entrevista, onde as mesmas foram convidadas verbalmente pela pesquisadora a participar do estudo, das quais receberam informações detalhadas sobre a pesquisa, onde também foram informadas que caso optassem por desistir da entrevista, teriam liberdade de recusar-se ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Os dados foram obtidos por meio de falas das gestantes, através de uma entrevista semiestruturada, utilizando-se questões abertas, com auxílio de um gravador de áudio, a fim de reproduzir adequadamente as respostas, e garantir maior veracidade ao relato original, além de possibilitar uma investigação ampla, maior interação com o sujeito, aspectos estes necessários para o enriquecimento da pesquisa. O roteiro de entrevista consistia em perguntas fechadas e abertas relativas ao tema pesquisado.

Preservando os aspectos éticos, relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos, a qual atende a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que exige o respeito à dignidade humana. As entrevistas e gravações com as gestantes, somente foram realizadas, mediante aceitação e autorização da participante, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido onde as mesmas foram orientadas pela pesquisadora, quanto aos objetivos do estudo, aos dados a serem coletados e os procedimentos da coleta, com finalidade apenas de divulgação para o meio científico.

Este presente estudo foi encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da UESPI, o qual foi aprovado, com parecer de número 922.379, por estar de acordo com as normatizações da Comissão Nacional de Ética de Pesquisa - CONEP.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 17 gestantes participantes do estudo, cinco estavam na faixa etária de 14 a 25 anos e doze tinham mais de 25 anos. Em relação ao estado civil, sete eram casadas, quatro estavam em uma união estável e seis solteiras. Com relação à escolaridade, seis apresentavam o ensino médio incompleto, quatro o ensino fundamental incompleto, quatro o ensino médio completo e três entrevistadas o ensino superior incompleto. A ocupação das gestantes foi diversificada, seis do lar, quatro estudantes, duas domésticas e as demais, serviços gerais, auxiliar administrativa, merendeira, auxiliar de dentista e uma referiu estar desempregada. A renda mensal familiar apontada foi a maioria de um salário mínimo, duas referiram mais de dois salários, as demais menos de um salário. Em relação à evolução gestacional, cinco gestantes estavam no primeiro trimestre, nove no segundo e três no terceiro

Com relação a educação em saúde e sua importância, a maioria das entrevistadas mostrou-se consciente sobre a importância dessas atividades no contexto gestacional, grande parte das participantes do estudo associaram as atividades educativas a momentos oportunos para o esclarecimento de dúvidas durante a gestação que muitas vezes não se consegue elucidar durante as consultas de pré-natal. Silva (2001) realizou um estudo com 455 puérperas internadas no alojamento conjunto de um Hospital Universitário do Estado do Paraná, os resultados mostraram que 98% das puérperas participaram do pré-natal, dentre elas, 42% não haviam recebido nenhuma orientação sobre aleitamento materno e 46% ficaram sem orientação sobre o trabalho de parto. O estudo enfatiza, de acordo com esses dados, a necessidade de programas com atividades multidisciplinares que promovam orientações sobre o período gravídico-puerperal.

Segundo Souza & Marcon (2011) a gravidez é uma fase de mudanças tanto física como psicológica, trazendo consigo modificações que influenciam no cotidiano da mulher e família/comunidade, que mobiliza ansiedades e fantasias muitas vezes distorcidas, além de ser permeada por muitos mitos e crendices. Portanto, torna-se imprescindível trazer à tona o esclarecimento destas mudanças com vistas a aumentar a segurança e a satisfação da mulher.

Ao serem questionadas sobre a importância da realização das ações educativas, citaram também como um momento de troca de experiências e informações com outras gestantes.

“Tem os encontros, eu acho que é muito importante, porque você troca informações com as outras gestantes, quanto mais informações você tem, melhor”. (Camélia)

Tal relato também foi encontrado em uma pesquisa realizada por Silva *et al.*,(2015) onde as gestantes apontaram como ponto importante da participação em atividades educativas a oportunidade de compartilhar experiências positivas e negativas com outras gestantes foi um item considerado importante para o fortalecimento como mulheres e para elevação da autoestima. A interação entre as pessoas quando vivenciam as mesmas experiências é, na maioria das vezes, proveitosa.

Souza *et al.*(2005) afirma que se o trabalho educativo realizado com grupos é apontado como fundamental para o atendimento das complexidades existentes nos processos de educação em saúde e promoção da saúde. Isso se dá em grande parte devido à troca de experiências e consequente produção coletiva do conhecimento, além de permitir a promoção de uma reflexão acerca da realidade que o indivíduo está inserido.

Na área da saúde, o grupo é uma constante tanto no convívio dos profissionais enquanto equipe, quanto no papel de instrumento terapêutico ou de capacitação/desenvolvimento de pessoas. Por isso, torna-se importante a formação de profissionais aptos a lidar com os fenômenos grupais, que tenham sua prática embasada em referencial teórico-prático consolidado (MOTTA *et al.*2007). A criação de um espaço para trocas de experiências e vivências no campo grupal se configura em condição indispensável para a mobilização dos estereótipos de cada um, o que ajuda cada participante a enfrentar as situações de mudanças geradas por um certo grau de distorções e medo, uma vez que tende a “re-significar” suas vivências através do reconhecimento dos outros e de si. (SARTORI; VAN DER SAND, 2004)

As gestantes também foram questionadas sobre a importância que elas atribuíam ao pré-natal:

“Eu acho muito importante né? Para saber se o bebê “tá” bem, saudável sabe?”. (Orquídea)

“Para saber como anda nossa gravidez, como “tá” o bebê, se “tá” bem e também prevenção de doenças”. (Girassol)

“É segurança que meu bebê vai nascer bem”. (Acácia)

Pode-se inferir pelos relatos das depoentes, que grande parte da amostra encontrava-se consciente quanto à importância do pré-natal e atribuíam a sua realização ao nascimento de uma criança saudável e a prevenção de doenças.

Os dados encontrados na pesquisa estão em consonância com um estudo realizado por Sebastião, Sônia (2008) sobre o significado e a importância do Pré-Natal na opinião de gestantes, foi observada a intensa preocupação com o nascimento de uma criança saudável, estando a atenção voltada, primordialmente, para o bebê. Foram destacados pelas entrevistadas os aspectos: saber a condição de saúde do filho e da mãe e a possibilidade de se prevenir doenças e complicações para ambos.

## CONCLUSÃO

A educação em saúde realizada durante o período gravídico é essencial para a vigilância das principais intercorrências gravídicas bem como auxílio na construção de novos conceitos de promoção da saúde dos indivíduos.

Durante a realização deste trabalho, pode-se identificar que as gestantes compreendem a importância destas atividades no pré-natal e atribuem a elas significado positivo para um bom seguimento da gestação. Porém, evidenciou-se que ainda existe uma grande defasagem durante a realização destas atividades.

É necessário que os profissionais e gestores busquem soluções que venham diminuir a diminuição do público em atividades educativas, procurando minimizar os entraves que foram listados como fatores impeditivos para a participação, sendo eles a falta de divulgação e horário das atividades. Dessa forma, entende-se que as práticas educativas devem possibilitar a participação ativa dos indivíduos envolvidos e serem essenciais para o desenvolvimento de condições que levem à promoção da saúde dos usuários, tanto na atuação do profissional individualmente quanto nas atividades em grupo.

Ainda neste contexto, notou-se que há a necessidade de implantar, implementar e intensificar o processo educativo às gestantes, permitindo assim que o conhecimento produzido sobre o processo gestacional seja aproveitado no tocante da promoção da saúde. Acredita-se que estas ações melhorariam a qualidade da atenção primária à saúde, e que consequentemente refletiriam positivamente nos indicadores de morbi/mortalidade materno-infantil.

Os conhecimentos produzidos neste estudo não esgotam a temática, tendo em vista ser uma questão pouco abordada pelas pesquisas referentes à saúde da mulher. Ainda existe a necessidade de mais estudos abordando a prática educativa realizada por enfermeiras e demais profissionais nos grupos de educação. Espera-se com este trabalho, fornecer uma contribuição para o fortalecimento da temática em questões, redução das lacunas existentes na literatura referente ao assunto e incentivar os profissionais a adquirirem novas condutas e direcionamentos com vistas a contribuir para a construção de novos conhecimentos acerca das ações educativas.

## REFERÊNCIA

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal**. Secretaria de Políticas de Saúde, Manual Técnico, 3ª edição, 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Brasília, 2006.
- DOTTO, L.M. G; MOULI, N.M; MAMEDE, M. V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 14, núm. 5, p. 682-688, 2006.
- MALAQUIAS, T.S.M. ROSAS, A.M.M.T.F. Reflexões sobre práticas educativas do enfermeiro no Programa Saúde da Família. VOOS **Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade de Guairacá** [Internet], Caderno de Ciência da Saúde, v.02, n.01, p.03-23, jul., 2010.
- MOTTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B.; LEAL, M. L.; MEDEIROS, M.; NUNES, F. C. As trilhas essenciais que fundamentam o processo e desenvolvimento da dinâmica grupal. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], v. 9, n. 1, p. 229-241. 2007.
- PEREIRA, ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1527-34, 2003.
- RIOS, CTF; VIEIRA, NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**; v.12, n.2, p.477-86, 2007.
- SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p:153-165, 2004.
- SEBASTIÃO, J.H.D; SÔNIA, M.O.A.O. Significado do Pré-Natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde Soc**, v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008.
- SILVA, A.L.S; NASCIMENTO, E.R; COELHO, E.A.C; NUNES, I.M. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. **Rev Cubana de enfermagem**, v.30, n.1,2014.
- SILVA, R. Um curso para gestantes. [monografia]. Curitiba: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2001.
- SOUZA, A. C.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 26, n. 2, p. 147 – 153. 2005.
- SOUZA, V.B; ROECKER, S; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]; v.13, n.2, p.199-210, 2011.

## AGRADECIMENTOS

Inserir os agradecimentos às pessoas, entidades e/ou agências de fomento ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## HEPATITES VIRAIS: AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO NO CEARÁ

Léa Maria Moura Barroso Diógenes<sup>1</sup>, Nadja Maria Pereira de Deus Silva<sup>2</sup>, Danielle Martins Rabelo Gurgel<sup>2</sup>, Louanne Aires Pereira<sup>2</sup>, Telma Alves Martins<sup>2</sup>, Ana Neta Alves<sup>2</sup>

1. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia e Inovação na Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

2. Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de saúde do Estado, Fortaleza - Ceará-Brasil.

E-mail: nadja.dedeus@gmail.com

Palavras-chave: Promoção da saúde. Hepatite viral. Diagnóstico precoce.

### INTRODUÇÃO

As hepatites virais são infecções que ocorrem no fígado, ocasionadas por diversos vírus que possuem características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. Os mais expressivos são o vírus da Hepatite A (HVA) e E (HEV) que são de transmissão oral-fecal e os vírus B (HBV), C (HCV) e D (HDV) que podem ser transmitidos através do sangue, da relação sexual e transmissão vertical (BRASIL, 2017a).

Atualmente, as Hepatites são consideradas um problema de saúde pública, principalmente, pela infecção do vírus HBV e HCV, que podem evoluir para a forma crônica da doença, desenvolvendo cirrose hepática e suas complicações, além de carcinoma hepatocelular (BRASIL, 2017a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), há no mundo, cerca de 325 milhões de pessoas vivendo com a infecção crônica do vírus B ou C, e apenas 1,7 milhão, estavam em tratamento para hepatite B e, 1,1 milhão iniciaram tratamento para HCV no ano de 2015. No mesmo ano, ocorreram 1,34 milhão de mortes por hepatites virais. A maioria destes óbitos se deu pela infecção crônica do fígado com

720.000 mil relacionados à cirrose hepática e 470.000 mil, devido ao câncer no fígado (OMS, 2017).

No Brasil, no período de 1999 a 2016 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 212.031 casos de hepatite B e 182.389 casos de hepatite C, destacando-se a região sudeste com maiores proporções do vírus B e C (BRASIL, 2017b). No Ceará, no período de 2007 a 2016 foram notificados no SINAN, para hepatite B e C, 1.900 e 2.020 casos, respectivamente (CEARÁ, 2016).

As principais medidas de controle das hepatites virais de transmissão sanguínea e sexual, constituem-se na adoção de medidas de promoção, que visam ações educativas alertando a população para os riscos da doença, maneiras de contágio e formas de prevenção com o incentivo ao uso do preservativo nas parcerias sexuais, o não compartilhamento de objetos contaminados como lâminas de barbear e de depilar, escovas de dente, alicates e acessórios de manicure e pedicure, agulhas, seringas e instrumentos para uso de substâncias injetáveis, inaláveis (cocaína) e pipadas (crack), além de ações que envolvem o diagnóstico precoce e o acompanhamento e tratamento da doença (BRASIL, 2017).

Dentre as medidas de prevenção do HBV e do HAV temos a imunização como estratégia de maior controle da doença. O imunobiológico contra o vírus B é constituído de antígenos de superfície do vírus, com eficácia em cerca de 90% dos adultos e 95% das crianças e adolescentes. Em relação a vacina contra o vírus A tem demonstrado eficácia de 99% de soroconversão na administração de uma dose em indivíduos inicialmente soronegativos. A vacina pode ser administrada nas crianças a partir dos 15 meses até 4 anos, 11m e 29 dias (BRASIL, 2017).

Contudo, o diagnóstico precoce e preciso das hepatites virais, permite um tratamento adequado impactando diretamente na qualidade de vida do indivíduo e, conseqüentemente, impedindo que o mesmo desenvolva complicações a longo prazo, reduzindo custos para a saúde e o risco de óbito para o paciente. Uma ferramenta importante no diagnóstico oportuno da hepatite B e C é a ampliação do acesso ao teste rápido (TR), que possui inúmeras vantagens: fácil manuseio, resultado imediato, sem necessidade de estrutura laboratorial para utilização, entre outras (BRASIL, 2015).

De acordo com 63ª Assembleia Mundial de Saúde realizada em 2010, foi definido o dia 28 de julho como o Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais e o mês de julho reconhecido na intensificação de ações de controle deste agravo.

Assim, no decorrer do processo de trabalho no núcleo de vigilância epidemiológica (NUVEP) da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA), a equipe técnica do grupo de trabalho (GT) de IST, Aids e Hepatites virais percebeu a importância de realizar ações que visem divulgar e dar maior visibilidade às hepatites virais, visto que esse agravo é um preocupante problema de saúde pública para o nosso estado.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência da campanha de mobilização “Julho Amarelo” para promoção, prevenção e tratamento das Hepatites virais crônicas no Estado do Ceará durante o mês de julho de 2017.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência sobre as atividades realizadas no mês de julho de 2017 com alusão Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais - “Julho Amarelo” desenvolvidas pela Coordenadoria de Promoção e Proteção a Saúde do Ceará (COPROM) da SESA, por meio NUVEP e do Núcleo de Imunização (NUIMU), em parceria com a Coordenação de IST/Aids e Hepatites Virais de Fortaleza e a Organização Não Governamental (ONG) ABC VIDA, objetivando intensificar a promoção, prevenção e o controle das Hepatites Virais no Estado com o desenvolvimento de ações locais de ampliação da vacinação para a hepatite B e a oferta dos testes rápidos para hepatite B e C.

Após a participação na videoconferência realizada pelo Ministério da Saúde para definir as ações do Julho Amarelo e o início do dia D de imunização contra hepatite B para todas as idades, instituída em 2016, iniciamos a construção do plano estratégico para viabilizar a campanha no nosso estado.

O primeiro momento se deu a partir da sensibilização dos municípios com o envio de um ofício circular com orientações e sugestões a fim de esclarecer, apoiar e conscientizar sobre a importância da adesão dos municípios na campanha.

Como forma de apoio, garantimos a distribuição dos insumos necessários, vacina e teste rápido de hepatites, de acordo com a demanda de cada município. Para que a logística de distribuição acontecesse da forma adequada, foi disponibilizado um formulário de mobilização preenchido, de acordo com a programação por município e um formulário pós-mobilização reenviado com os resultados das ações.

A fim de garantir o cuidado integral dos usuários, foram preestabelecidos fluxogramas de atendimento aos usuários com resultados reagentes nos TR, nos serviços de referências no atendimento para hepatite virais.

Apesar de descentralizar as ações com a finalidade de garantir a mobilização de todo o estado, é válido ressaltar que, foram intensificadas as ações na capital em todo o mês de julho, executadas em parceria, SESA, SMS e ONG, com a oferta de teste rápido e vacina em locais públicos como praças, universidades e locais de ampla circulação de pessoas, divulgação em mídias sociais, rádios e televisão. Visando garantir suporte aos profissionais, utilizamos como estratégia a telessaúde por meio de webpalestra para atualização e discussão acerca da situação do agravo no estado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Das 22 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) do estado, 19 programaram mobilizações, contabilizando 82 municípios envolvidos nas ações. Foram distribuídos 40.175 testes para hepatite B e 39.000 testes para hepatite C.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a maioria das pessoas infectadas não conhecem sua condição sorológica o que favorece a transmissão da infecção, dificultando o controle e combate da doença no País, tornando-a um grave problema de saúde pública. Ampliar a testagem sorológica é uma estratégia fundamental para reverter esse contexto (BRASIL, 2008).

Além da oferta do teste rápido, foram aplicadas 7.546 doses da vacina contra a hepatite B e 2.305 doses da vacina contra hepatite A além de ampla divulgação do Julho Amarelo em rádios, escolas, estádio de futebol, sala de espera na unidades de saúde entre outros. É válido ressaltar que as atividades educativas estimulam a participação nas testagens, assim como, conscientizam a população da necessidade de conhecer sua condição sorológica para tratamento adequado e evitar possíveis transmissões (BRASIL, 2008).

Dos hospitais terciários, três intensificaram a oferta do teste rápido e, seis mobilizações foram realizadas em espaços públicos na capital do estado. Os TR para hepatites estavam disponibilizados desde 2011 no estado, contudo, apenas a partir da 1ª Oficina de estratégias de ampliação do uso e distribuição dos Testes Rápidos pelo Ministério da Saúde, em 2017 houve a possibilidade de distribuição de um número considerável de teste que atendesse a demanda dos municípios.

De acordo com o Manual de diagnósticos das Hepatites virais (BRASIL, 2015) os testes rápidos para hepatites devem ser disponibilizados em programas do MS como rede cegonha, PSF, consultório de rua, populações vulneráveis para hepatite B e C como: homens que fazem sexo com outros homens, profissionais do sexo, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, pessoas com 45 anos ou mais, que realizaram transfusão, transplante, compartilhamento de material de injeção e/ou em uso de hemodiálise.

Contabilizamos o resultado de acordo os formulários preenchidos pelos municípios após a mobilização, de 53 municípios somados aos três hospitais terciários e as seis mobilizações realizadas. No total foram ofertados 12.182 testes para hepatites B com 18 resultados reagentes e 12.583 testes para hepatite C com 21 testes reagentes. Segundo dados do Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB), de janeiro a junho a média mensal de testes realizados para hepatite B e C foram de 2.742 e 2.515 respectivamente. No mesmo período foram identificados 23 testes reagentes para HBV e 31 para HCV. Dessa forma observamos que em um mês foram realizados 4 vezes mais testes comparado a média mensal para hepatite B e 5 vezes a mais para hepatite C.

Em relação aos casos reagentes identificamos aproximadamente 5 vezes a mais comparado a média mensal para os dois agravos.

As vantagens da ampliação da testagem devem repercutir ao longo do tempo no Programa de Prevenção e Controle das Hepatites Virais, como observado no estudo que constatou a correlação positiva entre o aumento da cobertura de sorologia e o número de notificações no Sinan, assim como uma redução na relação notificações-exames. Isto implicou a queda da taxa de detecção. A redução da taxa de detecção de portadores aponta para algum problema de comunicação ou de estratégia de busca, em que a população-alvo não está sendo atingida pelo Programa como deveria (COELHO et al., 2015; MARQUES & CARVALHEIRO, 2017).

Alguns municípios que não tiveram a oportunidade de realizar a intensificação em julho, enviaram os formulários de mobilização para serem executados em agosto, mostrando o interesse conjunto no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção..

As campanhas devem ser direcionadas aos aspectos não só de prevenção, mas principalmente de promoção da saúde. Estudo que objetivou analisar se as estratégias de comunicação do Ministério da Saúde brasileiro estão voltadas para a promoção da saúde ou orientadas para a prevenção de doença, constatou que a promoção da saúde como alvo e direcionamento não foi o foco da maioria das campanhas, denotando que a comunicação das campanhas no período analisado esteve mais vinculada à prevenção de doenças do que à promoção da saúde (VASCONCELOS; OLIVEIRA-COSTA; MENDONÇA, 2016).

## CONCLUSÃO

A mobilização do Julho Amarelo possibilitou sensibilizar profissionais de saúde e usuários quanto à temática envolvida dando visibilidade em todo o Estado. O planejamento e a execução do plano de ação de forma intersetorial facilitou o desenvolvimento das ações e garantiu que as mesmas fossem alcançadas de forma satisfatória.

Percebeu-se que o envolvimento dos municípios aproximou os profissionais de saúde aos usuários que apresentaram o resultado reagente garantindo que a integralidade do atendimento fosse alcançada, além de trazer aos serviços uma prática de busca ativa aos possíveis casos silenciosos da infecção observada no aumento dos pedidos de testes para a rotina no mês de agosto.

A realização de capacitação online através do telessaúde possibilitou alcançar os profissionais de diversos locais do estado, tendo uma boa adesão a essa ferramenta, quebrando a barreira da distância física e dando a oportunidade de trocas de experiências e alinhamento das ações de prevenção e controle do agravo.

Identificou-se neste relato de experiência que ações intensificadas de promoção e prevenção das hepatites virais podem contribuir para o diagnóstico precoce das hepatites e assim garantir o acesso ao tratamento e prevenir complicações, além de promover o conhecimento sobre a doença e prevenir sua infecção. Após esta mobilização, também foi possível o Ceará sensibilizar os profissionais para iniciar a rotina do uso dos testes rápidos das hepatites nos municípios.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites Virais: O Brasil está atento**. 3 ed. Brasília, 2008
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 1. ed. atual. Brasília, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. V. 48, n 24. Brasília, 2017b.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/

Aids e das Hepatites Virais. **1º Oficina de estratégias de ampliação do uso e distribuição dos testes rápidos HIV, Sífilis e hepatites virais.** Brasília, 2017a.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Grupo de Trabalho IST, HIV/Aids e Hepatite Virais. **Boletim Epidemiológico.** Ceará, 2016

COELHO, D.M.; FARIAS, N.; CAMIS, M.C.R.S. Programa de Hepatites Virais no estado de São Paulo, 2000-2015. **BEPA.** 2015;n.12, v.141, p:25-34.

MARQUES, C. C. A.; CARVALHEIRO, J. R. Avaliação da rede de diagnóstico laboratorial na implantação do Programa de Prevenção e Controle das Hepatites Virais no estado de São Paulo, 1997-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2017, vol.26, n.3, pp.513-524.

OMS. World Health Organization. **Global Hepatitis Report 2017.** Geneva: World Health Organization; 2017. 83p.

VASCONCELOS, W. R. M.; OLIVEIRA-COSTA, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Promoção ou prevenção?** Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.** 2016 abr.-jun.; v.10, n.2, p.1-11.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Universidade de Fortaleza e a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará pelo incentivo à Pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SAÚDE E PROSTITUIÇÃO – PREVENÇÃO DAS IST/HIV/AIDS PARA PROFISSIONAIS DO SEXO

Germana Maria da Silveira<sup>1\*</sup>, Samy Loraynn Oliveira Moura<sup>2</sup>

1. Mestranda do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará- Brasil.

2. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – UVA, Sobral – Ceará – Brasil.

Email: germanasilveira@hotmail.com

Palavras-chave: Mulheres em situação de prostituição. IST/HIV. Educação em saúde.

### INTRODUÇÃO

As chamadas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) compreendem um conjunto de infecções distintas que têm em comum o fato de serem transmitidas pelo contato sexual e constituem um dos principais determinantes de carga de doença das populações. Mesmo com o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e de tratamento, as IST continuam atingindo um grande número de pessoas, especialmente as mulheres, pelo fato de que muitas das IST não apresentam sintomas na população feminina (BALDINDAL POGETTO, SILVA E PARADA, 2011).

De acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, a população mais vulnerável à infecção por IST/HIV é a de: em mulheres em situação de prostituição, homens que fazem sexo com outros homens, mulheres transgêneros, homens gays e usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2015).

A prostituição é um fenômeno social que existe há vários séculos, em cada momento histórico assume características distintas (MOREIRA; MONTEIRO, 2009). Tendo em vista as características específicas da atividade desenvolvida por trabalhadores do sexo, as IST/HIV/AIDS passaram a ser vistas como um risco ocupacional. (AQUINO; XIMENES; PINHEIRO, 2010).

O exercício da prostituição impõe comportamentos que as tornam as mulheres vulneráveis à aquisição de IST/ HIV, tais como: elevado número de parceiros sexuais, mantendo um grande número de coitos por dia, relações sexuais desprotegidas, além dos eventuais micro traumatismos vaginais, com provável perturbação do ecossistema vaginal, acrescida do risco decorrente do uso de substâncias químicas, como consumo de drogas ilícitas e de bebidas alcoólicas, assim como histórico de encarceramento, baixo nível educacional, barreiras em relação ao gênero e a marginalização socioeconômica (AQUINO et al., 2010).

A Região Nordeste do Brasil possui importante papel no cenário da prostituição e rota de tráfico internacional de mulheres. Devido à sua posição geográfica, essa região funciona como área fornecedora ou de trânsito para comercialização da prática sexual. Das 131 rotas internacionais do tráfico de mulheres, 40% incluem o nordeste do País. A cidade de Fortaleza tem sido considerada um grande centro de prostituição e de turismo sexual que funciona como uma forma de recrutamento para o tráfico na região Nordeste, além do tráfico para o exterior (MATOS et al., 2013).

Com relação à incidência das infecções transmitidas pelo sexo, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e AIDS, ainda são um grave problema de saúde pública (BALDIN, 2011).

### METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, utilizando-se a pesquisa-ação. Optou-se por utilizar esta modalidade metodológica, mediante as possibilidades de estratégias e a significativa participação dos pesquisados, que permitem a resolução de problemas e a construção social de conhecimento por meio da interação entre os que estão imersos no contexto da pesquisa (THIOLLENT, 2011). A pesquisa foi desenvolvida entre o período de março a julho de 2016, no município de Sobral-CE, mais especificamente na Associação Sobralense das Trabalhadoras do Sexo-ASTRA.

A cidade de Sobral está localizada na porção noroeste do Estado do Ceará, a 240 km da capital Fortaleza, por via da BR-222. No setor saúde constitui referência para toda Zona Norte do estado, sendo considerado Pólo Assistencial da Região (IBGE, 2010).

ASTRA- surgiu em 2000 com o intuito de lutar por uma melhor qualidade de vida, bem como desenvolver trabalhos contra a exploração sexual infantil. A Associação promove diversas atividades, como: oficinas, projetos, palestras, seminários, cursos, produção de material informativo, distribuição de preservativos e trabalho de educação em saúde, além de fiscalizar e denunciar os locais de prostituição infanto-juvenil (SOBRAL, 2015).

Participaram da pesquisa mulheres em situação de prostituição, cadastradas na ASTRA que contabiliza 150 mulheres como profissionais do sexo no município, sendo também identificadas 36 casas de prostituição, a maioria localizando-se nos bairros da periferia e três no centro da cidade (SOBRAL, 2015).

Para a seleção dos sujeitos utilizou-se critérios de inclusão, que permitam uma seleção condizente com a pretensão da pesquisa: Ter idade igual ou superior a 18 anos, cadastradas na ASTRA, que estejam trabalhando como profissional do sexo por um período igual ou superior a 06 meses e concordar em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Serão excluídas da amostra as Mulheres em Situação de Prostituição que apresentarem sinais de embriaguez ou sobe efeito de drogas ilícitas.

A escolha por esses sujeitos ocorreu devido à necessidade de conhecer a partir da visão dessas mulheres os motivos que dificultam a realização das práticas preventivas para IST/HIV/AIDS.

As informações foram produzidas de março a julho de 2016, por meio da observação participante, diário de campo, filmagens de imagem por vídeo e as etapas do Círculo de Cultura.

Os seis Círculos de Cultura aplicados seguiram as etapas do método teórico de Paulo Freire, adaptando-os ao alcance dos objetivos propostos: descoberta do conhecimento prévio, seleção das palavras dentro do contexto das mulheres, criação de situações existenciais típicas do grupo e elaboração de casos para auxiliar no diálogo e possibilitar a (des) construção e (re)construção do novo conhecimento. Cada Círculo ocorreu mediante três momentos: no acolhimento, realizou-se a descoberta do universo vocabular das mulheres, com técnicas grupais do tipo modelagem, pintura, desenhos, jogo das DST/aids, vídeos.

Foram realizados seis Círculos de Cultura, com o intuito de efetivar o diálogo sobre HIV/aids, os quais foram intitulados: Conhecendo o viver das prostitutas; Vulnerabilidade das mulheres em situação de prostituição ao HIV/aids; A relação da aids com as drogas; Conversando sério sobre a prevenção do HIV/aids; O que aprendemos sobre aids?; Síntese do que foi vivenciado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo dos círculos, ficou evidenciado o pouco conhecimento do grupo com relação ao tema, o que motivou o planejamento de outros círculos no sentido de consolidar o conhecimento acerca do IST, HIV/aids, por meio de atividades lúdicas que permitissem aos participantes socializar o conhecimento apreendido nos círculos anteriores. E o sexto e último círculo foi uma retrospectiva de todos os círculos feita pelas participantes através de uma pintura.

Quanto à AIDS, estudos semelhantes trabalharam a prevenção do HIV/aids com mulheres em situação de prostituição e discutiram estas mesmas questões tratadas com as mulheres deste estudo: a diferença entre o HIV e a aids, as doenças oportunistas, as formas de transmissão e prevenção, os mitos e tabus, os testes para diagnóstico, a origem desta doença, enfim, assuntos pertinentes à temática do HIV/ aids que depois se afunilavam para cada população específica estudada (LUNA, *et al* 2013).

Evidenciou-se que abordar a temática IST e HIV/ aids para essas mulheres é muito complexo, principalmente porque é um assunto que envolve a intimidade delas. No entanto, procurou-se utilizar artifícios dinâmicos e lúdicos, aproximando assim, da realidade delas, para que se sentissem à vontade e participassem de forma espontânea, sem medos e vergonha das companheiras, a fim de que, ao final, todos construíssem conhecimentos de forma coletiva.

Os jogos educativos também foram utilizados neste estudo, a exemplo do jogo estilo dominó, do Projeto aids: educação e prevenção, também utilizado por outro autor, em seu estudo com adolescentes, que corrobora este como estratégia de educação em saúde para prevenção de DST/HIV/aids por haver favorecido o fenômeno educativo, mediante o consórcio entre informação, debate, reflexão, influência recíproca e participação grupal (LUNA, *et al* 2013).

Os círculos de cultura favorecem o desenvolvimento da autoconfiança da mulher prostituta e fomentam a denúncia e o questionamento de percepções depreciativas associadas a essa prática social e às mulheres que dela se ocupam. Tais ações educativas e culturais são caracterizadas pelo uso de diferentes linguagens e recursos artísticos (música, artes visuais, teatro, expressão corporal, dança, etc), pela busca de articulação intersetorial e emprego de metodologias face-a-face que favorecem vínculos de confiança e amizade entre as pessoas participantes.

Assim, ensinar e aprender não podem ocorrer fora da procura, fora da boniteza e da alegria. A prática educativa é tudo isso: afetividade, alegria, capacidade científica, domínio técnico a serviço da mudança ou, lamentavelmente,

da permanência do hoje. A educação que potencializa o cuidar deve estar incorporada à prática da enfermagem, pautada em prol da melhor qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, identificaram as reais situações de risco e de vulnerabilidade que se encontram nessas mulheres, como também foram mostradas diversas atividades de educação em saúde desenvolvidas com elas, e para elas que facilitaram o processo de tomada de consciência acerca das IST/aids nesta população específica. Com a ajuda das participantes, traçou-se uma proposta educativa para ser utilizada em outros grupos como trabalho preventivo.

Em alusão à obra de Paulo Freire e Ira Shor (1986), em que os autores analisam o cotidiano do professor, é possível observar que o cotidiano das prostitutas, assim como o dos educadores, também é marcado por medo e ousadia. Confiar desconfiando é um movimento traçado por essas mulheres que se encontram numa constante busca por equilíbrio entre o medo que resulta da percepção de riscos relativos à prestação de serviços sexuais e a ousadia em vivenciar novas experiências (obter renda necessária para adquirir independência financeira, possuir múltiplos parceiros sexuais, viajar, conhecer novas pessoas e lugares, dentre outras). Destarte esse movimento não deve ser interpretado como forma de imobilismo, mas sim como estratégia empregada por essas mulheres com intuito de apreender as intenções das pessoas que delas se aproximam e as consequências das interações estabelecidas em contextos de prostituição.

## REFERÊNCIAS

AQUINO PS, XIMENES LB, PINHEIRO AKB. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. *Enfermagem em Foco* 2010; 1(1):18-22.

BALDIN-DAL POGETTO, Maíra Rodrigues; SILVA, Márcia Guimarães; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em Mulheres trabalhadoras do sexo, em um município do interior paulista, *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 19, n. 3, p. 493-499, June 2011 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Políticas Para As Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico: características da população e dos domicílios. Resultado do Universo, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/>

LUNA IT, Costa AGM, Costa MS, Alves MDS, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Conhecimento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes em situação de rua. *Ciênc Cuid Saúde [Internet]*. 2013 [cited 2014 Feb 13]; 12(1):346-55. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18693>

MOREIRA, ACA. Intervenção educativa para melhoria do conhecimento, atitude e prática do cuidador domiciliar de idosos 146 f. Tese (Doutorado) –Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, 2015.

SOBRAL. Secretária de Saúde. Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da AIDS. Sobral: Secretaria de Saúde, 2015.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a coordenadora e responsável pela Associação Sobralense das Trabalhadoras do Sexo – ASTRA pelo empenho e dedicação ao projeto, conquistando minha total admiração.

Agradecemos também a todas as mulheres em situação de prostituição que participaram ativamente desta pesquisa. Sua contribuição aqui explicitada culminou com reflexões pertinentes sobre o processo de produção de saberes e práticas educativas que podem ser inovadoras e que tão bem contribuem para o discurso dialógico significativo no contexto da educação em saúde.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVO DE INFUSÃO CONTÍNUA NA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA: UMA PREOCUPAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

Nahyanne Ramos Alves Xerez<sup>1\*</sup>, Cicera Brena Calixto Sousa<sup>2</sup>, Caroline Muniz e Silva<sup>3</sup>, Joselany Áfio Caetano<sup>4</sup>, Julianna de Freitas Siqueira<sup>5</sup>

1 Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). Fortaleza, Ceará. Brasil. Apresentadora. Nahyalves-@hotmail.com

2- Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). Fortaleza, Ceará. Brasil. Brenacalixto4211@gmail.com

3- Enfermeira. Bolsista do núcleo de vigilância epidemiológica da secretaria de saúde do estado do Ceará. joselany@ufc.br

4- Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade Federal do Ceará. Colaboradora. munizesilva@hotmail.com

5-Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFC). Docente da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza. Fortaleza, Ceará. Brasil. juliannasiqueira@gf.edu.br

E-mail: Nahyalves-@hotmail.com

Palavras-chave: Infusão Contínua. Qualidade de Vida.

### INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas são agrupadas em mais de duzentos tipos, cada um deles apresentando características específicas e comportamentos biológicos distintos, decorrentes de alterações genéticas que dão origem a células mutantes que adquirem autonomia no crescimento e possuem a capacidade de invadir outros tecidos. (BRASIL, 2008).

Atualmente o câncer é um importante problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, onde é esperado que, nas próximas décadas, o impacto da neoplasia na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (INCA, 2015).

A doença oncológica e o seu tratamento afetam o paciente de forma abrangente, repercutindo negativamente na sua qualidade de vida. Existem atualmente diferentes modalidades terapêuticas, sendo a mais comum feita através da administração de quimioterapia antineoplásica, que chega a ser utilizada em 60 a 70% dos pacientes necessitam desta terapia. Os avanços tecnológicos tornaram possível oferecer algumas formas de quimioterapia antineoplásicas com grande margem de segurança. Atualmente esta modalidade terapêutica é viabilizada graças à utilização de tecnologias em saúde como os cateteres totalmente implantados e a utilização de dispositivos de infusão contínua (BONASSA; GATO, 2012).

Esse dispositivo possibilita administração contínua de medicamentos fora do ambiente hospitalar, o que representa uma grande vantagem na atenção ao paciente oncológico, uma vez que submetê-lo a internações frequentes pode agravar sua condição devido ao seu sistema imunológico muitas vezes deprimido. Os dispositivos de infusão contínua estão em uso clínico há mais de 20 anos, sendo largamente usados em hospitais e home care para a infusão de antineoplásicos, agentes antimicrobianos, analgesia, anestesia e para o controle da dor no pós-operatório (SKRYABINA; DUNN, 2006).

Não obstante a isso, estes dispositivos podem ser utilizados na administração de drogas sem a necessidade de internação, permitindo ao paciente ir para o seu domicílio e permanecer ao lado de sua família, realizando suas atividades cotidianas durante esse período. O que incrementa os benefícios quanto ao tratamento, uma vez que favorece a humanização do cuidado, mantendo o paciente no seu leito familiar.

De acordo com Michelone e Santos (2004) é sabido que a presença do câncer altera todos os aspectos da vida do indivíduo, acarretando profundas mudanças no modo de vida habitual, além de efeitos secundários quanto ao comprometimento da capacidade e habilidade para a execução de atividades da vida diária.

Diante desta realidade, pensar em tecnologias que proporcionem conforto, favoreçam o cuidado e melhorem a qualidade de vida destes pacientes passou a ser uma preocupação na assistência a esta clientela, visto que no campo da saúde, a qualidade de vida tem sido incorporada como um objetivo a ser alcançado.

Dessa forma, é importante investigar sobre a utilização de dispositivos de infusão contínua para administração de antineoplásicos, uma vez que permitirá a ampliação dos conhecimentos acerca desta realidade, conhecer sobre os benefícios da utilização desta tecnologia, bem como limitações por hora vivenciadas.

Neste presente estudo objetivou-se caracterizar os pacientes oncológicos que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos; verificar os benefícios da utilização do dispositivo de infusão contínua na administração de antineoplásicos.



## METODOLOGIA

Trata-se de um recorte de uma dissertação de mestrado que investigou sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos que utilizam o dispositivo de infusão contínua. Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa.

A pesquisa quantitativa investiga atributos mensuráveis de um fenômeno, além de sua predominância, incidência e tamanho. O pesquisador quantifica, descreve e classifica o fenômeno investigado e, além de observar e descrever pode aprofundar a investigação de outros fatores com os quais o problema possa estar relacionado, obtendo, assim, uma pesquisa exploratória (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O estudo foi realizado no período de abril a julho, com 28 pacientes em tratamento antineoplásico com a utilização de dispositivo de infusão contínua, de uma operadora de plano de saúde, em Fortaleza, Ceará. Os dispositivos de infusão portáteis são financeiramente cobertos pelos convênios ou seguro-saúde, devido ao seu custo ser mais baixo do que os gastos com a hospitalização.

A coleta de dados ocorreu através de visita domiciliar com aplicação de questionário estruturado e aplicação do questionário de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref, que é composto de 24 facetas e avalia quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Fleck et al (2000b), esclarecem as facetas pertencentes a cada domínio, sendo elas: Domínio físico: Dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho. Domínio psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião e crenças pessoais. Relações sociais: Relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual. Meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente do lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima); transporte.

Os dados foram analisados com auxílio de um software estatístico STATA. Aplicou-se o coeficiente Alfa de Cronbach, para avaliação da consistência interna das respostas, o teste de igualdade de médias Wilcoxon para dados pareados e o teste de Qui-quadrado de Tendência linear. A correlação dos domínios foi feita através do coeficiente de Correlação Linear de Spearman.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o número 243.289. Ressalta-se que em toda a pesquisa houve o cumprimento da resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, órgão vinculado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 28 pacientes, a maioria mulheres (53,6%), com faixa etária entre 51 a 60 anos (32,1%) e média de idade 58,2 anos, casadas (60,7%), católicas (67,9%), que exerciam atividade laboral (71,5%). A neoplasia maligna mais frequente foi a de cólon e reto (57,2%), já com metástase (53,6%) hepática para a maior parte da amostra. O tempo de diagnóstico da doença foi de até seis meses e acima de 18 meses para 35,7% da amostra, respectivamente.

O tratamento cirúrgico foi bastante empregado, sendo a colectomia a intervenção mais frequente (39,3%). Todos foram submetidos ao tratamento com antineoplásicos, sendo a maioria com intenção paliativa (57,1%). O protocolo mais utilizado foi o FOLFOX (67,9%); e os efeitos indesejados mais evidenciados foram os gastrointestinais como náuseas, vômitos, diarreia e mucosite em associação com fadiga (39,3%).

Considerando a avaliação da qualidade de vida no tocante ao uso do dispositivo de infusão contínua, o estudo mostrou que o domínio que obteve maior média foi o das relações sociais. Enquanto que o psicológico foi o de menor média. Os domínios mais afetados foram o físico e o psicológico; e os mais preservados foram as relações sociais e o meio ambiente.

Todos estes achados mostram que a doença oncológica afeta o paciente em muitas dimensões e que vários fatores combinados influenciam na avaliação e na percepção da qualidade de vida, desde o tipo de diagnóstico, idade, sexo, tratamentos e procedimentos realizados, efeitos indesejados, utilização de tecnologias, como o dispositivo de infusão contínua.

No tocante da utilização do dispositivo de infusão contínua, foi possível apreender que esta tecnologia favorece aspectos relacionados à independência, possibilidade de retorno ao lar, desempenho de atividades de vida diárias e laborais, fundamentais na manutenção do bem estar e da qualidade de vida dos pacientes e que estão relacionadas às facetas dos domínios com melhor avaliação, ou seja, relações sociais e meio ambiente. Porém, não está livre de aspectos negativos, que também vão influenciar de forma negativa na percepção de cada paciente, pelo medo do desconhecido, presença de um aparato no seu cotidiano, desconforto quanto à movimentação, relacionadas às facetas com avaliação mais prejudicada nos domínios físico e psicológico.

Esclarecer sobre a doença, os procedimentos, a ocorrência de efeitos indesejados, as modalidades de tratamento, bem como a indicação, uso, manuseio e limitações do dispositivo de infusão contínua, deve ser visto como meta para a enfermagem para que o paciente não se depare com uma situação tão desconhecida, diminuindo sua ansiedade e tranquilizando o paciente.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que é importante o empoderamento do assunto para o desenvolvimento de ações de enfermagem que esclareçam sobre os fatores contribuintes e prejudiciais relacionados à qualidade de vida dos pacientes oncológicos que utilizam dispositivo de infusão contínua para a administração de antineoplásicos, uma vez que algumas medidas podem ser realizadas com objetivo de preservar o bem estar e satisfação com a saúde desta clientela.

Conclui-se que a utilização do dispositivo de infusão contínua pode beneficiar os pacientes na manutenção das relações sociais e contato com o ambiente domiciliar, favorecendo assim a humanização do cuidado a esta clientela. Entretanto é importante orientar estes pacientes corretamente quanto ao uso destas tecnologias, uma vez que o contato com o desconhecido pode se tornar um fator negativo do seu uso.

## REFERÊNCIAS

- BONASSA, E. M. A; GATO M. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. São Paulo: Editora Atheneu, 4ª ed., 2012.
- BRASIL. Ministério da saúde. Instituto nacional do câncer. **Particularidades do câncer infantil**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteud> acesso em: 21 de janeiro de 2013.
- FLECK M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade devida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ci Saúde Coletiva**. v. 5, p. 33-8, 2000a.
- Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- MICHELONE A.P.C.; SANTOS, V.L.C.G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev Latino-amEnfermagem**.nov-dez; v. 12, n.6, p. 875-83, 2004.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem – Métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- SANTOS, E. M. M. Câncer colorretal: **Qualidade de vida em pacientes tratados com intensão curativa**. Dissertação (Mestrado) – Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2003.
- SKRYABINA, E. A; DUNN, T. S. Bombas de Infusão Descartáveis. **Sociedade Americana de Sistemas de Saúde**. v. 63, n. 13, p. 1260 - 68, 2006.
- BONASSA, E. M. A; GATO M. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. São Paulo: Editora Atheneu, 4ª ed., 2012.
- BRASIL. Ministério da saúde. Instituto nacional do câncer. **Particularidades do câncer infantil**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteud> acesso em: 21 de janeiro de 2013.
- FLECK M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade devida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ci Saúde Coletiva**. v. 5, p. 33-8, 2000a.
- Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- MICHELONE A.P.C.; SANTOS, V.L.C.G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev Latino-amEnfermagem**.nov-dez; v. 12, n.6, p. 875-83, 2004.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem – Métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- SANTOS, E. M. M. Câncer colorretal: **Qualidade de vida em pacientes tratados com intensão curativa**. Dissertação (Mestrado) – Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2003.
- SKRYABINA, E. A; DUNN, T. S. Bombas de Infusão Descartáveis. **Sociedade Americana de Sistemas de Saúde**. v. 63, n. 13, p. 1260 - 68, 2006.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus por planejar tão detalhadamente todas as etapas da minha vida e permitir o momento certo de concretizar esta meta!

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ATITUDES SEGURAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM DESAFIO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

**Pedro Holanda Souza Neto<sup>1\*</sup>, Francisco Clécio da Silva Dutra<sup>2</sup>, Antônia Sheila da Silva Costa<sup>3</sup>, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho<sup>4</sup>, Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire<sup>5</sup>, Patrícia Freire de Vasconcelos<sup>6</sup>**

1. Acadêmico do Bacharelado de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia AfroBrasileira (UNILAB), Acarape-Ceará-Brasil

2. Acadêmico do Bacharelado de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia AfroBrasileira (UNILAB), Acarape-Ceará-Brasil.

3. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil

5,6 Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia AfroBrasileira (UNILAB), Acarape-Ceará-Brasil.

Email: Sheila\_coelho1@hotmail.com

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Atenção Primária à Saúde, Clima de Segurança, Promoção do Cuidado Seguro.

### INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços, um dos principais desafios na promoção da saúde, vem sendo discutida amplamente devido aos índices alarmantes da ocorrência de eventos que causam danos às pessoas que usufruem do sistema de saúde, fato que vem provocando uma discussão mundial sobre a Segurança do Paciente (MENDES, 2009). Neste contexto, como uma das dimensões da qualidade, a Segurança do Paciente configura-se como prioridade na promoção do cuidado e ainda, como medidas de aperfeiçoamento da própria prática do cuidado (BONDEVIK, 2014). Essa discussão vem ocorrendo mundialmente e seu reflexo pode ser notado no Sistema Único de Saúde, onde está sendo despertada uma inquietação relacionada à qualidade dos serviços ofertados, dada a insatisfação da sociedade às más práticas de cuidados nos diversos serviços oferecidos nos pontos de atenção de atenção à saúde. Essas premissas nos conduzem a refletir sobre a necessidade de contínuos avanços dentro da prática profissional, principalmente no Estado do Ceará. Contudo, apesar da ampla divulgação da temática no âmbito hospitalar, sabe-se da existência de lacunas no que tange a temática na Atenção Primária à Saúde (OMS, 2012). No Brasil, isso não é diferente. Pouco se sabe, por exemplo, do quantitativo dos eventos adversos e tão pouco da incidência de riscos associados para a sua ocorrência, já que existe uma falsa percepção que na atenção primária o usuário está menos susceptível a práticas não seguras (PAESE, 2013). Logo, avaliar o clima de segurança nas instituições de saúde, em especial nas Unidades Básicas de Saúde, configura-se como uma ferramenta importante na avaliação da qualidade. Diante disso, faz-se necessário avaliar o comportamento seguro utilizando instrumentos de mensuração validados. Neste estudo, utilizou-se o *Safety Attitudes Questionary*, por ser uma das ferramentas mais sensíveis para avaliar atitudes de segurança individuais (CARVALHO, 2011). Diante da relevância da temática “atitudes seguras” para o avanço na promoção da saúde no Ceará, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o clima de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais na Atenção Primária à Saúde do município de Acarape-CE.

### METODOLOGIA

A pesquisa se caracteriza por uma investigação quantitativa do tipo avaliativa. Foi realizada em todas as Unidades de Atenção Básica do município de Acarape – CE. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 62445816.0.0000.5576). Os participantes da pesquisa foram todos os trabalhadores e profissionais de saúde inseridos nestas unidades, totalizando 55 participantes. As estratégias para imersão ao campo ocorreram previamente, mediante agendamento de visitas. Agendamentos para os dias de coleta dos dados foram negociados por ambas as partes, ou seja, de comum acordo. A caracterização das Equipes de Saúde da Família (ESF's), o nome das Enfermeiras responsáveis por cada equipe, bem como o endereço de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) foram documentados. Para avaliar o clima de Segurança das Unidades e das equipes foi aplicado o Questionário de Atitudes Seguras na versão Português/Brasil, adaptada do questionário original *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form*. O processo de adaptação transcultural da Língua Português/Brasil está descrito em outro estudo (CARVALHO, 2012). Este questionário é do tipo auto administrado, composto por 41 questões que objetivarão medir a percepção do clima de segurança, através de seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da unidade e do hospital, condições de trabalho

e reconhecimento de estresse. As respostas, a cada uma das questões, seguem uma escala Likert: de Discordo totalmente a Concordo totalmente e “não se aplica” (CARVALHO, 2012). O questionário foi entregue nas mãos dos profissionais e estabeleceu-se 15 minutos para respondê-lo. Foi esplanada a importância de sua participação e fornecido o termo de consentimento livre e esclarecido. Para a análise, foi utilizado o software SPSS 22.0, uma ferramenta computacional de suporte para organização dos dados coletados por meio da codificação, tratamento, armazenamento e gerenciamento do material, facilitando o processo de análise.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 55 pessoas de um total de 65 funcionários e profissionais das ESF's. Dez pessoas não puderam participar por estarem no período de férias trabalhistas ou afastadas por atestado médico. Dos 55 indivíduos, 50 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino. A pesquisa expôs o grande número de pessoas do sexo feminino prestando serviço nas unidades de saúde onde fora realizado o estudo. Esse dado pode ser explicado pelo fato de o setor saúde ser ainda uma área tradicionalmente “feminina”, o que corrobora com a grande mão de obra feminina na atenção primária (BRUSCHINI, 2007). Além disso, grande parte dos profissionais participantes da pesquisa foram Agentes Comunitários de Saúde, profissão que, historicamente, comporta elevado número de mulheres (FRAGA, 2011). Em relação à avaliação da execução de atitudes seguras através das análises do Questionário das Atitudes Seguras (*Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*), todas as afirmativas presentes nesse questionário são divididas em 6 domínios. Para que um dos domínios atenda as necessidades e corresponda a um padrão mínimo a cerca de uma atitude realmente segura, é necessário que o seu valor da Média atinja no mínimo a pontuação de

75 (CARVALHO, 2011). A percepção dos profissionais no que diz respeito ao clima de segurança foi diferente de acordo com cada domínio, contudo, nenhum dos domínios alcançou a pontuação igual ou maior a 75, que são considerados escores positivos para atitudes seguras (CARVALHO, 2011). O Domínio 3, relacionado à Satisfação no Trabalho, foi o que mais se aproximou ao número de escore positivo, com média de 74,78. Constatou-se que o menores escores ocorreram nos Domínio 6, que avalia Condições de Trabalho, com média de 44,75 e o Domínio 5, sobre Percepção da gerência da unidade, com média 45,02. Em relação aos escores dos seis domínios do instrumento SAQ, todos apresentaram valores menores que 75, ou seja, menores do que os recomendados pela literatura, e três dos seis domínios apresentaram valores menores que 60, o que indica a necessidade de realização de ações para a implementação de cultura de segurança na instituição (CARVALHO, 2011). A respeito do Domínio 1, Clima de Trabalho em Equipe, o escore médio alcançado nessa categoria foi de 66,59. Esse achado nos faz refletir sobre as inconstantes e delicadas relações interpessoais que estão presentes dentro de uma equipe de trabalho. São reflexos dessas delicadas teias a não cooperação interprofissional, a frustração com o serviço desempenhado aliadas à ausência de reconhecimento profissional (BARBOSA, 2016). A cerca do Clima de Segurança, Domínio 2, é analisada a percepção dos profissionais quanto ao compromisso na realização de boas e seguras práticas dentro do seu exercício profissional, ou seja, se os mesmos estão engajados com estratégias seguras voltadas ao cuidado do paciente (CARVALHO, 2011). Esse domínio alcançou um escore médio de 51,38. Estudo semelhante evidenciou esse domínio como sendo o de menor valor alcançado, sendo evidenciada a baixa percepção do clima de segurança em enfermeiros assistencialistas e técnicos de enfermagem (RIGOBELLO, 2012). Um estudo de revisão sistemática da literatura sobre a temática de segurança do paciente evidenciou que, na perspectiva da atenção primária à saúde, as falhas na comunicação foram citadas como os fatores contribuintes mais comuns para a ocorrência de incidentes e de erros (MARCHON, 2015). Assim sendo, podemos perceber que a cultura de segurança no trabalho, premissa que deve ser promovida e encorajada por líderes de saúde, deve incluir uma cultura organizacional que incentive a aprendizagem colaborativa, a comunicação, substitua a cultura de culpa, priorize estratégias e medidas direcionadas a segurança do paciente e ainda, recompense indivíduos que identificam erros sérios no cuidado (SWEE, 2013). O Domínio 3, que trata da Satisfação no Trabalho, foi o que obteve o maior escore dentre todos os demais, com média de 74,78. Esse domínio se caracteriza pela observação que o trabalhador possui em relação ao seu local de trabalho. Mesmo não atingindo categoricamente a pontuação de 75, o valor encontrado em nosso estudo ficou bastante próximo de atingir o preconizado. Um estudo realizado em hospitais no interior do Estado do Rio Grande do Sul apontou que 97,7% dos profissionais afirmaram que gostavam do trabalho que realizavam e que 95,4% orgulhavam-se de trabalharem nessa área, fato que contribui para uma melhor assistência, pois a satisfação com o trabalho desempenhado é positiva (TOSO, 2016). Uma pesquisa realizada na Nova Zelândia apontou que resultados satisfatórios no domínio Satisfação no Trabalho têm ligação direta com os domínios Clima de trabalho em equipe, Percepção de gerência da Unidade e do Hospital, Clima de insegurança e Condições de Trabalho (SAMARDZIC, 2015). A observação presente nos profissionais em relação a este domínio pode encarada como um fator positivo, pois a satisfação com o trabalho desempenhado e com o cargo ocupado está paralelamente relacionada uma oferta maior de qualidade no cuidado prestado no serviço (RIGOBELLO, 2012). O seguinte domínio, Percepção do Estresse, obteve um escore médio de 64,77, valor bastante próximo a de outros estudos da área. Um estudo aplicado em um Hospital especializado no tratamento

de pacientes oncológicos localizado no Estado de Minas Gerais obteve um escore médio de 61,74 (BARBOSA, 2015). Essa constatação nos leva a refletir o quão os profissionais não conhecem as interferências que o estresse pode vir a acarretar no trabalho exercido na prestação do cuidado. Uma carga permanente de estresse aliada a uma insatisfação no trabalho acarretam uma perda elevada para o usuário que adentra ao serviço, no que tange a sua saúde e ainda, ao bem-estar de toda a organização da unidade e da equipe (TOSO, 2016). O Domínio 5, Percepção da Gerência da unidade, resultou em um valor médio de escore de 45,2 (DP=21,42). Estudos que objetivaram avaliar o clima de segurança têm apontados valores bem próximos e semelhantes dos encontrado no nosso estudo. Uma pesquisa desenvolvida que compreendeu tanto médicos como enfermeiros que atuavam em 10 Unidades de Terapia Intensiva na Austrália evidenciou que as repercussões do gerenciamento hospitalar foram classificadas como as mais baixas por 9 dos 10 locais enquadrados na amostra (CHABOYER, 2013). Estudo realizado no município de São Paulo com enfoque nos profissionais da equipe de enfermagem pode constatar que houveram reduzidos índices no Domínio Percepção e Gerência da unidade, na qual 3 dos 4 grupos entrevistados no estudo apresentou escores abaixo de 75 (RIGOBELLO, 2012). Diante desses respectivos cenários e também com o encontrado em nossa pesquisa, podemos considerar o elevado grau de insatisfação que há nos profissionais, principalmente no que se diz respeito às atitudes da gerência/administração a cerca das premissas de segurança do paciente. Por fim, o último Domínio, Condições de Trabalho, apresentou o mais baixo dentre todos os outros domínios, com escore médio de 44,75. Esse domínio inclui o universo de recursos disponibilizados para a prática adequada do cuidado, o ambiente/estrutura, recursos humanos, ou seja, a qualidades dessas ferramentas (CARVALHO, 2011). Em suma, nenhum dos domínios alcançou a meta de um escore mínimo aceitável (escore 75). Esse achado nos proporciona um sentimento de profunda preocupação, pois como já fora pontuado em alguns estudos, o alcance desse escore por todos os domínios denota uma maior e melhor oferta da qualidade do serviço ofertado. Pensar em segurança do paciente na atenção primária é correlacionar qualidade e reconhecimento profissional. Podemos fechar nossa reflexão analisando esses dados negativos como tendo raízes multifatoriais e multidimensionais, raízes essas que devem ser repensadas e trabalhadas estrategicamente junto com a comunidade, a gestão e os profissionais. Apenas com esse conjunto de atores pensando em consonância poderemos ofertar aos usuários do serviço uma maior qualidade, sempre pautada na premissa que é a segurança do paciente.

## CONCLUSÃO

Podemos tomar por conclusão a ausência da cultura do clima de segurança dentro das unidades básicas de saúde do município estudado. Ações se fazem necessárias para o aumento da segurança desses profissionais no que tange ao empoderamento profissional, fazendo com que os mesmos se sintam motivados a estarem desempenhando suas atividades de forma segura e íntegra. Ao mesmo tempo em que gestores do cuidado e administradores encorajam os profissionais, asseguram um clima favorável de segurança dentro das unidades de saúde. Por fim, ações permanentes de aperfeiçoamento técnico- profissional para todos os profissionais são necessárias para que estes estejam sempre atualizados e preparados para a sua atuação, ou seja, para uma prática adequada e segura.

## REFERÊNCIAS

- BARBOSA, MH.; *et al.* **Clima de segurança do paciente em um hospital privado.** Texto Contexto Enfermagem, v.25, n.3, p. 1-8, 2016.
- BONDEVIK, GT.; *et al.* **Patient safety culture in Norwegian primary care: A study in out-of-hours casualty clinics and GP practices.** *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Bergen, v.32, p.132-9, 2014.
- BRUSCHINI, MCA. **Trabalho e gênero no Brasil no últimos 10 anos.** *Caderno de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 537-72, 2007.
- CARVALHO, REFL.; CASSIANI, SHB. **Questionário atitudes de segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para o Brasil.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.20, n.3, p.575-582, 2012.
- FRAGA, OS. **Agente comunitário de saúde: Elo entre a comunidade e a equipe da ESF?** 2011. 25 f (Monografia) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. 2011.
- MARCHON, SG. **A segurança do paciente na atenção primária à saúde.** 2015. 128 f. Tese (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2015.

- MENDES, W. *et al.* **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil.** *Int J Qual Health Care*, v. 21, n.4, p. 279-284, 2009.
- OMS. World Health Organization. Summary of Inaugural Meeting of Safer Primary Care Expert Working Group. *Safer Primary Care: A Global Challenge*. Geneva; 2012.
- PAESE, F.; SASSO, GTMD. **Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde.** *Texto Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 302-10, 2013.
- RIGOBELLO, MCG.; *et al.* **Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem.** *Acta Paul Enfer*, São Paulo, v. 25, n.5, p.728-35, 2012.
- SAMARDZIC, MB.; WIJNGAARDEN, JDV.; DOORN, CMD. **Safety culture in long term care: a cross-sectional analysis of the Safety Attitudes Questionnaire in nursing and residential homes in the Netherlands.** *BMJ Quality & Safety Online First*, v.0, n.1, p. 1-9, 2015.
- SWEE, CG.; CHRISTOPHER, C.; CRAIG, K. **Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes.** *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Ottawa, v.26, n.5, p. 420-432, 2013.
- TOSO GL, *et al.* **Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.37, n.4, p.1-8, 2016.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimentos ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica/UNILAB pelo fomento da pesquisa e ao Grupo de Pesquisa e Extensão em Qualidade dos Serviços de Saúde (GPExQS) pelo apoio científico e a equipe de pesquisadores que juntos realizaram o devido estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ESTRATÉGIAS PROMOCIONAIS EM SAÚDE COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS.

**Nahyanne Ramos Alves Xerez<sup>1\*</sup>, Cícera Brena Calixto de Sousa<sup>2</sup>, Wanessa Pereira Cavalcante<sup>3</sup>, Ana Kaline Queiroz<sup>4</sup>, Laynara dos Santos Nunes<sup>5</sup>, Ângela Maria Alves e Souza<sup>6</sup>**

1. Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). Fortaleza, Ceará. Brasil. Apresentadora.

2. Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). Fortaleza, Ceará. Brasil.

3. Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC)

4. Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC)

5. Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC)

6. Orientadora. Enfermeira, docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil, Nahyalves-@hotmail.com

Email: Nahyalves-@hotmail.com

Palavras-chave: Processos grupais. Promoção da saúde. Humanização da assistência.

### INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento e hospitalização é considerado um momento de importante sofrimento emocional. Quando o sujeito doente é uma criança, outros fatores associam-se ao contexto, e os principais estressores presentes na hospitalização infantil são o tipo de enfermidade, a dor, o ambiente não familiar, os procedimentos médicos, a separação dos familiares e amigos, o estresse dos pais, a ruptura e a adaptação a uma rotina de vida imposta e desconhecida, a perda da autonomia e do controle, sensação de incompetência pessoal, a incerteza quanto à conduta apropriada e o medo da morte (Campos, 2004; Soares, 2003).

No caso das crianças, as relações com os profissionais da área de saúde são especialmente importantes, devido ao fato de que o paciente pediátrico apresenta necessidades muito distintas, em comparação às necessidades dos adultos, pela capacidade limitada dessas crianças quanto à adaptação ao ambiente hospitalar. Sendo imprescindível o estabelecimento de uma relação empática e o desenvolvimento de uma relação terapêutica, que agrupam elementos que determinam o estado emocional da criança e que influenciam a compreensão dos processos que vivenciam, condicionando respostas diante do cuidado (PENA; JUAM, 2011).

Atualmente a utilização de grupos enquanto estratégia na área da saúde está sendo cada vez mais utilizado para guiar ações assistenciais e terapêuticas. Sendo a coordenação de grupo uma metodologia que pode ser utilizada para se trabalhar diversas temáticas e, sobretudo estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais, as crianças e seus familiares. Sendo está definida como, uma arte e uma ciência, na medida em que exige sensibilidade, criatividade, emoção e ao mesmo tempo, teoria, técnica e compromisso com o cuidado humano (MOTA; MUNARI, 2006).

A abordagem grupal facilita ainda o cuidado do emocional, permitindo a diminuição do desconforto experimentado durante o processo de doença, tanto para as crianças quanto para os pais, demonstrando assim, a importância de se desenvolver atividades de grupo voltadas a esse público. É importante destacar que o acadêmico de enfermagem por ter no currículo a disciplina que o torna em condições de realizar a coordenação de grupos, facilita a aplicação e o desenvolvimento de grupos em vários cenários de instituições de saúde (SOUZA, 2011).

Assim o presente estudo objetiva relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem na coordenação de um grupo com crianças hospitalizadas.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de caráter reflexivo, realizado por acadêmicos de enfermagem do departamento de enfermagem (DENF) da Universidade Federal do Ceará (UFC), durante a disciplina de Coordenação de Grupo. A atividade de coordenação ocorreu na brinquedoteca de um hospital universitário em Fortaleza- CE, no período de Junho de 2017, contando com a participação de sete crianças acompanhadas pelos pais, além da participação de oito acadêmicos de enfermagem e uma enfermeira docente do DENF-UFC. Inicialmente foi realizada avaliação previa sobre as condições de saúde das crianças, para identificar quais poderiam se deslocar dos leitos até a brinquedoteca. Em seguida realizou-se o convite às crianças e aos pais que os acompanhavam para que eles participassem das atividades propostas. O primeiro momento realizou-se técnica de confecção de crachás, para “quebra gelo”, na qual os participantes podiam escolher entre diversos tipos de crachás, com formas diferentes, figuras e desenhos animados, além de poder customiza-los por meio de pinturas com lápis, giz de



cera e colas coloridas, com o objetivo de promover interação entre os participantes e os facilitadores. No segundo momento todos foram convidados para confecção de brinquedos a partir de materiais recicláveis levados pelos acadêmicos coordenadores, no qual as crianças e pais podiam optar em escolher entre dois modelos propostos pelos coordenadores (carrinho ou borboleta) ou inovar da maneira que achasse melhor. Utilizou-se ainda durante a realização de todas as atividades técnica de musicoterapia que proporcionou ambiente diferenciado durante a realização das atividades. Ao final para avaliação da coordenação de grupo foram expostas plaquinhas diferentes, demonstrando diversas reações, emoções e sentimentos (alegria, tristeza, raiva, entusiasmo, entre outros) em que as pessoas deviam utilizar para expressar como havia sido aquele momento para elas, ficando livre também para que os pais e as crianças falassem e demonstrassem algo que quisessem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizar atividades de coordenação de grupo com crianças hospitalizadas requer planejamento com detalhes, considerando as limitações que essas crianças podem ter. Quando foi realizado o convite para elas irem até brinquedoteca às crianças ficaram muito animadas, pois o local das atividades estaria funcionando em um horário diferente do habitual. Durante o desenvolvimento das atividades algumas crianças estavam agitadas e ansiosas, e ficaram receosas em participar, à medida que os coordenadores, pais e acadêmicos foram se apresentando e falando de si, as crianças também começaram a interagir e participar as atividades propostas pelos coordenadores.

A utilização da técnica musicoterapia se constituiu ferramenta importante durante a realização das atividades, pois ela auxiliou no desenvolvimento da comunicação e relacionamento, além de ter proporcionado um ambiente mais alegre com as músicas que as crianças gostavam de ouvir. E proporcionou aos acadêmicos de enfermagem um momento de libertação e relaxamento, pois à medida que as músicas passaram eles começaram a cantar e expressar suas próprias emoções o que proporcionou ainda mais a aproximação das crianças com os acadêmicos.

Os pais que demonstraram bastante interesse na realização das atividades, sobretudo por relatarem que o ato de estarem fazendo atividades fora da rotina hospitalar, os ajudava a relaxar e “passar o tempo” ocioso de modo produtivo, já que no horário da tarde a brinquedoteca ficava fechada e as crianças ficavam restritas ao leito sem nenhuma atividade para ser desenvolvida. Ao final das atividades alguns pais manifestaram seus agradecimentos pelo fato dos coordenadores estarem desenvolvendo aquelas atividades que fazia com que eles tirassem um pouco a visão do hospital como um local impossível de manifestar alegria e por proporcionar momentos descontraídos, alegres e agradáveis para seus filhos.

## CONCLUSÃO

A coordenação de grupo é uma estratégia que se torna terapêutica quando se mostra que é possível desenvolver em vários ambientes, bastante eficientes, à medida que auxilia no processo de aproximação entre os profissionais participam e realizam as atividades, as crianças doentes e seus pais, destacando-se a nossa prática como enfermeiros no cuidado prestado, uma vez que a criança e seus pais adquirem confiança no profissional, levando assim, a uma relação terapêutica eficiente, para assistência de qualidade. Além de proporcionar ambiente mais agradável e descontraído para as crianças e seus pais que se encontram em situação muitas vezes estressante e desgastante emocionalmente durante o internamento hospitalar.

Um grupo pode se tornar terapêutico quando há uma clientela específica e que necessitem de acompanhamento em situação de stress ou sofrimento mental, seja em ambiente hospitalar ou outros serviços de saúde (SOUZA, 2011).

Diante disso, fica evidente a importância de se realizar grupos com esse público, evidenciando que até mesmo uma simples atividade pode trazer uma série de benefícios para o bem estar das crianças e pais e favorecer a melhoria da assistência prestada e conseqüentemente melhoria na saúde dessas crianças.

## REFERÊNCIAS

CAMPOS, E. P. **Suporte social e família**. In J. Mello Filho (Org.), *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MOTA, Kátia Alexandrina Matos Barreto; MUNARI, DenizeBouttelet. UM OLHAR PARA A DINÂMICA DO COORDENADOR DE GRUPOS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, dez. 2006. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/931/1127>>. Acesso em: 29 ago. 2017. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v8i1.931>.

NORENA PENA, Ana Lucia; CIBANAL JUAN, Luis. A experiência de crianças hospitalizadas sobre sua interação com os profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n.6, p.1429-1436,



Dec.2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000600021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600021&lng=en&nrm=iso)>.access on 30 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600021>.

SOARES, M. R. Z. (2003). Estratégias lúdicas na intervenção com crianças hospitalizadas. In C. G. de Almeida (Org.). **Intervenções em grupo**(pp. 23-36). Campinas:Papirus.

SOUZA, Ângela Maria Alves e (Org.). **Coordenação de Grupos: Teoria, Prática e Pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011. 392p.

SOUZA, Ângela Maria Alves e. **Como coordeno o grupo terapêutico de apoio ao LutoPLUS<sup>+</sup>**

Transformação. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2015. 52p.<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000600021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600021&lng=en&nrm=iso)>.access on 30 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600021>.

SOARES, M. R. Z. (2003). Estratégias lúdicas na intervenção com crianças hospitalizadas. In C. G. de Almeida (Org.). **Intervenções em grupo**(pp. 23-36). Campinas:Papirus.

SOUZA, Ângela Maria Alves e (Org.). **Coordenação de Grupos: Teoria, Prática e Pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011. 392p.

SOUZA, Ângela Maria Alves e. **Como coordeno o grupo terapêutico de apoio ao LutoPLUS<sup>+</sup>** Transformação. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2015. 52p.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a Deus por planejar tão detalhadamente todas as etapas da minha vida e permitir o momento certo de concretizar esta meta!

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## MÃOS QUE TOCAM: A INCLUSÃO SOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE

**Elizângela Assunção Nunes<sup>1</sup> (IC); Maria Valdelice Nunes da Silva<sup>2</sup> (IC); Raul Gonçalves Coelho Neto<sup>3</sup>(IC); Lidiany Alexandre Azevedo<sup>4</sup>**

1. Mestre em Planejamento e Políticas Públicas; Especialista em Saúde Mental; Assistente Social; Professora da Faculdade Cereanse; 2. Coordenadora de Ações Complementares da Secretaria de Assistência Social e Cidadania de Maracanaú – CE e membro do ObservaSUAS; 2. Especialização em Serviço Social, Políticas Públicas e Direitos Sociais, pela Universidade Estadual do Ceará. Economista Doméstico da Secretaria de Assistência Social e Cidadania de Maracanaú – CE;

3. Mestre em Economia do Setor Público; Economista da Coordenadora de Ações Complementares da Secretaria de Assistência Social e Cidadania de Maracanaú – CE;

4. Mestranda em Avaliação de Políticas Públicas; Especialista em Políticas Públicas; Psicóloga da Secretaria de Assistência Social e Cidadania;

Email: elizangelaan\_sasc@maracanau.ce.gov.br

Palavras-chave: Deficiência; Promoção à Saúde; Inclusão Produtiva.

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”<sup>1</sup>. Assim, a saúde é um direito elementar e vital para o ser humano, tendo vinculação aos direitos humanos.

No Brasil, o direito à saúde corrobora com o conceito ampliado da OMS e está mencionado na Constituição Federal de 1988, que no seu art. 196 a define como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Tal conceito busca romper com falas constantes do senso comum e do modelo biomédico que definem saúde como ausência de doença. Dessa forma, há a necessidade de articulação com outros setores da sociedade a fim de propiciar novas relações sociais, pois o direito à saúde, quando analisado sob a ótica da condição de vida, determina também a superação das diferenças e a exigência de uma reflexão mais aprofundada sobre seu significado, estimulando novas posturas profissionais e a primordialidade de ações intersetoriais e interdisciplinares no sentido de criar condições de vida saudáveis para os usuários.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência coloca como principal objetivo a reabilitação da pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e de desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão social, bem como prevenir os agravos que determinem o aparecimento de deficiências, buscando romper com confusões conceituais acerca dos conceitos de deficiência e doença, os quais, em muitos momentos, colocavam-os à margem das políticas públicas e iniciativas não governamentais de promoção da saúde.

De acordo com Smith (2000) *apud* Interdonato e Greguol (2012, p.370) o acesso a serviços de promoção da saúde são importantes na determinação da qualidade de vida e do estado de saúde de pessoas com deficiência. Embora existam algumas barreiras para este acesso, a deficiência não pode ser considerada em si a causa dessa situação, mas sim alguns agentes externos, tais como falta de profissionais capacitados, ambientes não adaptados, entre outros. Em particular, muitas dessas barreiras ocorrem devido à escassez de sistemas de serviços com políticas públicas destinadas a prestar apoio para esta população

Segundo Farias e Buchalla (2005), políticas públicas destinadas a atender esta população com deficiência são recentes no país, destacando-se a Portaria n° 10.060/2002, do Ministério da Saúde, no qual é explicitado que é preciso reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Tendo em vista os conceitos de saúde e deficiência e a necessidade de práticas intersetoriais entre as políticas públicas, o presente trabalho visa apresentar o desenvolvimento e alguns resultados de um trabalho entre a política de assistência social e saúde, no município de Maracanaú-CE, que busca promover a inclusão de deficientes e/ou familiares no mundo de trabalho formal e/ou informal por meio de ações de inclusão produtiva.

O percurso metodológico adotado neste estudo foi a realização de pesquisas bibliográfica e documental. Segundo Marconi (2010), a pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento de toda a bibliografia já publicada em

forma de livros, revistas, publicações avulsas em imprensa escrita. Assim, o presente trabalho iniciou-se com a realização de leituras de autores correlacionados com a temática a fim de subsidiar o estudo e suas respectivas análises. Por sua vez, a pesquisa documental, conforme Severino (2007), tem como fonte documentos no sentido amplo e os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, são ainda matéria prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise.

Dessa forma, foram analisados os relatórios mensais de execução do projeto Projeto Mãos que Tocam, vinculado à Coordenadoria de Ações Complementares, responsável pelas ações de segurança alimentar e nutricional e inclusão produtiva da Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC), do município de Maracanaú-CE, do período de 2013 a julho de 2017. Esses relatórios faziam parte do monitoramento e acompanhamento do processo, no qual era visto: a frequência dos beneficiários e suas evasões, instigando aos técnicos envolvidos no projeto um maior acompanhamento dos beneficiários e/ou seus familiares; qualidade das instalações físicas e infraestrutura utilizada para a realização do curso; execução das aulas práticas e envolvimento dos beneficiários como grupo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SASC buscando garantir a defesa dos direitos da pessoa com deficiência como prerrogativa para a cidadania e a inclusão social - em consonância com a Constituição Federal, a Lei Orgânica de Assistência Social, a Política Nacional de Assistência Social e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência-, iniciou o desenvolvimento, em parceria com a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará, no ano de 2013, o Projeto Mãos que Tocam.

Esse projeto tinha como objetivo geral qualificar pessoas com deficiência e seus familiares, contribuindo para formação específica em massoterapia corporal, visando à inclusão social e produtiva destes indivíduos. Como objetivos específicos estavam o estímulo a rentabilidade econômica das pessoas com deficiência, bem como de sua família, o desenvolvimento do protagonismo, o fortalecimento da autoestima e a promoção da participação e da integração do público-alvo do projeto junto a comunidade.

Em seu funcionamento, buscava-se estimular atividades de trabalho formais e informais voltadas para prestação de serviços de massoterapia em eventos da Secretaria de Assistência Social e de Saúde do município, nas empresas do Distrito Industrial que trabalhavam com ações de prevenção à saúde através da terapia ocupacional, assim como no atendimento direto à comunidade em locais públicos, como praças, shoppings e áreas verdes.

O projeto ainda previa o encaminhamento dos beneficiários para diversos programas, projetos e serviços de convivência e de socialização entre os membros das famílias envolvidas, assim como, a articulação com outras políticas públicas e com a sociedade civil, visando o fortalecimento do sistema de defesa e garantia de direitos da população com deficiência. A execução direta por parte do setor de Inclusão Produtiva, vinculado a Coordenadoria de Ações Complementares da SASC, buscava ainda desenvolver ações que pudessem estimular a formação de um grupo produtivo, pautado na linha da economia solidária e do cooperativismo social.

A opção pela escolha do curso na área de saúde e terapia, com ênfase na massoterapia corporal, ocorreu mediante experiência de sucesso ocorrida em Fortaleza-CE, por meio de uma articulação entre o Instituto dos Cegos e a Secretaria de Desenvolvimento Econômico do Estado, que realizaram uma grande ação no Aeroporto Pinto Martins, em 26 de outubro de 2011, permitindo a várias pessoas o acesso a uma qualificação em que pudessem atuar como agentes propagadores dos benefícios da saúde do corpo, inserindo-as posteriormente no mercado de trabalho formal e informal.

Foram ofertadas 30 vagas para as pessoas com deficiência e seus familiares que estavam inseridos no Cadastro Único do Governo Federal e que eram acompanhadas e atendidas pelo Centro Integrado de Educação Saúde e Assistência Social – CIES e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, na área de massoterapia corporal.

O curso pautou-se nas determinações da NOB/SUAS a qual tem como um dos seus princípios a matricialidade sociofamiliar na proteção social de Assistência Social e define a família como sendo o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social. O mesmo teve duração de 8 (oito) meses, seguindo a linha da inclusão social e produtiva, com a realização de um curso teórico/prático com aulas expositivas, sendo composto por quatro módulos, cada um com duração de 25 horas/aula, fechando um total de 100 horas/aula. A periodicidade foi semanal, com 5 horas/aula por encontro. Foram trabalhados os seguintes temas: Avaliação Massoterapêutica, Massagens Ocidentais, Massagens Orientais e Promoção da Saúde, além de formação empreendedora com foco na autossustentabilidade.

Os encontros aconteceram no CIES e as atividades práticas ocorreram nos seguintes locais: Secretarias de Assistência Social e de Saúde, Centro de Referência Especializado Para Pessoa em Situação de Rua – Centro Pop, Centro Integrado de Esporte e Lazer Agacil Camurça, Associação Comunitária Beneficente do Jaçanaú – ACOBEJA e Centro de Convivência do idoso – CCI.

O processo de monitoramento e avaliação das atividades previstas ocorreu de maneira sistemática através de reuniões e visitas por parte da equipe de acompanhamento da SASC. O projeto também foi monitorado pelo Conselho Municipal de Defesa da Pessoa com Deficiência por meio de discussões nas reuniões do conselho e da participação de conselheiros no curso de formação.

Com o objetivo de promover a autossustentabilidade do projeto foram realizadas parcerias com a Secretaria do Trabalho e Empreendedorismo do município; instituições de microcrédito orientado como o Banco Pajú, Banco comunitário da Grande Pajuçara; e o acompanhamento direto da equipe de Inclusão Produtiva, buscando ofertar formação continuada na área de gestão e empreendedorismo na perspectiva da economia solidária e do cooperativismo social.

Como resultado direto das ações do Projeto Mãos que Tocam em Maracanaú estão a mobilização de 80 (oitenta) pessoas para participação do processo de capacitação, a inscrição de 34 (trinta e quatro) beneficiários, incluindo pessoas com deficiência e seus familiares e a efetiva conclusão de 18 (dezoito) pessoas, tendo deste total 8 (oito) apresentado interesse em se inserir em um grupo produtivo.

Entre os aspectos positivos na execução do projeto podem ser citados a oportunidade de renda através da prática de massoterapia corporal; o maior estímulo para a vida produtiva dos beneficiários e o consequente aumento da autoestima das pessoas com deficiência e seus familiares que antes estavam em uma situação de ociosidade, propiciando-lhes inclusão social e a melhoria de qualidade de vida; a boa aceitação do projeto em todos os locais onde ocorreram as atividades; o fortalecimento da intersetorialidade entre Secretaria de Assistência e Cidadania de Maracanaú, a Secretaria de Trabalho e Empreendedorismo e o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência e melhorias em relação a questões de acessibilidade e mobilidade do município. O projeto, portanto, possibilitou o resgate e/ou fortalecimento da cidadania, por meio da convivência em grupo, do relacionamento social e do trabalho.

Em relação aos entraves apresentados está a evasão. Nesses casos, todos os desistentes do projeto assinaram um termo justificando sua saída, sendo essas relacionadas a oportunidades de trabalho, de mobilidade, de doença e problemas relacionados à família e à cultura de que a pessoa com deficiência não pode ser incluída na sociedade. Tivemos casos em que as mulheres participantes apresentaram problemas em administrar suas atividades domésticas, comprometendo sua presença no curso. Deve-se enfatizar que todos os fatores apontados tem servido de reflexão para a oferta de atividades futuras para esse público, de modo que possamos romper as barreiras externas e incluir cada vez mais esse público.

Ao final da fase de formação, foram realizados encontros com os alunos e familiares a fim de se avaliar as mudanças que o projeto agregou na vida de cada participante, assim como a formação do Grupo Mãos que Tocam, em que, através dessa identidade grupal, os envolvidos participariam de ações dentro do município, garantindo oportunidades de emprego e renda. Ainda como um processo de fortalecimento, foi apresentado como proposta a inserção dos mesmos em um projeto de economia solidária executado pela Secretaria do Trabalho e Empreendedorismo de Maracanaú com o objetivo de garantir a continuidade das atividades de trabalho, por meio de um grupo e com assessoria e formação complementar a iniciativa do projeto.

Com a formação do grupo que se configurou logo após o término do curso, composto por 8 membros, a equipe de Inclusão Produtiva passou a realizar reuniões semanais e elaborou um plano de ação com o objetivo de direcionar as atividades e buscar parcerias com instituições e empresas, a fim de tornar o trabalho do grupo “Mãos que Tocam” uma possibilidade de geração de renda para os participantes. O plano contava com as seguintes metas: disponibilizar a massagem relaxante para público em geral, realizar divulgação do serviço do grupo, articular espaço fixo para atendimento, montar agenda de serviço/atendimento e articular curso de aperfeiçoamento. Esse plano proporcionou ao grupo um caminho, que conduzia as ações para que a experiência se tornasse exitosa.

As atividades laborativas do grupo iniciaram em junho de 2014, quando teve início a divulgação e participação por meio de atendimentos em eventos municipais e intermunicipais como, a atuação em ações promovidos pela gestão municipal de Pacatuba e em empresas privadas de Maracanaú e Fortaleza. O processo de iniciação no mercado se deu com atendimentos voluntários ou com a cobrança de taxas simbólicas, com o intuito de tornar o grupo conhecido e divulgar o trabalho. A atuação do grupo era avaliada a cada participação e/ou atendimento realizado com o objetivo de qualificar as atividades e ampliar os locais de execução do serviço por ele ofertado. A partir desse momento o grupo foi encaminhado para o projeto Rede Maracanaú Solidário que passou a realizar reuniões e encontros de capacitação com seus componentes, ampliando os seus locais de atuação e agregando ao trabalho do grupo o conceito de Economia Solidária.

Atualmente, o grupo é composto por 6 membros que continuam ofertando o serviço de massagem relaxante ao público. O “Mãos que Tocam” encontra-se inserido no projeto de Economia Solidária, o qual já lhes ofertou um curso de aperfeiçoamento, além de estar desenvolvendo um processo de articulação para viabilizar um ponto fixo de atendimento para o grupo.

## CONCLUSÃO

O Projeto Mãos que Tocam permitiu que seus participantes tivessem acesso a uma formação e, a partir daí, pudessem atuar como agentes propagadores dos benefícios da saúde do corpo, incluindo-se no mundo do trabalho e potencializando suas relações familiares. Destaca-se, que o paradigma de que a pessoa com deficiência não pode ser incluída no meio social ainda emerge sobre os indivíduos, sendo, portanto, o grande desafio, tanto para os indivíduos com deficiência como para o poder público no sentido de garantir os direitos fundamentais desse público.

A formação do grupo se configurou em um processo de inclusão social com ações voltadas para a geração de renda, dando ênfase no olhar para a Economia Solidária. O “Mãos que Tocam” passou a desenvolver uma atividade econômica de oferta de serviço, consumo de insumos e capacitação, organizada sob forma de autogestão, buscando uma alternativa inovadora na geração de trabalho, entendido como meio de emancipação humana. Concomitante a esse processo de inclusão social e acesso ao mundo do trabalho, observamos uma melhoria na qualidade de vida dos participantes, fazendo com que as ações intersetoriais do projeto, que romperam com algumas iniquidades, funcionassem como uma estratégia de promoção à saúde dessa população. Concordamos assim com Fiorati e Elui (2015, p. 333) que

“as tecnologias de saúde voltadas à pessoa com deficiência deveriam contemplar estratégias e ações de interferência nesses determinantes, uma vez que as iniquidades geradas nesse contexto oferecem impacto significativo sobre as condições de saúde dessa população”.

O fortalecimento da intersectorialidade entre as secretarias do município de Maracanaú, entre o Conselho Municipal de Defesa da Pessoa com Deficiência e outras instituições envolvidas pode ser visto como de grande importância, visto que a ampliação dessa relação gerou impactos significativos quando falamos da busca pela garantia de direitos básicos, previstos tanto na Constituição Federal, na Lei Orgânica de Assistência Social, na Política Nacional de Assistência Social, como também na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Vale ainda reforçar que durante toda a execução do projeto foi observado a relevância deste para as pessoas com deficiência e seus familiares, pois ocorreu um entendimento de que o processo de formação e a nova prática aprendida poderia melhorar significativamente suas relações familiares e promover geração de renda, proporcionando, dessa forma, a inserção dos mesmos no mundo do trabalho, como uma perspectiva geral de promover maior autonomia para uma vida digna e sustentável.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.
- FIORATI, R. C.; ELUI, V. M. C. Determinantes Sociais da Saúde, Iniquidades e Inclusão Social entre pessoas com Deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto - SP, v. 23, n. 2, p. 329-336, 2015.
- INTERDONATO, Giovanna Carla. GREGUOL, Márcia. Promoção da saúde de pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 369-375, jul./set. 2012.
- MARACANAÚ. **Diagnóstico Social do Município de Maracanaú**. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Prefeitura Municipal de Maracanaú. 2012.
- MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. 7ªed. rev.ampliada. São Paulo: Atlas, 2010.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23ªed. São Paulo: Cortez, 2007.

## AGRADECIMENTOS

À Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará, à Prefeitura de Maracanaú – CE, em especial à equipe da Coordenadoria de Ações Complementares vinculada à Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC), aos beneficiários diretos e indiretos do projeto Mãos que Tocam e a todos que colaboraram com a realização deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE IMUNOBIOLOGICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Francisco Clécio da Silva Dutra<sup>1\*</sup>, Pedro Holanda Souza Neto<sup>2</sup>, Antônia Sheila da Silva Costa<sup>3</sup>, Everlucia Nádia Silva Moura<sup>4</sup>, Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire<sup>5</sup>, Patrícia Freire de Vasconcelos<sup>6</sup>.**

*1 Acadêmico do Bacharelado de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia AfroBrasileira (UNILAB), Acarape-Ceará-Brasil*

*2 Acadêmico do Bacharelado de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia AfroBrasileira (UNILAB), Acarape-Ceará-Brasil, Sheila\_coelho1@hotmail.com*

*3. Acadêmico do Bacharelado de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia AfroBrasileira (UNILAB), Acarape-Ceará-Brasil*

*4 Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia AfroBrasileira (UNILAB), Acarape-Ceará-Brasil*

*Email: Sheila\_coelho1@hotmail.com*

*Palavras-chave: Segurança do paciente. Vacinação. Observação.*

### INTRODUÇÃO

A administração de imunobiológicos confere imunização passiva ou ativa ao indivíduo. Para que este processo se dê em sua plenitude e com segurança, as atividades de imunização devem ser cercadas de cuidados, adotando-se procedimentos adequados antes, durante e após a administração dos imunobiológicos (RODRIGUES, 2012; BRASIL, 2014). Constituindo um poderoso recurso utilizado na atenção primária, a sala de vacinação é o local exclusivo para a administração dos imunobiológicos, devendo seguir determinadas especificidades e condições que promovam a máxima segurança, tanto para os indivíduos vacinados quanto para a equipe de vacinação (OLIVEIRA, 2012). Para a elaboração de normas e procedimentos a serem seguidos de maneira a manter o controle, erradicar e eliminar doenças imunopreveníveis, o Programa Nacional de Imunização (PNI) está à frente de toda a política de vacinação da população brasileira, buscando garantir segurança e qualidade no esquema vacinal dos indivíduos a serem imunizados (LUNA, 2011). O PNI é considerado uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública do Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas (BRASIL, 2014). Às atividades da sala de vacinação são desenvolvidas pela equipe de enfermagem treinada e capacitada para os procedimentos de manuseio, conservação, preparo e administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de vacinação (BRASIL, 2014). Diante dos pressupostos, o presente trabalho caracteriza-se por ser um relato de experiência, por meio da realização de observação não participativa à rotina presente em uma sala de imunização pertencente a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Acarape, Estado do Ceará.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo, por meio do qual relata-se a experiência vivenciada em uma Unidade Básica de Saúde no município de Acarape, caracterizada como unidade referência de vacinação local. O método utilizado para a aplicação da pesquisa foi a observação não-participante. Na observação não-participante o pesquisador atua como expectador ativo e busca coletar, por meio da observação, às informações necessárias para alimentar um roteiro pré-estabelecido. A realização da observação não participativa teve por objetivo acompanhar ainda, o seguimento de condutas, atitudes e procedimentos recomendados e preconizados, visando a segurança do paciente. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 62445816.0.0000.5576), iniciou-se a coleta de dados. O estudo foi realizado no período de 2 a 29 de maio de 2017 (20 dias). Não houve coleta dos dados em feriados e finais de semana devido à unidade não estar funcionando. Houve duas etapas em sua elaboração. Na primeira etapa, elaboraram-se os *check-lists* de normas e procedimentos que devem ser seguidos dentro de uma sala de vacinação. Para isso, foram necessárias a leitura e compreensão de dois manuais elaborados pelo Ministério da Saúde para procedimentos de vacinação. Os *check-lists* incluíram informações como práticas adequadas para a administração dos imunobiológicos, organização e funcionamento da sala de vacinação, bem como as indicações para a manutenção da integridade destes imunobiológicos. Esses *check-lists* tiveram como intuito observar e acompanhar o seguimento de normas padronizadas, desde a conservação dos imunobiológicos, passando pela administração dos mesmos e ainda, pelos procedimentos posteriores às administrações. Na segunda etapa, a pesquisa ocorreu dentro da sala de vacinação junto à rotina dos profissionais

responsáveis pela administração e controle de imunobiológicos da unidade de saúde por um período de 4 horas diárias. Assim, o presente estudo constitui uma modalidade de investigação científica com o acompanhamento de uma experiência prática para maior compreensão e fundamentação de uma teoria, possuindo, como característica diferencial, a observação não participante, ou seja, a coleta de dados foi realizada exclusivamente por meio da observação e sem interferência no serviço analisado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conjunto de normas técnicas e procedimentos preconizados pelo PNI devem ser adotados em todas as unidades da rede nacional de imunização de maneira a promover a qualidade no processo de vacinação, garantindo a segurança para os indivíduos imunizados e a redução dos custos decorrentes da falha no processo (VASCONCELOS, 2012). Os profissionais responsáveis por atuarem frente ao processo de imunização devem estar devidamente capacitados, levando sempre em consideração aspectos como a composição, apresentação, via e métodos de administração, número de doses, validade e os diversos métodos indicados para a conservação de vacinas, soros e imunoglobulinas (MARINELLI, 2015). Frente à coleta dos dados, foi possível observar diversas lacunas frente às premissas observadas e checadas com a aplicação dos *check-lists*. Dentre as principais, destacou-se a ausência da higienização das mãos em todos os instrumentos preenchidos. A não assepsia adequada das mãos pode ocasionar uma série de infecções cruzadas, seja ela entre profissional-paciente, paciente-paciente e ainda profissional-profissional. Esse fato é um agravante bastante sério e crítico, pois, em diversos estudos, os percentuais sobre a realização da lavagem das mãos foi de 90% a 100% (LUNA, 2011; ARAÚJO, 2013). Outro dado bastante importante foi a pouca transmissão de informações e orientações após a administração dos imunobiológicos, pois, em diversos momentos, não houve o esclarecimento das possíveis reações adversas e nem como os usuários poderiam agir diante do surgimento destas reações. Essas e outras informações correlacionadas corroboram para a uma reflexão sobre o grau de despreparo dos profissionais frente a execução de rotinas e procedimentos na sala de vacinação. Esses resultados revelam que, dentro da rotina na sala de vacinação, há um despreparo em relação ao desenvolvimento de atividades alinhadas às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Desta maneira, foi possível observar que muitos profissionais revelaram o descumprimento de alguns dos pontos elaborados no check-list considerado como método de avaliação, contribuindo para a ocorrência de falhas que predispoem a riscos no processo de imunização. Por fim, é importante mencionar a necessidade da realização de educação permanente na formação dos profissionais responsáveis pelas imunizações. Nesse sentido, a equipe de enfermagem pode assegurar a qualidade da imunização ofertada à população (MARINELLI, 2015). É preciso, dessa maneira, implantar de forma sistemática atividades de supervisão, monitoramento e avaliação das salas de vacinas, uma vez que são poucos os estudos brasileiros com essa temática (VASCONCELOS, 2012; MARINELLI, 2015).

## CONCLUSÃO

A prática da observação não participativa possibilitou vivenciar a realidade dos profissionais de saúde atuantes na sala de vacinação, assim como as práticas e métodos utilizados para a administração dos imunobiológicos. O processo de vacinação deve seguir um controle rigoroso desde a chegada do imunobiológico na unidade até o descarte dos resíduos e das vacinas, soros e imunoglobulinas que se encontram fora da validade ou indisponíveis para uso. Foi possível observar a não realização de técnicas que devem anteceder a administração dos imunobiológicos, como a higienização das mãos, apesar de ser um procedimento tão enfatizado pelos profissionais de saúde. Observar e não realizar intervenções junto aos profissionais foi algo a ser enfrentado durante o período da coleta. As atividades vivenciadas mostraram-se de grande importância no que diz respeito à aquisição de conhecimentos relativos à teoria e realidade, sendo possível observar de perto que as práticas profissionais ainda não correspondem totalmente ao que é determinado inicialmente pelos protocolos e normas técnicas estabelecidas. Dessa forma, ainda há muitos desafios a serem superados neste campo, apesar dos avanços já encontrados. Portanto, relatos apresentados como este, demonstram a necessidade da mudança do comportamento dos profissionais para atitudes seguras.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRITO, MFP.; *et.al.* **Caracterização das notificações de procedimentos inadequados na administração de**

**imunobiológicos em Ribeirão Preto, São Paulo, 2007- 2012.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(1): 33-44, jan-mar, 2014.

MANIRELLI, NP.; CARVALHO, KM.; ARAÚJO, TME. **Conhecimento dos profissionais de enfermagem em sala de vacinas: análise da produção científica.** Revista Univap revista.univap.br. São José dos Campos- SP- Brasil, v.21,n.38, dez. 2015.

OLIVEIRA, VC.; *et al.* **Conservação de vacinas em unidades básicas de saúde: análise diagnóstica em municípios mineiros.** Rev Rene. 2012; 13(3):531-41.

RODRIGUES, IC.; *et al.* **Procedimentos inadequados em sala de vacina: a realidade da região de São José do Rio Preto.** BEPA 2012;9(100):16-28.

VASCONCELOS, KCR.; ROCHA, AS.; AYRES, JA. **Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009.** Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, 21(1):167-176, jan-mar 2012.

UNA, GLM.; *et al.* **Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(2):513-521, 2011.

ARAÚJO, ACM.; *et al.* **Avaliação das salas de vacinação do Estado de Pernambuco no ano de 2011.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(2):255-264, abr-jun 2013.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/UNILAB) e ao Grupo de Pesquisa e Extensão em Qualidade dos Serviços de Saúde (GPExQs) da UNILAB.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## BIOÉTICA E EXPOSIÇÃO DE PACIENTES EM MÍDIAS SOCIAIS ELETRÔNICAS NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Inaê Evangelista Rodrigues<sup>1</sup> (PG), Aline Veras Moraes Brilhante<sup>2</sup> (PQ), Rosendo Freitas de Amorim<sup>2</sup> (PQ), Preciliana Barreto de Morais<sup>3</sup> (PQ)

1 Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE.

2 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE.

3 Professora do Curso de Ciências Sociais da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, CE.

E-mail: [inaeevangelista@hotmail.com](mailto:inaeevangelista@hotmail.com)

Palavras-chave: Bioética. Confidencialidade. Privacidade. Relações Profissionais de Saúde-Paciente.

### INTRODUÇÃO

De acordo com Pessini e Barchifontaine (2000), a confidencialidade e o respeito à privacidade constituem preceitos morais tradicionais das profissões de saúde, indicando o dever de guarda e reserva em relação aos dados de terceiro, a que se tem acesso em virtude do exercício da atividade laboral.

Alguns pesquisadores acreditam que determinados contextos contribuem para que o desrespeito a tais deveres aconteça com maior frequência, como nos casos de grandes hospitais ou do sistema de assistência privada em saúde, nos quais muitas pessoas têm acesso aos prontuários, à solicitação de exames e outros dados dos pacientes. Mais recentemente, a informatização do setor de saúde, com o aumento do número de ferramentas eletrônicas disponíveis e transferência de dados via *internet*, com destaque para as redes sociais, também se enquadrou nas situações potencializadoras do risco de quebra de sigilo das informações (SACARDO; FORTES, 2000; LOCH, 2003).

Desta forma, no direito pátrio, o dever de sigilo profissional e confidencialidade, que, por sua natureza, deveria ser questão de bom senso, é previsto pela Constituição Federal, pelo Código Penal, pelo Código de Processo Penal, pelo Código de Processo Civil, pelo Código Civil e pelos Códigos Deontológicos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia, entre outros (DURANT, 2003).

No Brasil, a legislação é bem clara quanto ao direito à imagem. A Constituição Federal de 1988, art. 5º, inciso X cita: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem de pessoas, assegurado o direito de indenização pelo dano material ou moral decorrente da violação” (BRASIL, 2000).

Embora a Constituição Federal e os conselhos de algumas profissões proíbam fazer e/ou usar imagens de pacientes sem a autorização dos mesmos, no ambiente hospitalar pode-se observar que essa ainda é uma prática frequente por parte de alguns profissionais. Em tempos em que a tecnologia está altamente popularizada, e que a maioria dos profissionais têm celular com câmera fotográfica, a captação e a reprodução de imagens do paciente são facilitadas (BATISTA; CAMPANHARO; COHAS, 2012).

Desse modo, cabe indagar-se: o quanto é antiético os profissionais de saúde exporem seus pacientes em mídias sociais eletrônicas? Afim de responder esse questionamento, assim, justifica-se a realização do presente estudo, que teve por objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre as relações entre bioética e exposição de pacientes em mídias sociais eletrônicas no Brasil.

### METODOLOGIA

Metodologicamente, o presente estudo consiste em uma revisão do conhecimento disponível na literatura, onde foi realizada uma busca bibliográfica nos bancos de dados informatizados. A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas *Medline*, *SciELO* e *Lilacs*, durante o mês de julho a agosto de 2017, de artigos que investigaram a relação entre bioética e exposição de pacientes em mídias sociais eletrônicas no Brasil.

Tentou-se incluir artigos publicados até 10 anos atrás, mas nas bases de dados pesquisadas, encontrou-se 6 artigos que abordam a temática em estudo. Portanto, incluíram-se os artigos publicados no período de 2015 a 2017, devido à indisponibilidade de estudos na literatura Brasileira, isso se justifica por tais questões serem debatidas recentemente. Selecionou-se os escritos em português. Excluíram-se os artigos que não estavam com texto disponível na íntegra, visto que esse fato dificultava e/ou impossibilitava a extração de informações relevantes para a investigação dos fatores e desfecho estudados.

Utilizou-se como descritores de assunto as seguintes palavras-chave em português: “Bioética”, “Mídias sociais”, “Profissões de saúde” e “Pacientes”.

Os artigos foram apresentados em um quadro. Os dados qualitativos foram analisados por meio do diálogo com outras literaturas que se relacionam com a temática em estudo, além das experiências teóricas e práticas dos referidos autores.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 6 artigos resgatados, todos foram oriundos de estudos atuais, de 2015 a 2017, evidenciando que esta discussão sobre exposição de pacientes em mídias sociais é uma preocupação recente. As populações trabalhadas nos estudos consistiam em pacientes que forma abordados tanto no ambiente hospitalar como fora dele. Todos os trabalhos enfatizaram a necessidade dos profissionais terem uma postura ética diante de uma contemporaneidade marcada pela “era digital”. Devido as inúmeras infrações éticas possibilitadas neste contexto os conselhos de classe de todas as profissões da saúde tem atuado na intenção de coibir práticas antiéticas (Quadro 1).

Todos os estudos objetivavam debater sobre o sigilo profissional como direito do paciente e dever dos profissionais. Foi consenso entre todos os autores a necessidade de se respeitar o anonimato dos pacientes, sendo o sigilo profissional uma das premissas éticas básicas. Em outras palavras, o debate sobre exposição de pacientes é válido e extremamente necessário, uma vez que, cada dia surgem novas mídias sociais e a “necessidade” de autoafirmação dos sujeitos frente ao seu trabalho, mostrando por imagens “seu sucesso profissional”, está cada dia mais frequente (Quadro 1).

**Quadro 1.** Distribuição dos artigos da temática em estudo, segundo autores, ano, título, objetivos e conclusões das publicações selecionadas para o estudo.

AUTORES	ANO	TÍTULO	OBJETIVOS	CONCLUSÕES
Villas-Boas	2015	O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente	Breve comentário acerca do sigilo profissional como direito do paciente, dever do profissional e mecanismo de proteção ao paciente, em sua autonomia, indicando alguns dos principais aspectos em que se cumpre observá-lo na prática cotidiana, bem como algumas de suas repercussões éticas e jurídicas.	O sigilo é direito do paciente e dever do profissional, sobretudo no que tange às relações interpessoais na área de saúde. Sua garantia permite o exercício mais autônomo da diversidade e da individualidade, mediante a proteção contra pressões externas eventualmente coercitivas, com vistas à equalização majoritária ou mesmo minoritária representativa do meio social.
Carvalho et al.	2017	Recomendações para a proteção da privacidade do paciente	Os autores sugerem situações hipotéticas que exemplificam problemas comumente abordados na atuação de comitê de bioética clínica, contextualizando-os no Brasil e no mundo, e sugerindo passos para minimizar potenciais problemas	Em um mundo em que o conhecimento médico cresce de forma constante, em que informações são transmitidas por diversas mídias de forma quase instantânea, e no qual a judicialização da saúde está cada vez mais presente, a preocupação com aspectos bioéticos assume papel cada vez mais relevante. A proteção da privacidade das informações médicas re-
			de quebra de privacidade e de confidencialidade.	quer atenção e educação contínuas de profissionais da área da saúde e de todos aqueles envolvidos com aquisição, uso e armazenamento de dados relativos à saúde de pacientes.

Martorell, Nascimento e Garrafa	2015	Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética: a exposição de imagens de pacientes no <i>facebook</i>	Identificar situações potenciais de quebra de confidencialidade ou privacidade promovidas por profissionais de saúde por meio da publicação de imagens, postadas na rede social <i>facebook</i> , de situações relacionadas direta ou indiretamente com seus pacientes.	Os profissionais de saúde devem dispensar especial atenção às publicações que queiram compartilhar nas redes sociais, sobretudo aquelas nas quais informações particulares sobre seus pacientes possam ser identificadas. As publicações feitas em redes sociais não proporcionam fundamentação razoável para que profissionais de saúde relativizem seu dever de respeito à privacidade e confidencialidade com relação aos seus pacientes.
Martorell et al.	2016	O Uso de Imagens em Redes Sociais e o Respeito ao Paciente Odontológico	Analisar sob uma perspectiva ética e legal as imagens da rede social virtual conhecida por <i>Instagram</i> em que apareçam pacientes odontológicos utilizando palavras-chave que recuperassem imagens associadas às diversas especialidades odontológicas.	As imagens encontradas na rede social <i>Instagram</i> demonstram que alguns cirurgiões-dentistas têm desrespeitado os princípios do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) por publicarem imagens de pacientes em veículo de comunicação leiga, além de potencialmente estarem desrespeitando a privacidade dos pacientes e o dever de confidencialidade que devem a estes.
Moraes e Zanovello	2017	A utilização das redes sociais em saúde e suas implicações na Bioética	Conhecer a importância da utilização das redes sociais na saúde à luz da Bioética.	Embora a maioria dos profissionais da saúde relatem que não realizam imagens de pacientes, também denunciam que esta é uma prática corriqueira por parte daqueles que os cercam. Também destacam a necessidade de ampliar os espaços de formação em bioética.
Nigre	2017	Sigilo Profissional, uma Visão Hodierna dos Problemas Enfrentados e o Apelo das Redes Sociais	Refletir sobre o dever de sigilo profissional de médicos e cirurgiões-dentistas no que concerne às informações coletadas e armazenadas no prontuário dos pacientes no decorrer do exercício do <i>munus</i> profissional, em sua totalidade e o uso indiscriminado das redes sociais.	Compete a todos aqueles que atuam no setor relacionado à saúde adequarem-se às mudanças tecnológicas exigíveis para a realização de seu <i>munus</i> profissional, assim como aprimorar o relacionamento humano com seus pacientes, de acordo com os princípios bioéticos, deontológicos e legais, evitando a todo custo a autopromoção imoral, aética e ilegal e a exposição, a que título for, do paciente.

Para Cunha e Patrício (2008), o conceito de privacidade é compreendido como a proteção de informações ou condição de inacessibilidade às informações, abrangendo também os objetos e os relacionamentos íntimos entre pessoas. Esse conceito baseia-se na definição sobre quem pode ou não ter acesso e a quais informações, determinando o que pode ou não ser revelado sem que haja perda ou violação da privacidade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Assim, os profissionais de saúde devem conhecer os princípios éticos que envolvem cada conduta tomada por eles. A importância das disciplinas de bioética na formação destes sujeitos são incontestáveis, e devem sempre serem abordadas, até mesmo, em outros contextos de “formação formal” (família, igreja, comunidade).

Um dos maiores valores éticos da prática médica/em saúde, em geral, se não o maior, é a confidencialidade. Hipócrates, em seu juramento, recomendava que qualquer conhecimento advindo da função profissional, obtido privadamente, não deveria ser revelado a ninguém, mas mantido em segredo (FRANCISCONI; GOLDIN, 1998).

Desta forma, na era da informática a observância do sigilo torna-se mais difícil e seu cumprimento mais frágil. É regra que as informações dos beneficiários estejam disponíveis em banco de dados informatizados. Em paralelo, a internet facilitou enormemente a disseminação de informações favorecendo para inúmeras pessoas o acesso a esses bancos de dados, o que possibilita a violação da privacidade (CUNHA; PATRÍCIO, 2008). De acordo com Thomas Percival:

Segredo e delicadeza, quando requeridos por circunstâncias peculiares, deverão ser estritamente observados. O relacionamento familiar é confidencial, ao qual os médicos são admitidos nas suas visitas profissionais, deve ser utilizado com discrição e com o mais escrupuloso cuidado quanto à fidelidade e à honra (THOMAS PERCIVAL, *apud* NIGRE, 2017).

Assim, de acordo com Possoli, Nascimento e Silva (2015), o crescimento do uso de redes sociais virtuais tem sido exponencial no Brasil. São cerca de oitenta milhões de brasileiros com contas ativas em *Social Networking Sites* como *Facebook*, *Instagram*, *Twitter*, *Tumblr* e *Flickr*. Portanto, o debate sobre o uso das tecnologias é necessário, e vem se tornando um problema da Bioética, uma vez, que informações sobre os pacientes são veiculadas por meio destas redes sociais, como evidencia os estudos selecionados para compor esta revisão.

## CONCLUSÃO

Os estudos são incisivos e corroboram a responsabilidade do profissional em resguardar a privacidade de seu cliente. Os conselhos profissionais, ancorados da literatura acerca da bioética, são contrários a práticas de autopromoção profissional que transgridam o direito ao anonimato do pacientes. Neste sentido, atuam de forma a coibir práticas que utilizem imagens de pacientes em redes sociais, para fins de divulgação profissional.

Este debate é de suma importância em um período em que a tecnologia e as mídias sociais são utilizadas indiscriminadamente, podendo resultar em atitudes antiéticas. Vale ressaltar que o maior conhecimento por parte dos pacientes sobre seus direitos culminou em no fenômeno da judicialização da saúde. Deste modo, o profissional da saúde deve estar constantemente atento às normas e princípios éticos.

Por fim, cabe direcionar a responsabilidade destes atos, também, para as faculdades, institutos, universidades, instituições de ensino superior, formadoras destes profissionais. A necessidade do ensino de Bioética na formação acadêmica é imprescindível e deve ser perene e transversal a todo o curso.

## REFERÊNCIAS

- BATISTA, R. E.; CAMPANHARO, C. R.; COHAS, C. R. Ética e legalidade na era da imagem digital. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 5, p. 1-2, 2012.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo: Saraiva, 2000. BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
- CARVALHAL, et al. Recomendações para a proteção da privacidade do paciente. **Rev. bioét.**, v. 25, n. 1, p. 39-43, 2017.
- COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V, editores. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 269-84.
- CUNHA, L.; PATRÍCIO, Z. M. Confidencialidade e privacidade em planos de saúde. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 141-154, 2008.
- DURANT, G. **Introdução Geral à Bioética, História, Conceitos e Instrumentos**. 1ª Edição, São Paulo: Edições Loyola, 2003.
- FRANCISCONI, C. F.; GOLDIN, J. R. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: POSSOLI, G. E.; NASCIMENTO, G. L.; SILVA, J. O. M. A Utilização do Facebook no Contexto Acadêmico: o Perfil de Utilização e as Contribuições Pedagógicas e para Educação em Saúde. **Renote**, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2015.
- LOCH, J. A. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. **Bioética**, v. 11, n. 1, p. 51-64, 2003.
- MARTORELL, et al. O Uso de Imagens em Redes Sociais e o Respeito ao Paciente Odontológico. **J Health Sci**, v. 18, n. 2, p. 104-110, 2016.
- MARTORELL, L. B.; NASCIMENTO, W. F.; GARRAFA, V. Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética: a exposição de imagens de pacientes no *facebook*. **Interface - comunicação, saúde e educação**, v. 20, s/n, p. 13-23, 2016.

MORAES, L. P.R.; ZANOVELLO, A. L. A utilização das redes sociais em saúde e suas implicações na Bioética. *Administrado Hospitalar*, v. 1, s/n, s/p. Disponível em: <http://www.administradorhospitalar.com.br/publicacoes-individual/-A-utilizacao-das-redes-sociais-em-saude-e-suas-implicacoes-na-Bioetica#.WYtcsFWGPIU>. Acesso em: 10 de ago 2017.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 5ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2000.

SACARDO, D. P.; FORTES, P. A. C. Desafios para a preservação da privacidade no contexto da saúde. **Bioética**, v. 8, n. 2, p. 307-322, 2000.

VILLAS-BOAS, M. E. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Rev. bioét.**, v. 23, p. 3, p. 513-23, 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por permitir essa trajetória de conhecimentos e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) por total apoio na realização deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA PRESERVAÇÃO AMBIENTAL EM UMA COMUNIDADE INDÍGENA DO PIAUÍ

**Aurilene Soares de Souza<sup>1\*</sup>, Andrea Nunes Mendes de Brito<sup>2</sup>, Fernanda Nogueira Barbosa Lopes<sup>3</sup>, Larissa Campos Rodrigues Pinheiro<sup>4</sup>, Raksandra Mendes dos Santos<sup>5</sup>, Breno de Oliveira Ferreira<sup>6</sup>.**

1. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí. Teresina- Piauí- Brasil
2. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí, Teresina- Piauí- Brasil
3. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí, Teresina- Piauí- Brasil
4. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí, Teresina- Piauí- Brasil
5. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí, Teresina- Piauí- Brasil
6. Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí. Teresina- Piauí- Brasil.

E-mail: [aurilene@bol.com.br](mailto:aurilene@bol.com.br).

Palavras-chave: Preservação ambiental. Comunidade indígena. Crianças. Escola.

### INTRODUÇÃO

A Educação, quando é capaz de mudar hábitos, promove melhorias na vida dos indivíduos e transforma a realidade de uma sociedade (PEREIRA et al., 2005). Em saúde, a educação se torna a teoria e a prática que consideram senso comum de uma população, e é alicerçada na criação de vínculos entre as ações, o pensar e o fazer no cotidiano, objetivando alterar atitudes e comportamentos. Como prática social voltada ao coletivo, a Educação em Saúde representa uma importante possibilidade de ampliação das práticas de promoção da saúde no espaço público (VENÂNCIO et al., 2011).

Quando o público alvo da educação são indivíduos em crescimento e desenvolvimento, o processo de aprendizado apresenta vantagens inerentes. É na infância que se encontra a fase mais propícia ao aprendizado de qualquer natureza. São durante os primeiros anos de vida que os indivíduos são mais capazes de adquirir conhecimento e incorporar hábitos saudáveis a serem perpetuados e multiplicados. Nesse período a característica mais acentuada é a curiosidade e o envolvimento com abordagens lúdicas, acompanhadas de indagação e de curiosidade, estratégias capazes de conduzir ao aprendizado de novos saberes e comportamentos. (SOUZA; VASCONCELOS, 2009).

O ambiente escolar é, dessa forma, um importante espaço facilitador da educação de qualquer natureza. Para a educação em saúde não é diferente, tal espaço permite a incorporação de sabers e práticas que ampliam as visões pedagógicas do processo saúde-doença e contribuem para a formação da autonomia desde os primeiros anos de vida. É conhecido que introduzir precocemente bons comportamentos relacionados à saúde, aumenta a probabilidade de se manter indivíduos saudáveis ao longo dos anos (AQUILANTE et al., 2003; BATISTA et al., 2010).

Nessa perspectiva, a educação em saúde deve se orientar de forma prioritária e decisiva para formar as gerações atuais não impondo ideias e hábitos de vida duros e padronizados, mas, ser capaz de construir indivíduos abertos às indeterminações, às mudanças, às adversidades, às possibilidades de se adaptar e se reinventar num processo complexo de busca por saúde.

É então que o entendimento da saúde em seu conceito ampliado, parte-se como pressuposto indispensável para esta reflexão. O conceito ampliado foi proposto pela histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) de 1986:

“Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. (Brasil, 1986: 4)

Norteadas pelo conceito ampliado da saúde, a educação em saúde na perspectiva ambiental aponta para propostas pedagógicas centradas na conscientização, mudanças de comportamentos, e desenvolvimento de competências relacionadas as relações entre os sujeitos e o habitat ao qual pertencem e os entrelaces do processo saúde-doença existentes.

Dessa forma, a relação entre meio ambiente e educação para a saúde assume um papel cada vez mais desafiador demandando a emergência de novos saberes para apreender processos sociais que se complexificam e riscos que se intensificam (Jacobi, 2004).

O presente texto relata uma experiência de Educação em Saúde da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI) na comunidade indígena de Nazaré, município de Lagoa do São Francisco- Piauí e integrante do Projeto “Piauí tem índio sim”.

Segundo dados do censo de 2010 (IBGE), existem cerca de 2.994 pessoas autodeclaradas indígenas no Piauí. Nesse sentido, o projeto lançado em 19 de abril de 2016 pela SESAPI visa o reconhecimento da existência de povos indígenas no estado e a adoção de estratégias com vistas a melhorias no acesso a uma saúde integral, resolutiva e de qualidade para essa população.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência de uma ação de educação em saúde realizada pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) em uma Comunidade com ancestrais Indígenas localizada no norte do Estado do Piauí. Esta atividade realizada pelo corpo de profissionais da Residência faz parte de um projeto desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI) intitulado “Piauí tem Índio Sim”. De modo que foram realizadas várias intervenções nessa localidade, entre elas, uma ação sobre proteção do meio ambiente, na qual, foram selecionadas aproximadamente 20 crianças de faixa etária entre 3 a 5 anos para participar da atividade, que foi facilitada por profissionais das categorias Fisioterapia, Educação Física, Odontologia, Psicologia e Nutrição.

As crianças foram recebidas no pátio pelos facilitadores, que junto com elas formaram uma grande roda, em seguida realizou-se alongamento muscular para despertar os pequenos e integra-los com os residentes, e depois, cantarolamos e dançamos cirandas que os próprios alunos sugeriam. Após este momento, foi realizada a atividade principal intitulada “Rio Limpo e Rio Sujo”, em que os residentes falaram sobre a importância da preservação ambiental e questionaram os alunos sobre como o rio deve ser, então os alunos ficaram em volta do rio, que foi feito de papel celofane verde, cheio de lixo como copos descartáveis, papéis, garrafas plásticas, entre outros e com peixes desenhados em papel amassados representando os peixes mortos.

Os facilitadores questionavam sobre as consequências de toda aquela sujeira no rio, no momento seguinte as crianças retiraram todo o lixo e depositaram em lixeiras dispostas no pátio da escola; quando o rio estava completamente limpo os residentes trocaram o papel celofane verde pelo azul e entregaram peixes e plantas para que as crianças colocassem no rio, mostrando que um rio limpo possui beleza e vida. As crianças participaram ativamente da atividade, e respondiam tudo que era perguntado, deram nome ao rio e falaram sobre a importância dele na vida delas. Ao final, todos (facilitadores, professores e crianças) cantaram a melodia “Peixe Vivo” comemorando a preservação do rio e a importância da preservação ambiental.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Percebe-se a sensibilização das crianças sobre os hábitos de vida saudáveis de forma a serem multiplicadores de informações com os pais, colegas e demais membros da comunidade. Foi evidenciado que, durante as atividades, as crianças possuíam interesse em participar por terem um contato maior com a natureza e por ser uma proposta que fugia da rotina escolar. As atividades educativas explicadas de forma lúdica e com linguagem simples e direta oportunizaram as crianças aprenderem e interagirem mais.

A forma de mostrar figuras do rio poluído e não poluído permitiu apresentar a natureza com suas belezas, curiosidades e fragilidades. Mostrar lados negativos e positivos da ação do homem e valorizar a preservação. Um aspecto importante que foi levantado foi avaliar o conhecimento prévio das crianças para compará-lo com o posterior visto que essa etapa traz informações preciosas que garantem uma avaliação eficaz.

Com esta ação foi possível discutirmos de forma lúdica questões referentes à proteção ambiental, que são tão caras às comunidades indígenas. Sendo este um tema que carece de discussão, diante do atual cenário em que a referida população busca reconhecimento como indígena. Uma vez que povos indígenas têm nos seus primórdios, uma ligação forte com a natureza, através da qual retiravam sua subsistência, cultivando a terra e, assim mantendo vivas tradições, costumes, para serem transmitidas aos seus descendentes (WEIS, 2017).

Diante deste contexto de resgate de sua história, percebe-se a relevância da atividade “Rio limpo/Rio sujo”, na comunidade em questão. Ressaltando que um dos objetivos da Residência, ao interiorizar o seu fazer, é levar às comunidades visitadas ações que possam ser produtoras de sentido, que possam ir ao encontro de questões relevantes para a população assistida.

De modo que durante a atividade percebe-se um “interesse vivo” nas crianças, por ser discutido de forma lúdica algo que faz parte da sua realidade, o que ficou evidenciado através das falas dos participantes, que traziam relatos sobre banhos que tomavam no rio que cortava a região e da importância da água para suas vidas e suas atividades cotidianas. Além de compartilhar experiências locais, neste momento foi possível discutir com as crianças aspectos positivos e negativos da ação do homem, e de como esse pode ser agente de destruição ou de construção/transformação.

Apesar de serem discutidos aspectos negativos da ação humana, nesta atividade o que mais se sobressaíram foram os aspectos positivos, a forma como o rio sujo foi transformado em rio limpo através da ação conjunta de todos os presentes, ressaltando assim a força que a comunidade tem quando se une diante de um objetivo em comum, que no contexto ampliado é busca pela sua identidade indígena.

## CONCLUSÃO

A atividade proporcionou momentos de reflexão sobre a importância da preservação ambiental, assim como, do uso consciente da água, contribuindo para a formação de uma consciência ecológica infantil. Ação de relevância significativa pois quanto mais cedo o tema for abordado com as crianças, maiores as chances de despertar a consciência para preservação. Dessa forma, a educação para uma vida sustentável deve começar já na pré-escola.

## REFERÊNCIAS

- AQUILANTE, A. G. et al. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 32, n. 1, p. 39-45, 2003.
- BATISTA, M. J. et al. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e unidade de saúde da família em Piracicaba, SP, Brasil. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 46, n. 3, p.144-151, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1986. (Anais)
- JACOBI, P. Educação e meio ambiente—transformando as práticas. **Revista Brasileira de Educação Ambiental, Brasília, n. 0**, p. 28-35, 2004.
- PEREIRA, A. A. et al. Avaliação do programa de educação em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 28-31, 2005.
- SOUZA, L. L.; VASCONCELOS, M. S. Juízo e ação moral: desafios teóricos em psicologia. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 343-352, 2009.
- VENÂNCIO, D. R. et al. Promoção da saúde bucal: desenvolvendo material lúdico para crianças na faixa pré-escolar. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 153-156, 2011.
- WEIS, B. M. C. Relação cultural dos povos tradicionais indígenas com o meio ambiente e a sustentabilidade. **Direito e Humanidades**, n. 26, p. 17-23, 2017.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA POR PUÉRPERAS

**Samuel Fernandes Souza de Oliveira<sup>1\*</sup>, Julio Cesar de Oliveira Silva<sup>2</sup>, George Jo Bezerra Sousa<sup>3</sup>, Anna Paula Sousa da Silva<sup>4</sup>, Luciana Kelly Ximenes dos Santos<sup>5</sup>, Aline de Souza Pereira<sup>6</sup>.**

1 Enfermeiro: Pós Graduando em Saúde Pública – UECE

2 Enfermeiro: Graduado pela Fanor

3. Enfermeiro: Mestrando do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem – UECE

4. Enfermeira: Doutora em Enfermagem UFC: Hospital Geral de Fortaleza. Docente Fanor

5. Enfermeira: Doutora em Farmacologia – UFC – Hospital Infantil Albert Sabin

6. Enfermeira: Doutora em Saúde Coletiva associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente Estácio FIC e Unichristus

E-mail: samuelfernandes\_os@hotmail.com

Palavras-chave: Percepção. Violência Obstétrica. Puérpera.

### INTRODUÇÃO

Entende-se violência obstétrica como toda conduta, ato ou omissão por profissionais de saúde que, direta ou indiretamente, seja na esfera pública ou privada, afetem os processos do corpo e reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumanizado, um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais femininos (GARCÍA-JORDÁ; DÍAZ-BERNAL; ÁLAMO, 2012; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A violência à mulher durante o trabalho de parto constitui-se em um problema de saúde pública. Uma em cada quatro mulheres relata maus tratos durante o parto (DINIZ; CHACHAM, 2006). Esta violência pode ser expressa pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, violência física, não-utilização de analgésicos quando indicado, uso inadequado da tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários resultando em uma cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

Outras características da violência durante a gestação são descritas pelas seguintes ações: negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde, onde é realizado o acompanhamento do pré-natal; comentários constrangedores à mulher por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos (DPESP, 2013).

A mulher e seu corpo têm sido vistos como máquina, onde os engenheiros são os profissionais que acreditam que detêm todo o saber sobre ela, negligenciando informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mesma no gestar e parir, contrariando muitas vezes a Política Nacional de Humanização (2004), mudando o foco da mulher para o procedimento, deixando-as mais vulneráveis à violência. Silenciada pelos profissionais e pela própria parturiente. Porém, ao sair da instituição a mesma carrega consigo a amarga vivência e o trauma de uma assistência desumanizada (ANDRADE; AGGIO, 2014).

A humanização do parto se situa no marco mais geral dos direitos sexuais e reprodutivos, os quais incluem a garantia à maternidade segura, à contracepção e ao aborto (AQUINO, 2014). Percebe-se que uma das melhores maneiras de combater a violência obstétrica é informando a mulher do que se trata, assim, a informação ela passa a ter voz e pode se defender de tais atos. Dessa forma, esse estudo objetiva discutir o conceito de violência obstétrica relatado por puérperas.

### METODOLOGIA

Trata-se de um recorte com estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no período de maio a julho de 2016, em um hospital municipal localizado na regional V do município de Fortaleza-CE. A amostra foi constituída pelas puérperas que estavam internadas no alojamento conjunto do hospital. O número de puérperas foi estipulado por saturação dos dados resultando em 29 puérperas que participaram da pesquisa.

Os critérios de inclusão utilizados foram mulheres que pariram de parto vaginal ou passaram pela cirurgia cesariana. Foram excluídas as puérperas menores de 18 anos. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário semi-estruturado com perguntas simples que foi aplicado diante do pesquisador.

A pesquisa foi analisada através do método análise de conteúdo que segundo Bardin (2011). A técnica de análise desses dados foi a Análise categorial de Bardin (2011), que processa os dados obtidos em categorias. Também foi utilizado o Microsoft Excel para a tabulação dos dados.

O presente estudo respeitou os princípios éticos e legais que envolvem seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi analisada e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Academia Cearense de Odontologia – ACO/Centro de Educação, com o número do parecer: 1.393.449 no dia 22 de fevereiro de 2016.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Será inicialmente apresentado um rápido perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de puérperas internadas em uma maternidade de Fortaleza e a percepção das puérperas sobre situações de violência obstétrica. Serão apresentados também, situações vivenciadas pelas puérperas no ambiente hospitalar, evidenciando as principais tipologias de violência obstétrica.

Das mulheres entrevistadas, observou-se uma predominância do grupo de 18 a 25 anos (37,93%, n=11) e de 26 a 30 anos (34,48%, n=10), de etnia parda (86,20%, n=25), em um relacionamento estável (55,17%, n=16). Registrou-se que a maioria vive em uma casa entre quatro a seis habitantes (75,86%, n=22) e que elas têm o ensino fundamental incompleto (44,82%, n=13). Em relação a atividade laboral, observou-se, principalmente, que 44,82% (n=13) delas eram desempregadas e que 34,48% (n=10) trabalhavam de forma autônoma.

A seguir será discutido os tipos de violência obstétrica trazido pela resposta das puérperas, no qual seus relatos foram analisados e categorizados conforme explicado na metodologia. Bardin (2011) organiza a análise do conteúdo em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Para adequar o relato das puérperas as características de violência obstétrica, adotamos o conceito de tipologias e características de violência obstétrica da Rede Parto do Princípio (2012) que define a existência de violência obstétrica de diversas características, sendo elas de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

Dentre os relatos das puérperas, a violência de caráter psicológico foi a que mais predominou (27,58%, n=08). Elas citaram em seus discursos o caráter psicológico para conceituar de maneira empírica a violência obstétrica. Como no seguinte relato:

“É... tratá-la com indelicadeza. Não ter paciência com ela. E na hora do parto ela tá só, sentindo dor, deixá-la só, não ter uma palavra de conforto... que vai dar tudo certo. Ter alguém que pegue na mão dela na hora. É isso.” - P13.

As puérperas que fizeram parte destes relatos sempre citavam a indelicadeza, a impaciência e o abandono dos profissionais como ações que feriam sua dignidade e entristecem o momento do parto. Algumas delas citaram a falta de cuidados de alguns profissionais como forma preponderante de violência obstétrica com caráter psicológico. Para algumas a violência obstétrica é: “*Ficar sem amparo dos profissionais [...]*” - P21.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013) conceitua violência obstétrica de caráter psicológico como toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Algumas dessas ações foram relatadas pelas puérperas que participaram da pesquisa.

Seguindo a ordem de predominância, temos a violência de caráter institucional, onde 17,24% (n=05) delas relataram e caracterizaram de maneira empírica tal violência. Como no seguinte relato: “*Chegar e não ser atendida... botar pra outro canto [...] Falta de atenção... Às vezes a gente faz uma pergunta e eles não respondem.*” P3.

As puérperas que fizeram esses relatos sempre citavam o impedimento da entrada no hospital, o impedimento da entrada do acompanhante na sala de parto ou centro cirúrgico, peregrinação em busca de vaga em hospitais e falta de informações pelos profissionais como ações que feriam sua dignidade da mulher. Outros relatos como: “*Ficar sem acompanhante.*” P2 e “*Deixar a mulher esperando lá fora com dor feito bicho lá fora [...]*” P22. Foram bastante repetitivas nos relatos das puérperas.

Segundo a Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005, fica garantido às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Sendo, portanto a rede própria ou conveniada ao SUS obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante de sua escolha.

Nesse sentido, a violência obstétrica institucional pode ser identificada de várias formas, como por exemplo: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e de tempo para a clientela; frieza; rispidez; falta de atenção; negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo idade, orientação sexual, deficiência física, gênero, racismo, doença mental; violação dos direitos reprodutivos (criminalização das mulheres em decurso de abortamento); aceleração do parto para liberar leitos; pré-conceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas para o HIV, quando

estão grávidas ou tencionam engravidar; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; SANTOS; SOUZA, 2015).

Segundo Aguiar e D'Oliveira (2011), a violência institucional nas maternidades públicas brasileiras é determinada, de certa forma, por uma violência de gênero, transformando diferenças, como ser pobre e mulher, em desigualdades.

O próximo tipo de violência foi o de caráter físico onde 10,34% (n=03) delas relataram e caracterizaram de maneira perceptiva tal violência. Como no seguinte relato: "*Seria como se eles... Quisessem que eu tivesse o bebê a força. Sem dá assistência. Médico ignorante.*" P6.

As outras duas puérperas citaram o ato de agredir para caracterizar a violência obstétrica de caráter físico. O termo: "*Agressão.*" (P7; P15) foi à maneira mais concreta que elas racionalizaram para conceituar violência contra a mulher no parto. Os temas abandono assistencial, indiferença no cuidado e agressividade foram os tópicos encontrados nos relatos das puérperas que fizeram parte deste grupo.

A violência obstétrica física é identificada quando são realizadas práticas invasivas na mulher no processo da parturição, como o fornecimento de medicação que não são justificadas pelo estado de saúde da mãe ou a pessoa por nascer, ou quando não são respeitados os tempos do parto ou as possibilidades de nascimento biológico (GUERRA, 2008).

Barboza e Mota (2016) afirmam que é comum nos hospitais e maternidades brasileiras a reprodução de uma ideologia que valoriza a mulher que fica calada e é obediente a todas as solicitações, sem questionamentos, reforçando a visão da mulher dócil e submissa que não dá trabalho a equipe. A figura da mulher "escandalosa" é vista como um problema pelos profissionais e frequentemente estas sofrem ameaças e maus-tratos dentro dos hospitais e maternidades públicas, sendo caracterizada por ser a mulher que grita demais, que chama pelos parentes, que não faz a força necessária e não aceita todos os procedimentos impostos para ela.

Por fim, temos a violência de caráter sexual, onde 10,34% (n=03) delas caracterizaram tal violência, como no seguinte relato: "*Acho violência contra a mulher o obstetra apalpar os seios da gestante.*" P12. Em relação à violência obstétrica, as atitudes apontadas pelas puérperas foram: exames de toque constrangedores e exagerados, palpação dos seios e exposição do corpo da mulher de maneira ríspida, foram às situações que para elas conceituaram violência obstétrica. Outros relatos como: "*Abusos manual constrangedores.*" P17 e "[...] *exame de toque exagerado [...]*" P27. Foram outras reclamações das puérperas.

A Rede Parto do Principio (2012) define violência obstétrica de caráter sexual como ações que se referem ao controle da sexualidade da mulher através do abuso da posição de poder e confiança. Como: assédio sexual, flerte, cantadas, contatos físicos forçados, convites impertinentes, insinuações, incitações sexuais.

Nesse tipo de violência é imposta uma ação sobre a mulher que viola a sua intimidade e seu pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, e tal fato é tipificado como violência obstétrica de caráter sexual independente do agressor ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do corpo da parturiente (PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015).

Outra informação importante que foi encontrada foi que 27,58% (n=08) das puérperas participantes da pesquisa não sabem do que se trata ou não sabem conceituar de maneira empírica violência obstétrica. Relatos como: "*Não sei explicar*" P14 e "*Não sei.*" P23 fizeram parte de todas as narrativas das puérperas dessa categoria.

Ainda fizeram parte a categoria respostas incoerentes, 6,89% (n=02) das puérperas, ao serem indagadas sobre o que para elas se tratavam de violência contra a mulher no parto, deram respostas sem nexos ou apenas demonstraram seu sentimento pelo ato violento contra as mulheres na parturição, mas sem ao menos conceituar de maneira empírica. A puérpera 4 disse que é: "*Terrível. É algo inadmissível*" e a puérpera 10 relatou que: "*Durante o parto, são feitos exames que não podem ser concluídos principalmente quando o parto é de risco*". Portanto, nenhuma delas tentou conceituar violência obstétrica. Uma apenas relatou o seu sentimento pelo ato, e a outra citou os inúmeros exames inconclusivos realizados nelas.

O conceito violência obstétrica é relativamente novo, embora as mulheres, que procuram atendimento a sua saúde sexual e reprodutiva, sejam desrespeitadas há muito tempo. Existe na população a tendência a tratar qualquer tipo de violência contra a mulher como algo natural. Se a mulher contesta o tratamento rude de um profissional de saúde, os mesmos dizem que ela provocou a situação de violência ocorrida, ou, ainda, que o estresse profissional, o cansaço, são justificativas para a violência sofrida, devendo a mulher relevar a situação (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

## CONCLUSÃO

A partir desse estudo observou-se que muitas formas de violência obstétrica ainda acontecem durante os diferentes momentos da parturição e que embora grande parte das mulheres não tivesse elevado grau de instrução, muitas delas identificaram formas de violência obstétrica como as de cunho psicológico, institucional, físico e sexual.

Dessa forma, entende-se que a violência obstétrica é conhecida por essa população, mas que ainda permanece calada por algum motivo. Fazer entender que a violência obstétrica é um problema de saúde pública e que as mulheres possuem direitos durante seus trabalhos de parto é uma responsabilidade dos profissionais que as atendem.

A delicadeza que esse tema traz e a coragem para se discutir sobre o mesmo podem ser apontados como limitações desse estudo uma vez que muitas puérperas poderiam se sentir ameaçadas de alguma forma e escondendo alguns relatos. Recomenda-se por tanto, que pesquisas que abordem esse tema continuem sendo realizadas a fim de se entender como se dão essas formas de violências.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p.79-92, mar. 2011.
- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p.79-92, mar. 2011.
- ANDRADE, Briena Padilha, AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, ISSN 2177-8248. Londrina, 2014.
- AQUINO, Estela M. L.. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro - RJ, v. 10, n. 8, p.01-02, jan. 2014.
- BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 1, n. 5, p.119-129, mar. 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Reimpressão. Edições 70. Lisboa. 2011.
- BRASIL. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 7 de abril. 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 05 nov. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: Documento para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora Ms, 2004. 51 p.
- DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência Obstétrica, você sabe o que é?** São Paulo: Coordenadoria e Assessoria de Imprensa da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2013.
- DINIZ, Simone G; CHACHAM, Alessandra S. **O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. *Questões Saúde Reprod.* 2006; 1(1): 80- 91.
- GUERRA, Gidder Benítez. Editorial Violência Obstétrica. **Revista de La Facultad de Medicina**, Caracas, v. 1, n. 31, p.5-6, out. 2008.
- JORDÁ, Dailys García; BERNAL, Zoe Díaz; ÁLAMO, Marlen Acosta. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Habana, v. 7, n. 17, p.1893-1993, jan. 2012.
- PÉREZ, Bárbara Angélica Gómez; OLIVEIRA, Edilaine Varjão; LAGO, Mariana Santos. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Rio de Janeiro-rj, p.66-77, jan. 2015.
- REDE PARTO DO PRINCÍPIO (Org.). **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. Brasília: Parto do Princípio – Mulheres em Rede Pela Maternidade Ativa, 2012.
- SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Nádia Ferreira de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (unifap)**, Macapá-ap, v. 1, n. 5, p.57-68, jan. 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao hospital por ter facilitado e ajudado no processo de obtenção do parecer do CEP para realização da pesquisa. Agradeço também aos colaboradores na coleta dos dados, tabulação e construção dos resultados da pesquisa. E principalmente agradeço todas as participantes da pesquisa que se dispuseram a gerar tal conteúdo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA

Denise Soares de Oliveira<sup>1\*</sup>, Laura Nascimento Silva Furtado<sup>2</sup>, Flávia Barbosa de Azevedo<sup>3</sup>, Cléria Maria Lobo Bittar<sup>4</sup>.

*1 Mestranda do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde, Universidade de Franca, SP, Brasil.*

*2 Psicóloga e pesquisadora participante.*

*3 Enfermeira oncologista e pesquisadora participante.*

*4 Docente do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde, Universidade de Franca, SP, Brasil.*

E-mail: cleria.bittar@unifran.edu.br

Palavras-chave: Espiritualidade. Qualidade de vida. Paciente oncológico.

### INTRODUÇÃO

De acordo com as estimativas mundiais do projeto da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer, em 2012 foi registrado o total de 14,1 milhões de casos novos e de 8,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo. Os tipos de câncer mais incidentes foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão) (FERLAY et al., 2015). O diagnóstico de câncer gera grande impacto emocional ao paciente e seus familiares, além de suas diversas formas de tratamento. A terapêutica do câncer é composta, basicamente, por três modalidades: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Especificamente em relação a quimioterapia, os agentes quimioterápicos, são substâncias químicas que, isoladas ou em combinação, são capazes de diminuir o metabolismo das células neoplásicas ou de destruí-las completamente, direta ou indiretamente, através da alteração dos processos de divisão celular (BONASSA; GATO, 2012). É consenso que os efeitos colaterais provocados pela ação dos quimioterápicos, comprometem de forma significativa a qualidade de vida (QV) dos pacientes. A OMS define QV como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Apoiado pelo conceito amplo da OMS de que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, o foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade. Assim, podemos ver que religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de QV, sendo, na verdade, uma de suas dimensões (PANZINI et al., 2007). A *espiritualidade* coloca questões a respeito do significado da vida e da razão de viver não se limitando a alguns tipos de crenças ou práticas. A religião é definida como a “crença na existência de uma poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo”. *Religiosidade* é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Já as *crenças pessoais* podem ser quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta e que formam a base de seu estilo de vida e de seu comportamento. (FLECK et al., 2003). Sendo a espiritualidade considerada uma importante estratégia de enfrentamento (*coping*), aliada a outras formas de apoio e redes sociais, a presente pesquisa tem como objetivo avaliar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pacientes em quimioterapia.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, desenvolvido em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, de uma cidade do interior do estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada no período abril a julho de 2017. A população foi composta por 50 pacientes com câncer em tratamento de quimioterapia. Para o alcance dos objetivos propostos foi utilizado um instrumento de coleta de dados, sendo um formulário de entrevista, com perguntas fechadas para a caracterização socio demográfica e clínica, abertas para abordagem temática no tocante a espiritualidade, religiosidade, dificuldades enfrentadas frente ao diagnóstico e formas de apoio utilizado pelos pacientes, elaborado pela própria pesquisadora. Foram considerados critérios de inclusão: idade mínima de 18 anos; com diagnóstico de câncer independente do estadiamento; estar em tratamento de quimioterapia (neo-adjuvante, adjuvante ou paliativa) isolada ou associada a outro tipo de tratamento (radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia); apresentar condições cognitivas para compreender e responder as questões; concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE.)

Os dados obtidos foram digitados em banco de dados previamente elaborado no programa Microsoft Excel 2010, validados por dupla digitação e importados para o aplicativo Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 15.0), para processamento e análise. Os dados extraídos do roteiro de entrevista foram submetidos à análise descritiva e apresentados por meio de frequências absoluta e relativa. As respostas às questões foram registradas na íntegra e apresentadas de modo a possibilitarem a descrição das dúvidas sobre a doença e tratamento, dificuldades e limitações enfrentadas e o apoio social recebido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo foi realizado, sob a CAAE nº 65037417.7.0000.5495

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que a maioria dos participantes foi do sexo feminino 76 (75%), que a idade variou entre 22 e 74 anos, com maior frequência 16 (32%), nas faixas etária de 60 a 69, eram casados 28 (56%), nível de escolaridade com primeiro grau completo 15 (30%), profissionalmente ativos em 37 (74%). Em relação à religião, declararam-se católicos 31 (62%), seguido de evangélicos 12 (24%) e espírita 05 (10%). Em relação ao tipo de câncer, a maior parte com câncer de mama 18 (36%), seguido de câncer de colon/reto 13 (26%) e outros tipos de câncer 17 (34%). Quanto à finalidade da quimioterapia prevaleceram adjuvância 22 (44%), neo-adjuvância 07 (4%), curativa 02 (04%) e paliativa 19 (38%). No que diz respeito ao impacto ao diagnóstico e dificuldades enfrentadas pelos participantes frente ao diagnóstico, a maioria relatou sentimentos de tristeza, desamparo, insônia, choro, medo, desespero, grande preocupação com a família, os efeitos colaterais da quimioterapia, além da imagem corporal comprometida. De acordo com a literatura, esses sentimentos geralmente são decorrentes do significado que tem o câncer, como uma doença estigmatizante, que traz muito sofrimento, e com isso o sentimento de medo perante a morte torna-se cada vez mais presente, em suas diversas fases, desde o diagnóstico até o tratamento (GUERRERO et al., 2011). Apontaram também que as principais formas de enfrentamento e apoio foram à espiritualidade, fé, a religião, a família e amigos. Estudos demonstram que a espiritualidade serve como apoio para enfrentar todo o processo de adoecimento e tratamento do câncer. Quando o paciente já não tem forças para enfrentar a doença, a fé torna-se apoio primordial para a continuidade do tratamento. O processo de adoecimento traz muito sofrimento e transformações na vida do paciente e familiar em nível de valores espirituais em que o amor e o vínculo se constroem em alicerce para vencer o sofrimento e a dor (SORATTO et al., 2016).

## CONCLUSÃO

O diagnóstico de câncer provoca vários sentimentos contraditórios no paciente, apesar do grande avanço da ciência e tecnologia, pois ainda é uma doença vinculada a terminalidade da vida. Nesta perspectiva a dimensão espiritual e a religiosidade podem ser formas importantes de enfrentamento do paciente perante o diagnóstico e tratamento do câncer, contribuindo significativamente para melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico. Pelas características sociodemográficas e clínicas dos participantes foi possível ressaltar a necessidade e a importância do comprometimento e da capacitação dos profissionais de saúde para a oferta de acolhimento humanizado, ações planejadas e orientações sobre a doença e suas consequências, fazendo uso de estratégias educativas diversificadas que possam ampliar o conhecimento dos pacientes sobre os procedimentos terapêuticos, minimizando dúvidas e dificuldades, compartilhando com o paciente e sua família os anseios em relação ao processo de tratamento com a quimioterapia e colaborando com a melhora da qualidade de vida dos envolvidos. Neste sentido, compreender como os diferentes tipos de apoio atuam no enfrentamento das adversidades e na aceitação do diagnóstico e do tratamento é primordial para os profissionais de saúde. A escuta profissional humanizada e aberta para entender o sentido da espiritualidade e da fé no enfrentamento da doença e como motivação para tratamento, torna-se uma estratégia importante no intuito de programar ações que visem a garantia de autonomia do paciente, auxiliando-os a ressignificar o sentido da doença, e a buscar em suas crenças a motivação, conforto e esperança necessárias para enfrentá-la e aderirem melhor aos tratamentos propostos. O intuito longe de ser um proselitismo sem fundamento científico, tem demonstrando as virtudes que as crenças pessoais, religiosidade e espiritualidade têm alcançado, para a qualidade de vida e bem-estar dos pacientes, devendo, portanto, ser concebida pelo profissional de saúde como uma ação a ser observada nos cuidados à saúde.

## REFERÊNCIAS

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos.

**São Paulo: Atheneu, 2012.**

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, p. E359-E386, 2015.

FLECK, M. P. D. A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de saúde pública. São Paulo. Vol. 37, n. 4 (ago. 2003), p. 446- 455**, 2003.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente.

**Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, 2011.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 105-115, 2007.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECER PARA COMBATER: PROVOCANDO DIÁLOGOS E PERCEPÇÕES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

**Fernanda Nogueira Barbosa Lopes<sup>1\*</sup>, Glúcio Ramon Araújo Costa Oliveira<sup>1</sup>, Wendersom da Silva do Amaral<sup>1</sup>, Larissa Campos Rodrigues Pinheiro<sup>1</sup>, Ingrid Tajra<sup>2</sup>, Izabel Hérika Gomes Matias Cronenberg<sup>3</sup>.**

1. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

2. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

3. Doutoranda em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

E-mail: fernandanbl@hotmail.com

Palavras-chave: Educação em Saúde. Defesa da Criança e do Adolescente. Atenção Básica. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

As causas e consequências da exploração sexual crescente na vida das crianças e adolescentes tem sido preocupações de vários setores e segmentos de nossa sociedade, assim como dos organismos internacionais, movimentos sociais e de profissionais das mais diversas áreas. Um estudo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006, aponta que a violência contra a criança e adolescente ainda é frequentemente silenciada, dados estatísticos acerca deste problema são escassos e as iniciativas de combate a este tipo de violência costumam priorizar os sintomas e suas consequências, muitas vezes ignorando suas causas. (PAIXÃO; DESLANDES, 2010).

Alguns dos fatores citados por autores brasileiros estão relacionados a influência cultural acerca da crença estabelecida que os cuidadores têm direitos ilimitados sobre crianças e adolescentes, estabelecendo assim uma relação de abuso de poder do mais forte (opressor) sobre o mais fraco (oprimido). A escassez de debates e em alguns espaços o desconhecimento da população acerca desta temática também contribui para a criação de mitos e tabus em torno das questões relacionadas a sexualidade, discriminação e preconceito ligados a questões de gênero, étnico-raciais e moral. As estratégias governamentais utilizadas são fragmentadas e tem sido pouco resolutivas, além da ausência de planos efetivos de enfrentamento nacional alinhados aos compromissos internacionais para proteger crianças e adolescentes vítimas da violência. Sob o ponto de vista social e operativo, está ainda a grande fragilidade e pouca eficiência dos sistemas legislativos, judiciários, educacionais, de assistência social e de saúde em prover e promover à infância e adolescência a proteção que lhes é devida (BAPTISTA *et al.* 2008).

Se tratando de formas de violência, o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes se destaca no que tange ao quantitativo de casos, estudos da Organização Mundial de Saúde (WHO) realizado em 2002, aponta que 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos menores de 18 anos sofreram violência sexual com contato físico. O abuso sexual infantil corresponde a qualquer situação em que um adulto se utiliza de uma criança ou adolescente para satisfazer seu prazer sexual. Este tipo de violência ocorre em todas as classes sociais não estando limitadas a etnia ou credo, podendo atingir crianças e adolescentes de todas as faixas etárias, fora do seu ambiente familiar e na maioria das vezes no ambiente intrafamiliar sendo praticado frequentemente por alguém que a vítima conhece e confia (ANJOS; REBOUCAS, 2015).

As repercussões na saúde das crianças e adolescentes perpassam pela esfera psicológica, física, sócio comportamental e sexual, variando desde fobias, dores sem causa aparente, distúrbios sexuais e até comportamentos considerados antissociais como a prostituição, pedofilia e perpetuação de ciclos de violência (PAIXÃO; DESLANDES, 2010).

No Brasil, o dia 18 de maio foi instituído, por força da Lei Federal 9.970 como o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, sendo essa data marco para a realização da campanha de mobilização nacional para o problema. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí (RMSFC/UESPI) é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde, a qual trabalha na perspectiva multiprofissional temas que impactam na saúde da comunidade, utilizando -se de diversos cenários institucionais para ações de promoção da saúde. Atuando no espaço físico de uma UBS, a equipe de residentes utiliza diversos ambientes para executar suas ações, entre elas a sala de espera.

Diante do exposto, o grupo da RMSFC/UESPI se propôs a oportunizar o debate reflexivo acerca do abuso e exploração de crianças e adolescentes, utilizando a sala de espera da UBS como cenário de diálogos, buscando uma construção coletiva por meio da educação em saúde.



## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência de uma atividade de educação em saúde com temática alusiva ao 18 de maio, Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. A atividade foi facilitada pela equipe da RMSFC - UESPI e aconteceu na sala de espera de uma UBS situada na zona sul de Teresina-Piauí. Nesta UBS atualmente funcionam três equipes da Estratégia Saúde da Família, que fazem a cobertura de toda população do bairro Monte Castelo, além de ser território de atuação da equipe multiprofissional da RMSFC que é formada por profissionais das seguintes categorias: fisioterapeuta, enfermeiro, assistente social, cirurgiões dentistas, nutricionista, psicólogo e profissional de educação física.

Inicialmente os facilitadores fizeram a acolhida contando a história do Caso Araceli, que comoveu toda a nação brasileira em 1973, Araceli era uma criança de 8 anos que foi sequestrada, violentada e cruelmente assassinada após ter sido vítima de abuso sexual. Em seguida iniciaram com ajuda dos participantes a montagem da flor, símbolo da campanha, que associa a delicadeza e fragilidade de uma flor com a de uma criança e adolescente.

Nas folhas da flor foram debatidas e postas as diversas formas de violência (exploração econômica, violência sexual, negligência, violência psicológica e violência física). No segundo momento da atividade, o público presente tinha o desafio de construir uma rede do sistema de garantia de direito que pudessem combater ou minimizar as situações das violências expostas, assim, através das pétalas a comunidade foi expressando quais equipamentos sociais presentes em um território para enfrentamento desta realidade, a saber, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), as delegacia especializadas – Delegacia de Proteção à Criança e adolescente (DPCA), Conselhos Tutelares (CT), o Disque Direitos Humanos (Disque 100), escolas e os equipamentos da saúde (hospitais e UBS).

Por último foi enfatizado pelos residentes a importância da participação efetiva da população no que tange a sua responsabilidade legal de proteção às crianças e adolescentes bem como o seu papel pedagógico de orientação e acolhida buscando superar mitos, tabus e preconceitos, oferecendo segurança para que assim possam se reconhecer como pessoa em desenvolvimento e se envolver coletivamente na defesa, garantia e promoção dos seus direitos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Embora as estimativas apontem para uma alta prevalência em relação à casos de violência contra crianças e adolescentes, no Brasil, o conhecimento sobre a real dimensão desse problema ainda é escasso, não sendo possível conhecer a frequência exata dos casos e abusos praticados contra essa parcela da população (MARTINS; JORGE, 2009).

Dessa forma, considera-se importante discutir temas, que a exemplo desse, impactam diretamente sobre o cenário da saúde pública no Brasil, e que sobretudo encontram na perpetuação da informação um mecanismo de combate a problemas (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011).

Partindo dessa ideia, a atividade realizada na sala de espera teve como intuito oportunizar informações teóricas sobre os principais tipos de violência praticados contra crianças e adolescentes e os dispositivos existentes no combate a essa situação. O principal foco, no entanto, foi a criação de um espaço de construção de ideias e reflexão tendo como peça fundamental e disparadora o conhecimento prévio dos usuários acerca do tema. Proporcionou informação para a comunidade que estava presente na sala de espera da unidade de saúde, e, por conseguinte, possibilitou a problematização com questionamentos como: “Qual o seu papel dentro da comunidade para o enfrentamento das violências contra crianças e adolescentes?” e “Que atitudes podem ter a minha comunidade para minimizar ou combater as violências contra crianças e adolescentes?”

O espaço reflexivo criado proporcionou, assim, o diálogo, esclarecimento de dúvidas, e essencialmente, a troca de saberes tão essencial para a educação em saúde. O conceito de educação em saúde está ancorado em processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar pleno, que integra os aspectos físico e mental, ambiental, e social. (MACHADO et al., 2007).

O modelo de educação em saúde pode ser referido como um modelo dialógico. O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas um encontro de sujeitos que busquem refletir e transformar saberes existentes. A prática educativa e problematizadora visam o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos. O usuário dos serviços é reconhecido sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços. (FERNANDES, BACKES, 2010).

A atividade contou com elementos sensíveis de construção de conhecimentos, como foi o caso da montagem da flor amarela símbolo da campanha nacional. Os participantes da sala de espera juntamente com a equipe da RMSFC debateram e colocaram nas folhas do caule da árvore alguns tipos de violências contra crianças

e adolescentes. A cada violência tratada, eram repassadas informações e os principais danos causados que impactam negativamente no crescimento e desenvolvimento desses sujeitos.

Como momento complementar, a atividade fez referência aos principais dispositivos presentes na rede de atenção à saúde e que são mecanismos de combate aos tipos de violência apresentados. Os dispositivos abordados formavam as pétalas da flor símbolo da campanha nacional, e à medida que eram citados era pontuado ainda suas atribuições, e formas de acesso.

O principal embasamento teórico utilizado foi um importante marco de enfrentamento a esse problema que é o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). O estatuto considera o lugar do “ser criança” na evolução social humana e traz ganhos significativos na história dos direitos humanos, em suas disposições preliminares e princípios, como os relativos à proteção integral e a prioridade absoluta desse público. Nessa perspectiva, a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, “a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 1990).

Ademais, vale ressaltar que por se tratar de um ser humano com suas fragilidades mais vulneráveis devidas a sua condição de um ser em desenvolvimento, as crianças e adolescentes ficam expostas mais facilmente aos diversos tipos de violência. Diante disso, no artigo 5 do ECA diz “*Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos direitos fundamentais*” (BRASIL, 1990).

Abordar esse tema com os presentes na sala de espera oportunizou uma discussão reflexiva sobre a violência, e permitiu que fosse percebida a relevância e as limitações de conhecimento dos usuários acerca da temática. Sobre o poder da educação no combate aos problemas existentes na sociedade, Oliveira e Santos (2011) consideram o “educar” como uma tarefa social emancipatória, capaz de reorientar a humanidade.

Foi então alcançado um ambiente emancipatório e educativo, principalmente promotor de autonomia no qual a comunidade pôde-se perceber como parte integrante e essencial na rede de cuidados e atenção a crianças e adolescentes do espaço em que vivem.

## CONCLUSÃO

A atividade focou o conhecimento da temática e exploração sexual de crianças e adolescentes, e as formas de enfrentamento, oportunizando os presentes à discussão sobre o tema, porém esta atividade foi somente um despertar para a discussão de temáticas relacionadas a proteção e direitos da juventude brasileira, sendo necessário a realização de atividades longitudinais também nos espaços de produção de cuidado em saúde, esse é um caminho em processo e aberto para ressignificações.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS, L.; REBOUÇAS G. M. Do trabalho infantil à escravidão contemporânea: a realidade multifacetada da exploração sexual de crianças e adolescentes. **InterSciencePlace**, v. 10, n.4, p. 156-206, 2015.  
Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/423>>. Acesso em: 05 ago. 2017.
- BAPTISTA, R. S. et al. Caracterização do abuso sexual em criança e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.4 p. 602-8, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a11v21n4>>. Acesso em: 05 ago. 2017.
- BRASIL. Lei n. 8.069, 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente, e de outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 29 ago.2017.
- FERNANDES, M.C. P.; BACKES, V.M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, 2010.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.
- MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, v.18, n.4, p.:315-334, 2009. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n4/v18n4a02.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2017.
- OLIVEIRA, R.L.; SANTOS, M.E.A. educação em saúde na estratégia saúde da família: Conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Rev. Enf Integrada**, v.4, n.2, 2011. Disponível em: <[https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4\\_2/05-EDUCACAO-EM-SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO\(OLIVEIRA%3BSANTOS\).pdf](https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/05-EDUCACAO-EM-SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO(OLIVEIRA%3BSANTOS).pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2017.

PAIXÃO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. Análise das Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil. **Rev.Saúde de Soc São Paulo**, v.19, n.1 p. 114-126, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000100009)>. Acesso em: 05 ago. 2017.

ROSA, J.; BARTH, P. O.; GERMANI, A. R. M. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. **Rev. PERSPECTIVA**, v.35, n.129, p. 121-130, 2011. Disponível em: <[http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129\\_160.pdf](http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_160.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos que fazem parte da V Turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (UESPI).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## MODELO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE GESTACIONAL A PARTIR DO LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: APLICATIVO MAMÃE DIA A DIA.

Patricia Moreira Costa Collares<sup>1</sup> (PQ), Francisca Francisete de Sousa Nunes Queiroz<sup>2</sup> (PG), Raimunda Magalhães da Silva<sup>3</sup> (PQ), José Eurico Vasconcelos Filho<sup>3</sup> (PQ), Christina César Praça Brasil<sup>3</sup> (PQ).

*1* Curso de Fisioterapia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE;  
*Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;*  
*Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE-Brasil;*  
*Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação – NATI, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ce.*

Email: pmcollares@yahoo.com.br

Palavras-chave: Tecnologia em saúde. Educação em saúde. Atenção básica. Pré-natal.

### INTRODUÇÃO

O letramento em saúde é definido como a capacidade de realizar tarefas básicas de leitura e agir em números no ambiente de cuidados em saúde. Há evidências crescentes de que as competências de letramento estão relacionadas com importantes resultados de saúde, mesmo depois de isoladas as variáveis de confusão como educação, idade e gênero (APOLINARIO et al., 2012). Relacionado aos momentos de Educação em Saúde, confecção e disponibilização de material educativo é necessário uma adequação deste aos pressupostos teóricos do modelo de letramento funcional em saúde (LFS).

Levando em consideração as dimensões do LFS, que aborda as habilidade de acesso, compreensão, avaliação e aplicação do saber em saúde, se faz necessário considerar os atributos como conhecimento, capacidade e motivação nos processos de Promoção da Saúde com enfoque na Educação em Saúde (SORENSEN et al., 2012).

Particularizando esse modelo integrado de LFS para esta pesquisa, percebe-se: o favorecimento do acesso das gestantes a informação, com suporte nos momentos de treinamento nos quais os usuários devem ser motivados a utilização do sistema; o auxílio na habilidade de compreender as informações em saúde acessadas no aplicativo; o desenvolvimento da habilidade de avaliar com suporte na interpretação, filtros, julgamento das informações acessadas; e o auxílio na habilidade de aplicação do conhecimento e sua capacidade de comunicar e usar as informações para a tomada de decisão e assim ter um postura de vigilância de sua saúde.

O letramento em saúde é a capacidade de procurar, compreender e utilizar informações de saúde para tornar as decisões em saúde mais conscientes. Letramento em saúde insatisfatório tem sido associado a mau resultado de saúde. (KOAY et al., 2013). Neste estudo se propõe um modelo de intervenção que segue o letramento em saúde para gestantes sob acompanhamento pré-natal. Esperam-se associações entre letramento em saúde e fatores demográficos e níveis de risco gestacional.

O estudo tem por objetivo: descrever a estratégia do letramento em saúde como facilitador do acesso a informações em saúde gestacional a usuárias do serviço de atenção primária em saúde de Fortaleza, Ce.

### METODOLOGIA

Pesquisa de natureza documental seguindo os pressupostos teóricos do LFS. Nesta aplicou-se um instrumento para avaliar a qualidade da informação disponibilizada à gestante no aplicativo mamãe dia a dia. De acordo com o instrumento Simple Measure of Gobbledygook (SMOG), descrito por McLaughlin, em 1969, voltado para análise do nível de escolaridade requerido para leitura, identificando nos textos 30 sentenças, em seguida contando as sílabas em cada palavra, destacando as palavras que tem mais de duas sílabas. Soma-se o número total de palavras polissilábicas nas 30 sentenças e ao final é aplicada a fórmula SMOG (Figura 1), estimando-se assim o número de anos de escolaridade e posteriormente o nível de escolaridade necessário para a compreensão adequada do texto.

Figura 1: Fórmula SMOG para estimativa de legibilidade

$$1.430 \sqrt{\frac{\text{Número de palavras com mais de duas sílabas}}{\text{Número de frases}} \times 30} + 3.1291$$

Fonte: McLaughlin, 1968.

Passo a passo para aplicação do SMOG:

1. Identificar 30 sentenças: Caso o material encontrado seja muito extenso, deverão ser escolhidas 10 frases consecutivas no início, 10 no meio e 10 no fim, que são definidas como uma sequência de palavras pontuadas com um ponto final, um ponto de exclamação ou um ponto de interrogação.
2. Contar as sílabas de todas as palavras
3. Destacar cada palavra com mais de duas sílabas: Nesta etapa, deverão ser consideradas as palavras hifenizadas, os números e os nomes próprios. As abreviaturas devem ser lidas como não abreviados para determinar se eles são polissilábicos.
4. Contar o número total de palavras polissílabas: Cada uma das palavras destacadas será contada para obter um número total de palavras polissílabas nas 30 frases selecionadas.
5. Estimar a raiz quadrada do número total de palavras polissílabas contadas: Procurar o quadrado perfeito mais próximo e fazer sua raiz quadrada.
6. Some 3 ao resultado da raiz quadrada
7. O resultado da raiz quadrada somada ao número 3 dará a pontuação do SMOG ou grau de escolaridade, de acordo com a figura 4, que um indivíduo deve ter alcançado para compreender plenamente o texto.

Figura 2: Classificação de nível de escolaridade com suporte nos anos de estudo de SMOG

Tabela 1: SMOG, níveis educacionais e exemplos de texto para cada score			
SMOG	Nível de escolaridade E.U.A.	Nível de escolaridade Portugal	Exemplos E.U.A.
0-6	Low-literate	Competência básica (ler e escrever)	Soap Opera Weekly
7	Junior high school	7º, 8º e 9º ano de escolaridade	True Confessions
8	Junior high school		Ladies Home Journal
9	Some high school	10º ano escolaridade	Reader's Digest
10	Some high school	11º ano escolaridade	Newsweek
11	Some high school	12º ano escolaridade	Sports Illustrated
12	High school graduate	Terminou ensino secundário	Time Magazine
13-15	Some college education	Frequência do ensino superior	New York Times
16	University degree	Conclusão do curso universitário	Atlantic Monthly
17-18	Post-graduate studies	Estudos Pós-graduados sem grau acadêmico	Harvard Business Review
19	Post-graduate degree	Todos os graus acadêmicos pós Licenciatura ou Mestrado Integrado	IRS Code

Os dados produzidos nessa fase foram ilustrados de forma descritiva nos resultados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grau de dificuldade de leitura identificado, na aplicação do SMOG, como instrumento, indicou a necessidade de 12 anos de estudo, o equivalente ao final do ensino fundamental e início do ensino médio. O grupo das gestantes (14 usuárias) acessado na fase de pré-teste do aplicativo tinha aproximadamente 50% com ensino médio e a outra metade com ensino fundamental. Tal fato suscitou adequação do conteúdo do aplicativo, reduzindo o número de palavras polissílabas, por sinônimos de melhor compreensão.

Essa adequação do conteúdo segue os pressupostos do LFS, quando este prevê a adoção de medidas voltadas para o aumento do grau de letramento. Estas devem melhorar as competências das pessoas e dos serviços de saúde, aperfeiçoando a comunicação escrita e/ou oral, satisfazendo as necessidades e habilidades dos usuários. Os autores sugerem, como indicador de adequada compreensão para a comunidade leiga, textos nos quais o nível de letramento seja equivalente a sete ou oito anos de estudo (PASSAMAI et al., 2012).

Não obstante as três décadas de políticas públicas, direcionadas à saúde da mulher, persistem a falta de ação conjunta e a força produtiva entre políticos e gestores para alcançar os efeitos desejáveis na atenção básica em saúde no Brasil (MOURA et al., 2010).

Na situação local de Fortaleza-CE, Silva et al. (2009), em uma pesquisa, detectaram o fato de que das gestantes investigadas, 51 (36,4%), declararam não haver recebido orientação educativa pelos profissionais e 89 (63,6%) relataram ter recebido orientação somente durante as consultas, sendo a orientação nutricional a mais recebida – mencionada por 81 (91,0%). Os autores ressaltam a necessidade de maiores investimentos municipais nas unidades de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional VI (ambiência desta tese) e incentivo à capacitação dos profissionais para desenvolverem ações de Educação em Saúde, visto que continua sendo uma prática pouco realizada.

Assim, para pensar em Promoção da Saúde da mulher na atenção básica, é fundamental discutir quais os recursos financeiros e temporais disponíveis, bem como as necessidades reais destas usuárias, que favorecem a implementação de ações concretas e pertinentes à saúde. Na fase de análise dos resultados esperados com a utilização do aplicativo pelas gestantes percebeu-se a curiosidade das gestantes na exploração do Mamãe dia a dia. No primeiro momento, algumas se mostravam inibidas no uso dos dispositivos móveis. Em seguida, as que

dispunham de aparelhos com tecnologia compatível solicitaram que fosse instalado o aplicativo, a fim de que pudessem explorá-lo em suas residências com mais tempo.

Quando questionadas acerca das necessidades de adaptação do aplicativo para sua utilização durante o pré-natal, uma parte considerável do grupo de gestantes entrevistado refere não existir necessidade de mudanças. Como modo de ilustrar, segue o depoimento de uma gestante de 19 anos, com 36 semanas gestacionais e nível educacional compatível ao ensino médio incompleto: *“Acho importante utilizar durante o pré-natal, pois é uma forma da gente se entender melhor (referindo-se ao diálogo entre profissional de saúde e usuária). Não é necessária nenhuma adaptação no aplicativo. Todo o conteúdo é compreendido bem”*. (Gestante 06).

No momento de avaliação do aplicativo, surpreendeu o fato de que as gestantes que já possuíam algum conhecimento sobre gravidez detinham maior interesse pelo aplicativo, para sanar suas dúvidas; e demonstravam maior interesse em saber sobre o seu corpo e as mudanças que iam acontecendo a cada semana, bem como o desenvolvimento do bebê.

O conhecimento dos mecanismos de adaptações fisiológicas do organismo materno durante a gestação pode garantir o sucesso de um bom pré-natal, uma vez que tais adaptações, mesmo que temporárias, podem criar situações biológicas ou patológicas relacionadas ao corpo, mente ou social (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; VALADARES; DIAS, 2007).

Em contrapartida, algumas agregaram a esse processo de aperfeiçoamento da tecnologia sugestões sobre os temas parto normal e cesáreo, direitos da gestante e exercícios que auxiliam o trabalho de parto. Chama à atenção a clareza de uma das informantes sobre as limitações no processo de inserção do aplicativo Mamãe dia a dia na APS: *“O aplicativo é muito bom, não há necessidade de modificar nada. No entanto, para ser usado durante o pré-natal necessita de um treinamento prévio com os profissionais”*. (Gestante 13, 37 anos, dez semanas gestacionais, casada, ensino superior, fontes de informação variadas).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2011 investigou, como tema suplementar, o acesso à Internet e a posse de telefone móvel celular para uso pessoal, objetivando ampliar o conhecimento sobre a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação no País. Esta pesquisa revelou o perfil de mulheres nordestinas em idade fértil que possuíam telefone móvel celular para uso pessoal, em aproximadamente 70%, segundo o rendimento mensal domiciliar per capita o percentual para sujeitos com renda de até um salário-mínimo é de 60,9% (IBGE, 2011). A análise desses resultados busca ressaltar a viabilidade de uso do aplicativo por mulheres em idade fértil no Nordeste brasileiro que possuem renda familiar maior ou igual a um salário-mínimo.

Quando questionadas acerca da qualidade das imagens o grupo considera ser de boa qualidade. Segue esclarecimento: *“São boas. Deu para associar melhor as informações e ajudou na compreensão do assunto.”* (Gestante 06). As ilustrações do feto personalizadas para idade gestacional contribuem no fortalecimento do vínculo da mãe com o bebê, e minimizam a ansiedade da gestante sobre o desenvolvimento do seu filho. De forma complementar, apresenta-se o depoimento sobre a contribuição destas *“As imagens são muito bem visualizadas de acordo com o momento em que a gestante se encontra”*. (Gestante 13). Por fim, segue um relato, que ressalta sua contribuição no pré-natal: *“Está bem compreendido, com imagens adequadas que ilustram todo o conteúdo repassado. Seria interessante utilizar no pré-natal para melhorar o nível de informação dada”*. (Gestante 07).

O aplicativo Mamãe dia a dia vem como um recurso adicional ao trabalho realizado pelos profissionais do pré-natal na APS. Para isto, deve-se investir no letramento funcional em saúde, buscando aperfeiçoar o grau de compreensão das pessoas. O LFS suscita a capacidade de obter, processar e entender informações básicas e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde. Sua natureza interdisciplinar, relacional e interacional indica que o LFS recebe a influência dos sistemas de saúde/educacional, mídia, família, ambiente de trabalho/comunidade/decisão política (PASSAMAI et al., 2012). Assim, espera-se com a utilização deste aplicativo melhorar o nível de letramento em saúde de seus usuários, para a adoção de práticas de Promoção da Saúde, prevenção de doenças e agravos, bem como cuidados clínicos específicos.

O aplicativo contém fortes características de suporte informativo materializado na lista de informações condizentes com a semana gestacional e as características da usuária. Esse campo reporta-se às *“Informações para você”*, trazendo orientações específicas para a usuária relacionadas ao desenvolvimento fetal e as transformações no corpo materno durante seu período gestacional. Complementariamente, enseja dicas genéricas sobre alimentação, vacinas, exames, suplementos e orientações gerais.

Quanto à avaliação do conteúdo do aplicativo, a maioria das gestantes não fez nenhuma ressalva, como ilustrado pela fala: *“Estão de acordo com a necessidade. Ensina as pessoas que não sabem, que é o primeiro filho, ensina a gente a ficar mais atualizado”*. (Gestante 11). Exceção se faz na fala seguinte: *“Poderia ser modificado algumas palavras, pois nem todas as gestantes tem o mesmo grau de estudo e isso interfere no entendimento das informações”*. (Gestante 06). Quando questionadas sobre sugestões de melhoria, os tópicos citados pelas gestantes eram sobre: depoimentos de outras gestantes e a diferença entre parto normal e cesáreo (Gestante 07 e 13, respectivamente).

Os dois últimos campos avaliados foram “Minhas recordações” e “Rádio mamãe”. “Minhas recordações” é uma espécie de diário da gestação, um espaço com várias possibilidades de armazenamento de texto e imagens sobre compras e presentes, lazer e sensações. O registro de imagens é feito com o auxílio da câmera do dispositivo móvel. Este campo foi subutilizado nesta fase de avaliação por parte das gestantes, talvez por estarem utilizando equipamentos de teste, que não eram próprios. A “Rádio mamãe” alcançou o resultado esperado, pois a cada encontro de grupo as gestantes solicitavam a consulta a tópicos diferentes dessa ferramenta e ouviam com muita atenção.

Ao término deste período analítico retornou-se ao laboratório com as demandas dos sujeitos pesquisados e percepções adicionais dos pesquisadores sobre o aprimoramento do aplicativo. Deste modo, algumas sugestões a serem implementadas são: desenvolvimento de uma versão disponível para plataforma Web destinada aos profissionais de saúde, administradores do sistema e gestantes; inquérito de saúde sugerir a leitura de informações textuais para gestante; ao final do período gestacional, o sistema sugerir a maternidade de referência cadastrada pela UAPS; e inclusão de novos textos e imagens.

## CONCLUSÃO

O aplicativo Mamãe dia a dia vem como um recurso adicional ao trabalho realizado pelos profissionais do pré-natal na APS. Para isto, deve-se investir no letramento funcional em saúde, buscando aperfeiçoar o grau de compreensão das pessoas. O LFS suscita a capacidade de obter, processar e entender informações básicas e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde. Sua natureza interdisciplinar, relacional e interacional indica que o LFS recebe a influência dos sistemas de saúde/educacional, mídia, família, ambiente de trabalho/comunidade/decisão política (PASSAMAI et al., 2012). Assim, espera-se com a utilização deste aplicativo melhorar o nível de letramento em saúde de seus usuários, para a adoção de práticas de Promoção da Saúde, prevenção de doenças e agravos, bem como cuidados clínicos específicos.

## REFERÊNCIAS

- APOLINARIO, D. et al. Short Assessment of HealthLiteracy for Portuguese-Speaking Adults. **Rev Saúde Pública**. v.46, n.4, p:702-11, 2012.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- KOAY, K. et al, Suboptimal health literacy in patients with lung câncer or head and neck câncer. **Support Care Cancer**. v21, p.2237–2245, 2013.
- MOURA, E.R.F. et al. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.34, n.1, p.121-134, jan./mar., 2010.
- PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Rev. Bras Anestesiol*.v.61, n.3, p.376-388, 2011.
- SILVA, R.M. da et al. Consulta pré-natal na perspectiva de gestantes em uma regional de saúde de Fortaleza-Ceará. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p:1001-1015, 2009.
- SORENSEN, K. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**. v.12, p.80, 2012.
- VALADARES, J.D.; DIAS, R.C. Adaptações Fisiológicas da Gestação, in: BARACHO, E. *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 2, p. 17-34, 2007.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AVALIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN: POSSIBILIDADES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

**Maria Danielly Lemos de Sousa<sup>1\*</sup>, Grazielle Roberta Freitas da Silva<sup>2</sup>, Antonia Mauryane Lopes<sup>3</sup>, Cristiane Borges de Moura Rabelo<sup>3</sup>, Fernando José Guedes da Silva Júnior<sup>3</sup>, Nadyelle Elias Santos Alencar<sup>4</sup>**

*1 Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí-Brasil.*

*2 Docente do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí-Brasil.*

*3 Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí-Brasil.*

*4 Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-nível mestrado, Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí-Brasil.*

*Email:nadyelle-elias@hotmail.com*

*Palavras-chave: Doença de Crohn. Planejamento de Assistência ao Paciente. Promoção da Saúde. Consulta de Enfermagem.*

### INTRODUÇÃO

As doenças de curso crônico são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, em geral, apresentam múltiplas causas e o tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (BRASIL, 2014a).

Inserida no universo das doenças crônicas, a Doença de Crohn é caracterizada como uma Doença Inflamatória Intestinal de origem desconhecida, natureza autoimune, que pode afetar qualquer porção do tubo digestivo, da boca ao ânus (BRASIL, 2014b; SOUSA; BELASCO; AGUILAR-NASCIMENTO, 2008). As particularidades presentes aos portadores desta doença acarreta um verdadeiro desafio para os enfermeiros na promoção e estabelecimento de um processo de cuidado específico e aplicável às particularidades presentes aos portadores desta doença.

O enfermeiro possui papel fundamental na prestação do cuidado aos pacientes com doença de Crohn. Frente a isso, torna-se imprescindível oferecer uma assistência de enfermagem com qualidade, caracterizada pela utilização do planejamento e a implementação dos cuidados como estratégias para o alcance da identificação das necessidades do paciente a fim de estabelecer intervenções eficazes para alcance dos objetivos estabelecidos (SOUZA et al., 2014).

A humanização e a busca pela efetivação de um modelo centrado no usuário são princípios estabelecidos pela Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, tendo em vista que é objetivado pelo Ministério da Saúde realizar uma atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção. Dessa forma, é preconizado que seja oferecido atendimento ambulatorial e hospitalar especializado (BRASIL, 2014a).

Diante disso, buscou-se conhecer como funciona a consulta de enfermagem destinada à esta clientela em um hospital público referência no tratamento ao paciente portador de Doença de Crohn, a fim de levantar um diagnóstico situacional da atual consulta existente, além de para que possa servir de norteamento para desenvolvimento de melhorias.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas norteadas por um roteiro semiestruturado elaborado pelos autores. O cenário de escolha foi um hospital público universitário referência no tratamento ao paciente portador de Doença de Crohn no estado do Piauí.

Participaram quatro enfermeiros assistenciais e quatro portadores de Doença de Crohn. Foram incluídos enfermeiros vinculados ao hospital, dos mais diversos setores, que prestam, ou já prestaram em algum momento, assistência aos portadores de Doença de Crohn e portadores da doença adultos, de ambos os sexos, que realizam acompanhamento no referido hospital há pelo menos um ano e que durante o período de coleta de dados, estivessem sendo acompanhados ambulatorialmente. Foram excluídos enfermeiros afastados por férias ou licença e os portadores que encontravam-se internados, além dos menores de 18 anos.

Inicialmente, foi realizado um contato prévio com os potenciais participantes e mediante concordância, foi definido uma data posterior para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realização da entrevista. Cabe ressaltar que conforme os princípios éticos norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado



pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário (HU-PI). O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo diretor da instituição, gerando assim a Carta de Aprovação, CAAE: 59859316.5.0000.8050.

Os dados obtidos foram gravados por meio de smartphone e posteriormente transcritos. As entrevistas duraram em média de 15 a 20 minutos. As perguntas utilizadas para ambos os participantes da pesquisa foram as mesmas em sua maioria, tais questões foram: Gostaria que você lembrasse como funciona a consulta de enfermagem aqui no hospital. Você poderia falar um pouco sobre como é essa consulta e se ela é voltada a paciente com Doença de Crohn? O que você gosta na consulta de enfermagem? O que você não gosta na consulta de enfermagem? Você teria alguma sugestão de como melhorar essa consulta?

A análise de conteúdo foi composta por três etapas, em que a primeira correspondeu à leitura flutuante do material para obtenção de intuições, hipóteses e reflexões. Em seguida, ocorre a seleção de unidades de análise que corresponde ao recorte de trechos marcantes para que as características no conteúdo do texto bruto fossem destacadas e esclarecidas para o analista (MINAYO, 2010). Utilizou-se o método de saturação da fala. E por fim, a categorização, classificação e agrupamento de elementos semelhantes (CAMPOS, 2004). As categorias adotadas no estudo foram a saber: (C 1) A consulta de enfermagem neste ambiente hospitalar sob a ótica dos portadores de Doença de Crohn e enfermeiros e (C2) Sugestões para melhoria da consulta. Já com a finalidade de resguardar o anonimato dos participantes os nomes dos mesmos foram substituídos pelas letras “E” para enfermeiros e “P” para portadores da Doença de Crohn, seguidas de número absoluto e crescente, para diferenciá-los (E1, E2, P1, P2).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deram origem a duas categorias, em que a primeira: **A consulta de enfermagem neste ambiente hospitalar sob a ótica dos portadores de Doença de Crohn e enfermeiros** permitiu perceber que a consulta de enfermagem existente no hospital não possui um direcionamento especializado para atender aos portadores de Doença de Crohn e suas especificidades, sendo inclusive mencionada na visão dos portadores como inexistente.

P2 – *“Eu lembro que já fizeram em mim pesagem, mas acho que é porque o médico manda, não seria muito bem uma consulta em si. Geralmente só fazem umas pesquisas comigo mesmo”*

P3 – *“Então... consulta de enfermagem não fiz. Não fiz consulta não, só consulta com nutricionista e com o gastro”*

E2 – *“Não existe uma consulta diferenciada ao paciente com Doença de Crohn. Aqui a gente faz consulta de pré - operatório independente, se for passar por qualquer cirurgia (...) A gente atende também paciente com tuberculose, hanseníase, a gente notifica, orienta medicação, esses são específicos, mas de Doença de Crohn não tem”*

A Doença de Crohn, por ser uma doença crônica, rodeada por estigmas, preconceitos, pouco divulgada e com sintomas crônicos que dificultam a socialização do portador e readaptação a sua rotina após o diagnóstico, como a diarreia, dores abdominais e articulares, dentre outros, torna necessário que o portador possa contar com um sistema de saúde em que todos os âmbitos da assistência em saúde ofereçam um cuidado especializado, individualizado e de qualidade. No entanto, foi possível perceber que tal individualidade ainda não foi alcançada, mesmo em um serviço considerado referência, onde o cuidado de enfermagem é ofertado de forma fragmentada.

Torna-se, então, de relevância para a prática clínica a necessidade de desenvolver uma consulta de enfermagem eficaz, com utilização de instrumentos que permitam avaliar a qualidade de vida de pacientes com Doença de Crohn para que, a partir daí, possa ser traçado um plano de cuidado individual e direcionado. Em um estudo realizado por Lopes et al., (2017), verificou que esses pacientes possuem qualidade de vida regular, sendo este dado um indicador para futuras intervenções de enfermagem a essa clientela.

Diante do exposto pelos participantes, por fim, os mesmos foram questionados quanto as sugestões para melhora dessa consulta, o que acarretou na construção da segunda categoria (C2 - Sugestões para melhoria da consulta). Os portadores sugeriram que a consulta fosse realizada no momento do diagnóstico, ocorresse o acompanhamento do peso, orientações em períodos de crise, bem como contato no período de remissão. Além disso, meios que facilitam o contato enfermeiro-paciente também são sugeridos e bem aceitos. Os enfermeiros acreditam que o contato por telefone pode ajudar no monitoramento e citam, também, o modelo de fluxograma como uma boa alternativa para norteamento de uma consulta específica.

P3 – *“é muito importante, até mesmo no período de remissão, esse contato com um profissional da área da saúde, eu acho muito interessante isso”*

P2 – *“Eu acho que por telefone ajudaria muitas pessoas que moram fora da cidade de Teresina (...) pra não precisar também se deslocar da sua cidade ou da sua casa pra ir ao HU antes da consulta com o médico realmente.”*

P4 – *“Acho que eu seria uma boa ter um contato com o profissional de enfermagem com o paciente que começa a tomar um medicamento novo, porque temos muitas dúvidas, as vezes você tem que marcar outra consulta com o médico pra tirar dúvida (...)”*

E1- “A enfermagem deve entrar em contato na busca de pacientes faltosos (por meio do contato por telefone)” E4 - “O fluxograma seria válido onde ficaria uma coisa mais completa, a consulta dar para abordar, mas o fluxograma nortearia mais”

Proporcionar uma aproximação do vínculo enfermeiro-paciente, tendo em vista que o paciente com Doença de Crohn será acompanhado no serviço durante toda sua vida, facilitará desde o momento da descoberta do diagnóstico, já que o enfermeiro será a figura de referência que o paciente terá quanto ao desenvolvimento de seus planos de autocuidado, esclarecimento de dúvidas e, também, proporciona um cuidado humanizado a este portador.

Além da aproximação de vínculo e melhoria da assistência, a utilização de meios de comunicação promovem diminuição dos custos, como evidenciado por um estudo que avaliou o impacto da utilização de e-mails e telefonemas por enfermeiros no contato com pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais, e os resultados obtidos mostraram uma diminuição de 3.504 consultas médicas e 853 atendimentos de urgência, nesse sentido, foi possível perceber um impacto benéfico tanto do ponto de vista de atendimento, como econômico (AMO, et al., 2016). Em estudo desenvolvido por Bager et al., (2013) observaram que a inserção de enfermeiros com grau de especialização no setor de tratamento de DII, melhora substancial o serviço e qualidade na assistência, sendo que o enfermeiro por meio de monitoramento das pacientes por meio do contato telefônico surtiu uma diminuição do custo, menor recorrência de serviços de urgência e um grande impacto do ponto de vista do cuidado.

Quanto a adesão a um modelo de cuidado para utilização na consulta de Enfermagem, foi opinado entre os enfermeiros um modelo em formato de fluxograma, haja vista que permitiria nortear melhor essas consultas e, conseqüentemente, as condutas a fim de atender às individualidades, tendo em vista que o fluxograma é uma apresentação gráfica que apresenta a sequência de um trabalho de forma analítica, caracterizando as operações, os responsáveis e/ou unidades organizacionais envolvidos no processo (REBOUÇAS, 2009).

## CONCLUSÃO

Foi possível observar a necessidade de implantação de uma consulta de enfermagem gerenciada e focada para essa clientela.

O estudo evidenciou que a consulta de enfermagem oferecida atualmente em uma instituição pública federal referência no tratamento ao paciente com Doença de Crohn é fragmentada e, por vezes, citada como inexistente pelos portadores. Diante disso, é preocupante tal fato para a saúde e qualidade da assistência desses portadores, tendo em vista que a consulta, dentro do processo de enfermagem, é fundamental para promoção da saúde e prevenção de agravos.

Espera-se que o levantamento de tais percepções possa servir para nortear melhorias na assistência a estes pacientes, para que lhes possa ser assegurado o direito de atendimento especializado inclusive pela equipe de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- AMO, L. et al. Impacto de la incorporación de la enfermera a una unidad de enfermedad inflamatoria intestinal. **Gastroenterol Hepatol.**, v.39, n.5, p. 318-23, 2016
- BAGER, P.; HENTZE, R.; NAIRN, C. Outpatients with inflammatory bowel disease (IBD) strongly prefer annual telephone calls from an IBD nurse instead of outpatient visits. **Gastroenterol Nurs.** v. 36, n. 2 , pp. 92-6, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº483, de 01 de abril de 2014.
- Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 abr. 2014a. Seção 1, p. 50-52
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: Doença de Crohn.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. 51 p.
- CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-4, 2004.
- LOPES, A. M.; MOURA, L. N. B.; SILVA, G. R. F. Qualidade de vida de pacientes com Doença de Crohn. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, Fortaleza, n. prelo. 2016.
- MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

REBOUÇAS, D.P. **Sistemas, organização e métodos**: uma abordagem gerencial. São Paulo: Atlas; 2009.

SOUZA, M. M.; BELASCO, A. G. S.; AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 324-328, 2008.

SOUZA, G. F. Boas práticas de enfermagem na unidade de terapia intensiva: cuidados durante e após a transfusão sanguínea. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n.4, p. 939-946, 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal do Piauí pelo estímulo da produção científica por meio das disciplinas oferecidas durante o curso de graduação. Ao Hospital Universitário e aos participantes da pesquisa, que fizeram possível a realização desse estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA A JUVENTUDE NAS ESCOLAS PÚBLICAS BRASILEIRAS: INFORMAÇÃO, DIVULGAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE AS DSTs E O HIV/AIDS.

Preciliana Barreto de Moraes<sup>1</sup>, Rosendo Freitas de Amorim<sup>2</sup>.

1. Curso de Ciências Sociais/Sociologia, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil [rosendo@unifor.br](mailto:rosendo@unifor.br)

Email: [precilianamorais@gmail.com](mailto:precilianamorais@gmail.com)

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Juventude. Escola. Documentos Públicos. DSTs e HIV/AIDS.

### INTRODUÇÃO

A relação entre escola, juventude e DST/HIV/AIDS no Brasil tem provocado muitos debates nos órgãos do governo responsáveis em promover estratégias de prevenção para esse grupo. Por vivenciar uma época de descobertas e experimentações, a juventude torna-se um segmento bastante vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e à infecção pelo vírus HIV. Embora exista um estatuto que defina a faixa etária da juventude compreendendo um intervalo da vida que vai dos 15 aos 29 anos, a noção desse grupo geracional não se limita a esse recorte. Segundo Bourdieu (1983), as faixas etárias são repletas de pré-noções construídas culturalmente, e por isso, “manipuladas” e “manipuláveis” de acordo com a dinâmica dos comportamentos, as definições de ações sociopolíticas e as demandas dos grupos sociais. Para o autor o problema do recorte etário para as pesquisas sociais é considerar os jovens como uma unidade social, subentendendo que todos são dotados dos mesmos interesses e realizadores das mesmas práticas. Orientado pelas análises de Bourdieu, Machado Pais, critica as abordagens que considera os jovens representantes de uma cultura juvenil “unitária” e define a juventude como uma categoria socialmente construída, elaborada no contexto de particulares circunstâncias econômicas, sociais ou políticas, sujeita, pois, a modificar-se ao longo do tempo. (PAIS, 1996) Nesse sentido o autor aponta para a compreensão da categoria entendida na sua pluralidade, representante não de uma “cultura juvenil unitária”, mas sim de “Culturas Juvenis”. Portanto considerar a pluralidade juvenil e suas especificidades é fundamental para a criação de estratégias de prevenção. Partindo da compreensão de que a educação preventiva às DSTs e HIV/AIDS nas escolas é fundamentalmente uma questão política, no sentido de ‘agir para transformar’, nos inspiramos nas discussões do antropólogo Richard Parker (2000) quando defende que o mais significativo é a nossa capacidade de construir coletivamente, com as nossas mãos na massa, um mundo mais justo, consciente e digno. Nesse caso, analisar o conteúdo do que está sendo produzido e divulgado pelos órgãos governamentais, no formato de documentos (impressos ou/e virtuais), voltados para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e do vírus HIV/AIDS para a população jovem das Escolas Públicas Brasileiras, tornou-se o nosso interesse maior de pesquisa. Verificar como são tratados temas tão cotidianos, mesmo que controversos, como sexo/corpo/prazer/ DSTs e HIV/AIDS, com uma população aberta às experiências sexuais, nos demanda tanto uma responsabilidade profissional, como também uma sensibilidade diante dos jovens, suas maneiras de pensar o mundo e suas preocupações cotidianas.

### METODOLOGIA

Os órgãos governamentais responsáveis pelo cuidado da saúde da população, na sua constituição como campo de práticas e produção de saberes sobre os binômios saúde e doença; DSTs e HIV/AIDS; endemias e epidemias; corpos individual e coletivo; discursos e registros documentais, dentre outros, trazem uma variedade de situações, de conhecimentos e de práticas que nos remetem a buscar suporte em ferramentas metodológicas capazes de nos auxiliar nos estudos dessas categorias. A hermenêutica da profundidade utilizada por John Thompson (1995, p. 356), nos permitiu analisar o conteúdo dos documentos selecionados, organizado numa série de manuais oriundos do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Segundo o autor, tal método se propõe ser um referencial metodológico geral, dentro do qual outros métodos de análise existentes podem ser situados e ligados entre si. Seu propósito é mostrar como análises diferenciadas sobre a cultura, por exemplo, podem ser inter-relacionadas de uma maneira sistemática, combinadas dentro de um movimento de pensamento coerente, que iluminará diferentes aspectos desses fenômenos multifacetados.

Comungando com tal proposta, a perspectiva arqueológico-genealógica foucaultiana (1987), que analisa as práticas discursivas com suas regras de formação, nos auxiliou, também, na compreensão sobre as categorias de

saúde e doença; endemias e epidemias; corpos individual e coletivo; discursos e registros documentais; saberes e discursos médicos etc. (FOUCAULT, 1987). Numa dimensão mais específica, utilizamos o método de análise de documentos de domínio público (SPINK, 1999), considerando que a análise do conteúdo dos textos em questão, possibilita uma incursão em um contexto discursivo, no qual está registrado a tensão entre a natureza e a cultura, intensificada pelas doenças que estão associadas às condutas sexuais e a incurabilidade e pela regulação médica por meio dos discursos de manutenção da saúde e da vida. Esse processo metodológico nos permitiu identificar nos documentos do Ministério da Saúde, mais especificamente o Programa Saúde e Prevenção na Escola (SPE), diretrizes discursivas de prevenção e promoção da saúde frente às Doenças Sexualmente Transmissíveis e ao HIV/AIDS mais condizentes com uma realidade juvenil múltipla, heterogênea e complexa, que demanda intervenções de cunho mais criativo e diversificado. Daí a preocupação na produção de manuais que atendam a estas expectativas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas mais recentes pesquisas sobre DSTs e HIV/AIDS realizadas pelo Ministério da Saúde, estima-se que 630.000 brasileiros sejam portadores do vírus HIV ou já desenvolveram a AIDS, e 255.000 sequer sabem que têm o vírus. A primeira vítima do vírus no Brasil, no início dos anos de 1980, padeceu da doença após três meses do surgimento do primeiro sintoma, porém hoje há casos de brasileiros que convivem com as manifestações causadas pelo vírus há pelo menos 20 anos. Entretanto, todos os dias 32 pessoas ainda morrem de AIDS no país. Após 30 anos do primeiro registro da doença, cidades como o Rio de Janeiro ainda apresentam índices de contaminação e mortalidade significativos, apresentando-se como o 2<sup>a</sup> estado brasileiro no ranking em mortalidade de pacientes soropositivos. Segundo as estatísticas do Ministério, a cada dois dias nove pessoas morrem de AIDS em todo o estado. Existem postos de assistência médica com a demanda de 2.100 pacientes para 5 médicos infectologista, ou seja, 420 pacientes para cada médico. A consulta que em média dura uma hora na rede particular no SUS dura apenas 15 minutos. Tal quadro corresponde à situação da maioria dos estados brasileiros que enfrentam, cotidianamente, a falta de infraestrutura, de recursos humanos e de políticas públicas mais efetivas no campo da saúde e, conseqüentemente, no tratamento das DSTs e do HIV/AIDS.

Avaliando o quadro local, o Ceará é o terceiro estado do Nordeste em registro de casos de AIDS. Aqui o primeiro caso da doença foi diagnosticado em 1983. Em 2012, até outubro, foram registrados 429 casos (53% foram diagnosticados em Fortaleza). Em relação ao Brasil, o estado aparece na nona posição no ranking dos estados com o maior número de casos da doença, de acordo com o Ministério da Saúde. Segundo a Secretária da Saúde do Estado (SESA), das 11.759 pessoas notificadas com a AIDS, 61% delas vivem na capital e 70% do total são homens. Atualmente, 11.397 cearenses recebem tratamento contra a AIDS, no entanto esse número não corresponde ao total de pessoas notificadas como portadores do vírus. A supervisão do Núcleo de Prevenção e Controle de Doenças e Agravos (NUPREV) da SESA considera o número positivo, porém a incidência da doença vem crescendo. Em 2011 o estado apresentou o maior número de pessoas infectadas nos últimos 15 anos, 9,7 para cada 100 mil habitantes. Este fato é decorrente do diagnóstico tardio. A taxa de mortalidade subiu nos últimos anos e atualmente é de 3% para cada 100 mil habitantes. O principal motivo desse aumento é o abandono do tratamento, seja pelo paciente apresentar melhora e acreditar que não precisa mais da medicação, seja pelos efeitos colaterais ou por vergonha de ingerir os medicamentos na frente de outras pessoas. Tal comportamento denuncia uma falta de conscientização e de aceitação da doença por parte dos próprios portadores.

De acordo com outra pesquisa “Juventude, Comportamento e DST/AIDS”, realizada pela Caixa Seguros em 2012 com o acompanhamento do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), quatro a cada dez jovens brasileiros não usam camisinha por achar desnecessário em uma relação estável, pois três em cada dez entrevistados ficariam desconfiados do parceiro ou da parceira caso ele ou ela propusesse o uso do preservativo. A pesquisa foi realizada com 1.208 jovens, com idades entre 18 a 29 anos, em 15 estados, entre eles o Ceará. Ao todo, 91% dos entrevistados já tiveram relação sexual, sendo que 40% não consideram o uso de camisinha um método eficiente na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou até mesmo para evitar a gravidez. Entre os jovens de 13 a 29, há mais casos de AIDS em meninas que em meninos, contrariando os registros epidemiológicos de décadas anteriores, em que no quadro geral, a proporção de homens infectados apresentava-se maior do que o número de mulheres. Em 2011, foram registrados 828 casos de AIDS em jovens brasileiros de 15 a 24 anos. Assim, o foco em prevenção e conscientização para a realização dos testes é uma das metas atuais das instâncias de saúde.

Ainda com relação à pesquisa supracitada, realizada pelo Ministério da Saúde, sobre o comportamento sexual do brasileiro e divulgado pelo Jornal O POVO em 02/12/2012, o brasileiro tem consciência que o uso de preservativo é importante e fundamental para a não infecção por qualquer doença sexualmente transmissível, mas nas suas práticas sexuais o preservativo é esquecido e deixado de lado. Ainda de acordo com o estudo, existe uma tendência de queda no uso de preservativos: no ano de 2004, 51,6% da população usava. Quatro anos depois, o

número caiu para 46,5%. Na faixa etária de 13 a 19 anos, entre meninos, foram constatados ainda mais casos de AIDS por transmissão homossexual, 33,5% do que heterossexual, que é de 28,3%.

Existe uma dificuldade de tratar de certos assuntos com os jovens infectados pelo HIV. A grande maioria destes jovens demonstra um desconforto de falar sobre algo que remete a sua intimidade e a sua nova condição de soropositividade. Eles preferem evitar de falar sobre sexo sem prevenção e doenças sexualmente transmissíveis, pois esse debate aponta os problemas e limites que esses jovens enfrentarão a partir de agora, principalmente no campo das práticas sexuais, que para esse grupo se tornariam limitadas, interdidas.

Diante deste contexto, foi de fundamental importância pesquisarmos o conteúdo dos documentos por nos possibilitar compreender os avanços, desafios e possibilidades dos órgãos de saúde na tentativa de informar para promover uma consciência de prevenção nesse segmento geracional. Com esse propósito, identificamos uma variedade de informes preventivos e finalmente nos debruçamos sobre os documentos disponibilizados em duas plataformas online: a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério e o portal do Departamento de DSTs, AIDS e Hepatites Virais. Nessas plataformas foi considerado o quantitativo de 10 (dez) documentos os quais foram publicados durante o período de 2006 a 2010. Os documentos selecionados são uma série de manuais do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que têm como propósito promover a articulação dos setores de saúde e educação no enfrentamento da problemática das DSTs e da epidemia do HIV/AIDS nas populações de adolescentes e jovens. Em nível nacional, o Programa SPE é conduzido pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Há também na elaboração desses documentos do Ministério da Saúde, a parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Programa Nacional de DSTs e HIV/AIDS. Além disso, durante a pesquisa documental nas plataformas virtuais do Governo Federal, realizamos também visitas as Secretarias Estaduais de Saúde e de Educação em Fortaleza/CE, e obtivemos a informação que a série de Manuais do Programa SPE, no formato impresso, é distribuída apenas para as Secretarias Estaduais de Saúde e que é feito o repasse de alguns exemplares para as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, ficando a critério das mesmas a reprodução desse material para as Escolas Municipais.

## CONCLUSÃO

O Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), como política alternativa de prevenção em saúde, tem como um dos focos centrais o problema da vulnerabilidade individual, coletiva e institucional, que se configura como uma problemática concreta na realidade sociocultural brasileira, especificamente na faixa etária de 13 a 24 anos, sendo esse grupo geracional o que atualmente é mais acometido pelo HIV/AIDS. (Programa SPE, 2006). Diante disso, no que diz respeito ao conteúdo dos Manuais, ele direciona-se para as áreas da promoção da saúde e da prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e para o cuidado à saúde entre adolescentes e jovens. Entretanto, cada Manual (fascículo) aborda uma temática específica. São elas: sexualidade, prevenção das DSTs e HIV/AIDS, cidadania e participação, direitos humanos, relações de gênero, diversidade sexual, raça e etnia. Verificamos também que no conteúdo dos Manuais do Programa SPE há uma orientação mais específica para as pautas socioculturais e políticas de identidade de gênero; orientações sexuais e diversidades étnicas, as quais constituem a discussão no que concerne à diversidade social, sexual e dos direitos humanos. O Programa SPE destaca que para trabalhar a promoção da saúde com adolescentes e jovens frente às DSTs e HIV/AIDS é fundamental dialogar com as variáveis que envolvem a diversidade sexual. Nesse sentido, o Programa SPE trabalha o conceito de diversidade em três aspectos: identidade de gênero, sexo biológico e orientação sexual. A primeira categoria, a de identidade de gênero é compreendida no texto dos documentos (Manuais) do Programa SPE na perspectiva de construção social, ou seja, parte da premissa de que os indivíduos são moldados pela meio social, no qual estão inseridos. Segundo o Manual de Prevenção das DSTs, HIV e AIDS, podemos conceituar gênero como sendo um conjunto de representações sociais elaboradas a partir da diferença biológica dos sexos. Nessa concepção construtivista, a noção de cultura é posta como fator determinante, ela orientaria os costumes, comportamentos, as práticas, representações, regras, etc, isto é, a cultura funcionaria como formadora das identidades e definidora dos papéis sociais de homens e mulheres. Os documentos do Ministério da Saúde também abordam a categoria de orientação sexual. Num plano analítico mais amplo, a sexualidade se constitui – como já foi dito – por meio de uma rede de construções socioculturais. No caso da categoria orientações sexuais, (Homossexualidade, Heterossexualidade, Bissexualidade, dentre outras), esta é abordada nos Manuais do Ministério da Saúde (SPE) no viés de uma representação de pluralidades das sexualidades, nas quais o desejo será o fator que orientará a conduta afetiva/sexual dos sujeitos. Esse material do Programa SPE traz a proposta de aplicabilidade das temáticas acima, citadas por meio da utilização de oficinas – presentes nos Manuais – com os adolescentes e jovens nas escolas públicas, objetivando a informação e formação desse público sobre as questões de prevenção, cuidados e assistência frente às DSTs, HIV/AIDS. No Manual sobre prevenção as DSTs e HIV/AIDS as oficinas são orientadas por eixos como: informações contextuais sobre o assunto; desconstrução de preconceitos e estigmas e prevenção no cuidado individual e coletivo. Igualmente, os Manuais facilitam tanto o aprofundamento do conhecimento sobre

a prevenção e o tratamento das DSTs e HIV/AIDS, como também transformam esse conhecimento numa ação educativa. Segundo os Ministérios da Saúde e da Educação, trabalhar com essa temática requer uma abordagem pedagógica que possibilite a utilização de conceitos científicos, de atividades lúdicas, tais como, poesias, músicas, ferramentas audiovisuais e da dramaturgia e também textos jornalísticos, dados históricos e de pesquisa. Essas oficinas tem o caráter educativo profilático e são orientadas pela metodologia de “*educação entre pares*” que é um método no qual os próprios adolescentes e jovens estudantes estão no papel de facilitadores das atividades dos Manuais. Nessa perspectiva podemos inferir – por meio da análise dos documentos – que o intuito desses conteúdos, é antes de tudo, explorar em sala de aula uma série de questões referentes à sexualidade, que são recorrentes nos contextos socioculturais de adolescentes e jovens, e por serem problemáticas e complexas, na maioria das vezes, não são interpeladas no ambiente escolar. Neste contexto, os documentos do Programa SPE propõem todo um trabalho de educação preventiva, promoção da saúde e de conscientização política nas escolas públicas frente ao corpo, à sexualidade, às DSTs e ao HIV/AIDS.

## REFERÊNCIAS

**Link da biblioteca virtual em saúde do Ministério, onde se encontram os Manuais do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas:** <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&p age=1&q=Sa%C3%BAde+e+Preven%C3%A7%C3%A3o+nas+Escolas&index=&where=ALL>

Link do portal Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais: <http://www.aids.gov.br/publicacao/adolescentes-e-jovens-para-educacao-entre-pares-spe>

BOURDIEU, Pierre. A “Juventude” é apenas uma palavra In:\_. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). **Dados sobre a AIDS**. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>>. Acesso em: 04 maio 2013.

PAIS, José Machado. “A transição dos jovens para a vida adulta”. In: PAIS, José Machado. **Culturas Juvenis**. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1996.

PARKER, Richard. **Na Contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

PLANALTO (Ed.). Legislação. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 07 maio 2013.

SPINK, Peter. “Análise de documentos públicos”. In SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1999.

THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

## AGRADECIMENTOS

Ao Laboratório de Ciências Sociais em Saúde da Universidade Estadual do Ceará, LESSAU, que tem proporcionado o desenvolvimento de estudos, pesquisas e trabalhos de extensão com alunos bolsistas e a Universidade de Fortaleza, UNIFOR, por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que tem possibilitado discussões, trocas e debates fecundos entres cientistas de várias áreas com a realização do SEMINÁRIO INTERNACIONAL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE DE ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO “PROJETO SAÚDE MAIS” DO MUNICÍPIO DE EUSÉBIO-CEARÁ

**Camila Brasileiro de Araújo Silva\*<sup>1</sup>, Larissa Alves Alexandre Moliterno<sup>1</sup>, Ítalo Lennon Sales de Almeida<sup>1</sup>, Jair Gomes Linard<sup>1</sup>, Vagner Rodrigues Silva Junior<sup>2</sup> e Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>3</sup>.**

*1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: [camilabrasileiro19@gmail.com](mailto:camilabrasileiro19@gmail.com)

Palavras-chave: Comportamento de risco. Promoção da saúde. Escolares. Educação em saúde.

### INTRODUÇÃO

Os comportamentos de risco à saúde estão intimamente relacionados às principais causas de morbimortalidade em adultos. Estes comportamentos se iniciam durante a infância e adolescência, entretanto sabe-se que são muitas vezes evitáveis (FARIAS JR. et al., 2009; SILVA; PADILHA; SANTOS, 2011). Entende-se como fatores de risco características associadas à maior probabilidade de ocorrência de danos físicos, mentais, sociais e até a morte (RENIERS et al., 2016).

Portanto, estudos a respeito de comportamentos e fatores de risco à saúde, direcionados a população jovem, são necessários para detectar precocemente estilo de vida não saudável (GASPAROTTO et al, 2013), e assim, desenvolver estratégias para a redução destes comportamentos de risco à saúde. A identificação e mudança de determinados comportamentos podem contribuir para a prevenção, mesmo em idades mais jovens, de doenças crônicas como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a obesidade, doenças cardiovasculares e câncer (WHO, 2011).

Os principais comportamentos de risco são: abuso de substâncias tóxicas e de bebidas alcoólicas, vivência de sexualidade desprotegida, além de adoção de comportamentos considerados negativos para a saúde tais como ingestão de alimentos não saudáveis e a prática insuficiente de atividade física (ROSA; GONÇALVES; ANTUNES, 2012). Em tais casos, nota-se a necessidade de elaboração de políticas públicas efetivas voltadas para essa população, além de estratégias de promoção e prevenção que possam intervir nos ambientes de convivência desse público.

No universo desse público, a escola merece atenção especial por ser um ambiente educacional que pode promover a saúde dos escolares através da construção de saberes e hábitos importantes, os quais influenciam o tipo de comportamento que o jovem possa apresentar durante a vida (WINDING; ANDERSEN, 2015). Neste sentido, o “Projeto Saúde Mais”, vinculado a Secretaria de Educação do município de Eusébio, Ceará, foi desenvolvido com o objetivo de unir os setores da educação e saúde para subsidiar estratégias visando à redução de comportamentos de risco à saúde de escolares.

Diante do exposto, o presente trabalho investigou os comportamentos de risco à saúde de adolescentes escolares participantes do “Projeto Saúde Mais” do município de Eusébio-Ceará. A relevância deste trabalho consiste em divulgar a comunidade científica os resultados da etapa diagnóstica do projeto, elencando os principais comportamentos de risco e elaborar estratégias para enfrentamento.

### METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida a partir de uma observação transversal e descritiva realizada em oito escolas da rede Pública Municipal de Eusébio, Ceará, Brasil nos meses de junho a julho de 2017. O município de Eusébio conta atualmente com 38 escolas todas funcionando em regime de tempo integral e atende um quantitativo de 8.909 alunos com base no senso escolar do município do ano de 2016.

A seleção das escolas se deu através de sorteio aleatório através de lista expedida pela Secretaria de Educação. A seleção dos escolares foi amostragem por conveniência, totalizando 255 escolares do 9º ano do ensino fundamental participantes da pesquisa. Após a assinatura do termo de anuência pela secretaria de Educação autorizando a execução da pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e aprovado sob número de CAAE 73769317.1.0000.5576. A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, respeitou a confidencialidade e sigilo dos sujeitos da pesquisa.



Os adolescentes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido receberam o questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE 2012) com informações sobre comportamentos de risco desta população: uso de cigarro, uso de drogas (maconha, cocaína, crack, lança perfume e outros), consumo de bebidas alcoólicas, sexo desprotegido sem uso de camisinha, consumo excessivo de frituras (salgados, pasteis, batata de pacotes, batata frita e outros), doces (chocolates, pirulitos, bombons e outros) e refrigerantes, comportamento sedentário e insuficiente prática de atividade física.

O consumo de frituras, doces e refrigerantes foi considerado excessivo quando ultrapassou três vezes na semana, ou seja, os adolescentes que fizeram o consumo destes alimentos quatro vezes ou mais dias da semana foi considerado consumo excessivo pelos pesquisadores. O comportamento sedentário (CS) foi avaliado pelo tempo que os adolescentes assistem TV, aqueles que assistiam acima de 3h/dia, apresentaram CS (BACIL; RECH; HINO, 2012). Em relação à atividade física, foram considerados fisicamente ativos os adolescentes que realizaram  $\geq 300$  minutos/semana de atividade física e insuficientemente ativo  $< 300$  minutos/semana (FARIAS JÚNIOR et al, 2012).

Os dados foram tabulados, analisados no SPSS 20.0 e foram organizados em tabela com frequências absolutas e relativas de todas as variáveis analisadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 255 adolescentes participantes do projeto, 130 (51,2%) são do sexo feminino e a maioria possui idade de 14 anos (62,4% - 159). A tabela 1, a seguir, trás os comportamentos de risco à saúde desta população.

Tabela 1. Comportamento de risco à saúde dos adolescentes escolares do “Projeto Saúde Mais”. Eusébio, Ceará – Brasil, 2017.

Comportamentos de risco à saúde	f	%
Alguma vez fumou cigarro		
Sim	28	11
Não	227	89
Fumou nos últimos 30 dias		
Sim	6	2,4
Não	249	97,6
Alguma vez consumiu bebida alcoólica		
Sim	119	46,7
Não	136	53,3
Consumiu bebida alcoólica nos últimos 30 dias		
Sim	35	13,8
Não	219	86,2
Já fez uso de drogas (maconha, cocaína, crack e outros)		
Sim	15	5,9
Não	240	94,1
Consumiu drogas nos últimos 30 dias		
Sim	6	2,4
Não	249	97,6
Sexo desprotegido sem uso de camisinha		
Nunca teve relação	208	81,6
Sim	31	12,2
Não	12	4,7
Não sabe	4	1,6
Consumo excessivo de frituras		
Sim	39	15,3
Não	216	84,7

Consumo excessivo de refrigerantes		
Sim	79	31
Não	176	69
Consumo excessivo de doces		
Sim	109	42,9
Não	145	57,1
Apresenta comportamento sedentário		
Sim	224	90,3
Não	24	9,7
Nível de atividade física		
Fisicamente ativo	103	41
Insuficientemente ativo	148	59

Fonte: próprio autor

O estudo propôs a identificação da prevalência de comportamentos de risco à saúde de adolescentes escolares. Tal objetivo visa que medidas possam ser tomadas com antecedência ao se identificar situações que expõem os adolescentes a um maior risco de ter sua saúde comprometida por hábitos alimentares inadequados, prática de sexo desprotegido, alimentação inadequada, consumo excessivo e prejudicial de álcool e/ou tabaco (e seus derivados), além da prática insuficiente de atividade física e manutenção de comportamentos ditos sedentários.

O uso e abuso de álcool, tabaco e drogas ilícitas vem sendo descrito pela literatura especializada e investigado em grandes estudos multicêntricos de base populacional. Os resultados destes corroboram com os achados do presente estudo ao indicar altas taxas de experimentação dos itens analisados seguido de uma queda expressiva do consumo nos últimos 30 dias (ELICKER et al., 2015; VIEIRA et al., 2008).

A adolescência é uma fase da vida em que se dá muita importância aos grupos de pertencimento, o que torna os jovens vulneráveis à influência dos outros, levando a experimentação de substâncias e adotando comportamentos de risco (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009). Na investigação do uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas devem também ser considerados a figura que influenciou o início do consumo, a forma de aquisição do produto, o conhecimento e opinião dos pais/ responsáveis sobre o uso do produto.

Referente ao uso de preservativo foi questionado também se os jovens já haviam tido sua primeira relação sexual, sendo que a maioria dos adolescentes ainda não haviam iniciado. Mais da metade dos que tiveram relação sexual afirmaram usar preservativo. Tal dado corrobora com os achados de Silva e col. (2015) e Lima, Fonseca e Guedes (2008) que apontam para a baixa prevalência de relação sexual desprotegida.

O início da prática sexual está cada vez mais precoce entre os adolescentes, por isso, as discussões sobre saúde sexual tem se tornado também mais frequentes nas escolas e deve ser encorajada pelos pais/ responsáveis. Mesmo diante de prevalências baixas, o sexo desprotegido deve ser desencorajado, pois pode ocasionar Infecção Sexualmente Transmissível (IST) além da disseminação dessas doenças com destaque para o vírus do HIV e as Hepatites Virais que causam quadros crônicos com grande agravo a saúde e custo elevado para o sistema de saúde.

Sobre o padrão de consumo de alimentos, o estudo investigou os hábitos alimentares dos escolares a partir da perspectiva do consumo excessivo de frituras, refrigerantes e doces. Os refrigerantes e doces são consumidos em excesso semanalmente, comportamento que merece análise e intervenção por ser prejudicial. Outros estudos que analisaram os hábitos alimentares de adolescentes escolares encontraram prevalências que corroboram com as do presente estudo, sendo alta tanto em homens quanto em mulheres, nos alunos matriculados no período noturno e diurno e na faixa etária de 14 a 19 anos (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016; LIMA; FONSECA; GUEDES, 2008).

Na adolescência é comum a adoção de dietas com alimentos de alto teor energético, mas baixa variedade nutricional, o que pode gerar graves déficits nutricionais que podem alcançar a fase adulta e ocasionar quadros de agravo à saúde tanto em curto quanto à longo prazo (BERTIN et al., 2008).

Destaca-se a alta prevalência de comportamento sedentário (CS) encontrada nos resultados do estudo nos adolescentes escolares. Tal fenômeno vem sendo estudado e definido como à exposição a atividades com baixo dispêndio energético, atividades  $\leq 1.5$  equivalentes metabólicos (METs) e que são realizadas na posição deitada ou sentada e não aumentam o dispêndio energético acima dos níveis de repouso (OWEN et al., 2010; AMORIM; FARIA, 2012), atividades como assistir televisão, jogar vídeo game, ficar sentado usando celular e outras.

Através deste conceito, percebe-se que o comportamento sedentário não é apenas a falta de atividade física, mas uma construção inteiramente separada, uma vez que indivíduos que praticam atividade física regular também podem passar longos períodos de tempo em CS (PATE et al., 2008), além de estudos evidenciarem que o CS é fator de risco para doenças crônicas como diabetes tipo II, doenças cardiovasculares e obesidade, independente do volume acumulado de atividade física (WILMOT et al., 2012; PROPER et al., 2011, FORD; CASPERSEN, 2012).

Ferreira et al. (2016) analisaram os hábitos de crianças e adolescentes escolares na região sul do Brasil e encontraram alta prevalência de CS em sua amostra, com destaque para os finais de semana, níveis socioeconômicos mais altos e meninas. A identificação dos principais hábitos sedentários e a posterior conscientização dos escolares e cuidadores sobre os riscos de rotinas excessivamente sedentárias devem ser realizadas para prevenir o surgimento de posteriores problemas de saúde relacionados ao CS (FERREIRA et al., 2016).

Referente ao nível de atividade física, a amostra foi, predominantemente, classificada como insuficientemente ativa, ou seja, acumularam volume < 300 minutos/semana de atividade física. As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a prática de atividade física diz que, na faixa etária de 5 a 17 anos, devem acumular pelo menos 60 minutos de atividade de intensidade moderada a vigorosa cinco vezes na semana, totalizando 300 minutos/semana (WHO, 2010). As altas taxas de escolares insuficientemente ativos é preocupante, pois adolescentes com baixos níveis de prática de atividade física têm maior tendência de continuarem com este comportamento na vida adulta.

São bem documentados os benefícios para a saúde com a prática de atividade física, que incluem redução da gordura corporal, perfis de risco cardiovascular e metabólicos mais favoráveis e sintomas reduzidos de ansiedade e depressão (WHO, 2010). Portanto, a condição física e o estado de saúde de adolescentes são substancialmente reforçados por atividade física freqüente. Quando comparados aos jovens inativos, os fisicamente ativos têm níveis mais elevados de aptidão cardiorrespiratória, resistência muscular e força muscular.

Portanto, é evidente que para tratar problemáticas tão complexas dessa faixa etária, como prevenção ao uso de álcool e drogas, à alimentação inadequada, educação sexual e prática de atividade física, faz-se necessária o desenvolvimento de ações mais articuladas e sistemáticas entre os serviços de saúde, educação e as demais redes sociais, tais como a família, que circundam esses adolescentes (RIBEIRO, 2008). Percebe-se a importância da existência de ambientes educacionais que potencializem a promoção da saúde, através de encontro e troca de saberes entre a saúde e educação para a consolidação dessa parceria de forma efetiva entre esses setores, interagindo com a família que é responsável e integrante das ações de cuidado com os adolescentes.

## CONCLUSÃO

A investigação dos comportamentos de risco de adolescentes escolares do município de Eusébio, Ceará, apontou para prevalência elevada de consumo de refrigerantes, frituras e doces, marcadores de alimentação inadequada, além de altas taxas de comportamento sedentário e jovens classificados como insuficientemente ativos. Os achados preocupam, pois tem confluência para o desfecho de aumento do peso corporal e outros agravos a saúde relacionados ao consumo excessivo de alimentos com elevado teor energético e gasto energético reduzido. O estudo limitou-se a realizar análise descritiva dos dados encontrados, contudo, aconselha-se a realização de análises para se averiguar a existência de associação entre variáveis preditoras (comportamentos de risco) e desfechos possíveis (excesso de peso, por exemplo).

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, P.R. S.; FARIA, F. R. Dispendio energético das atividades humanas e sua repercussão para a saúde. *Motricidade*, v.8, Supl. 2, p.295–302. 2012.
- BACIL, E.; RECH, C.; HINO, A. Physical activity patterns among high school students of Ponta Grossa, PR. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 18, n. 2, p. 177, 2013.
- BARBOSA, F.; CASOTTI, C.; NERY, A. HEALTH RISK BEHAVIOR OF ADOLESCENT SCHOLARS. *Texto Contexto Enferm*, 2016; v.25, n.4. Acesso em: 26 ago. 2017.
- BERTIN, R.L. et al. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes da rede pública de ensino da cidade de São Mateus do Sul, Paraná, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* v.8, n.4, pág. 435-43, out- dez. 2008
- ELICKER, E. et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 3, p. 399-410, 2015.
- FARIAS, J. J. C. et al. Comportamentos de risco a saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Revista Panam Salud Pública, INFORMAR ANO*, v. 25, n. 4, pp. 344-52, 2009.

- FARIAS, J. J. C. et al. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 505-515, 2012.
- FERREIRA, R. et al. Prevalence of sedentary behavior and its correlates among primary and secondary school students. *Revista Paulista de Pediatria (English Edition)*, v. 34, n. 1, p. 56-63, 2016.
- FORD, Earl S.; CASPERSEN, Carl J. Sedentary behaviour and cardiovascular disease: a review of prospective studies. *International journal of epidemiology*, n.41, p. 1338–1353, Marc. 2012.
- GASPAROTTO, G. S. et al. Fatores de risco cardiovascular em universitários: comparação entre sexos, períodos de graduação e áreas de estudo. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 46, n. 2, pp. 154-163, jun. 2013.
- JINEZ, L.; SOUZA, J.; PILLON, S. Drug use and risk factors among secondary students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 246-252, 2009.
- LIMA, J.; FONSECA, V.; GUEDES, D. Comportamento De Risco Para A Saúde De Escolares Do Ensino Médio De Barra Dos Coqueiros, Sergipe, Brasil. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, v. 32, n. 2-4, p. 141-154, 2010. OWEN, N.; HEALY, G. N.; MATTHEWS, C. E.; DUNSTAN, D. W. (2010). Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, v.38, n.3, p.105–113.
- PATE, R.R.; O'NEILL, J. R.; LOBELO, F. The evolving definition of "sedentary". *Exercise and sport sciences reviews*, v. 36, n. 4, p. 173-178, 2008.
- PROPER, K. I et al.. Sedentary behaviors and health outcomes among adults: a systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 40, n. 2, p. 174-182, 2011
- RENIERS, Renate LEP et al. Risk perception and Risk-Taking Behaviour during Adolescence: the influence of personality and gender. *PloS one*, v. 11, n. 4, p. e0153842, 2016.
- ROSA, M.F.; GONCALVES, S.; ANTUNES, H. Comportamentos de risco e excesso de peso na adolescência: revisão da literatura. *Acta Ped Port.*, v, 43, n. 3:p-128-34, 2012.
- SILVA, A. et al. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 6, n. 3, p. 27-34, 2015.
- SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I. C. S.; SANTOS, L. M. S. A enfermagem estimulando o autocuidado de adolescentes a partir das representações sociais desses sobre as bebidas alcoólicas. *Enfermagem em foco, INFORMAR CIDADE*, v. 2, n. 3, 2011.
- VIEIRA, P. et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 11, p. 2487-2498, 2008.
- WILMOT, E. G. et al. Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. v. 55, p-2895–2905, 2012.
- WINDING, T. N.; ANDERSEN, J. H. Socioeconomic differences in school dropout among young adults: the role of social relations. *BMC Public Health*. v. 15, s/n, pp. 1054-65, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva, 2011.

## AGRADECIMENTOS

À Prefeitura Municipal de Eusébio, Ceará pelo apoio na realização do estudo. Ações como essa demonstram o quanto à gestão pública zela pela saúde de seus cidadãos em especial seus jovens. Ao GRUPECCE – Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Cronicidades e Cuidados de Enfermagem pelo apoio na tabulação, análise e interpretação dos dados do estudo e confecção dos trabalhos.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A NECESSIDADE DE ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES DE CRIANÇAS COM DOENÇA FALCIFORME

Livia Lopes Custódio<sup>1</sup>, Sarah Vieira Figueiredo<sup>2</sup>, Raquel de Maria Carvalho Oliveira<sup>3</sup>, Débora Pena Batista e Silva, Ilvana Lima Verde Gomes<sup>5</sup>

1. Mestrado Acadêmico em saúde coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Programa de Pós-Graduação de Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará-Brasil;

3. Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil;

4. Docente do Programa de Pós-Graduação em saúde coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará- Brasil.

Email: liviacustodio@yahoo.com.br

Palavras-chave: Anemia Falciforme. Tecnologia Educacional. Cuidadores

### INTRODUÇÃO

A doença falciforme faz parte do grupo de enfermidades hematológicas hereditárias, ocorre devido à transformação da hemoglobina normal (Hb) em uma hemoglobina anormal, denominada S (HbS). Essa deformação nas hemácias adota a forma de foice e, em certas situações, oferece fenômenos de obstrução vascular, episódios de dor e lesão de órgãos e/ou sistemas (BRASIL, 2015).

Tais particularidades apresentam consequências fisiológicas e clínicas, com situações que muitas vezes precisam estar em alerta quanto à ocorrência de uma possível crise ou complicação grave. Esses eventos interverem na vida dos doentes falcêmicos e que, se tratado de maneira precoce, tomando as escolhas terapêuticas devidas, podem retardar sequelas e até óbitos precoces.

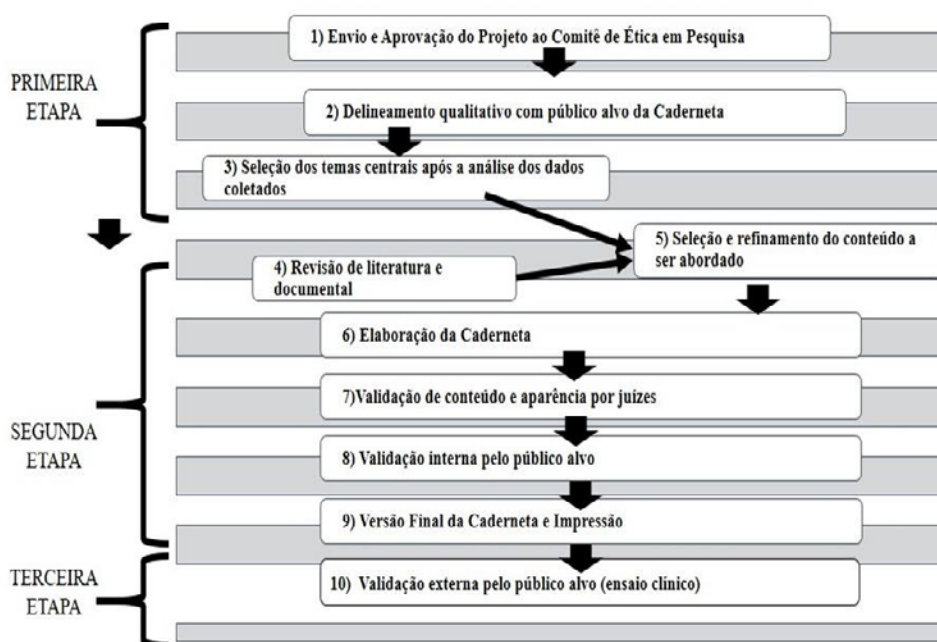
Assim, as famílias de crianças com doença falciforme precisam ser orientadas, de modo que possam compreender o que devem fazer para evitar as crises, quais ações tomar ante aos sintomas e crises dolorosas que surgem. As orientações relacionadas a saúde, além de quaisquer outras dúvidas que possam ser apresentadas ao longo da vida, fazem parte dos direitos em saúde que são garantidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Nesse sentido, a tecnologia educativa é um ótimo instrumento que pode ser utilizado frente a esse desafio, pois é uma estratégia de educação em saúde que funciona como um mecanismo de mediação para os facilitadores, devendo envolver atitudes que atendam às necessidades do público alvo a qual a tecnologia se destina (TEIXEIRA; NASCIMENTO; MEDEIROS, 2014).

Visando contribuir para um melhor funcionamento da rede é que essa pesquisa se torna relevante, na medida em que tem como foco a criação de uma estratégia que contribua para a comunicação entre os serviços de saúde que fornecem assistência as pessoas com doença falciforme, bem como a elaboração de uma tecnologia educativa que forneça orientações aos familiares de crianças com essa patologia, visto que encontrou-se ausência na literatura dessa pratica para essas pessoas.

A elaboração de manuais tem-se destacado dentre outros aspectos, durante o processo de orientação de usuários e familiares, no que diz respeito ao seu adoecimento, tratamento e atividades de autocuidado. Desse modo, esses instrumentos de informação contribuem para uniformizar as orientações, além de auxiliar a comunidade a melhor compreender o seu processo de saúde-doença e buscar, de forma consciente, os caminhos a traçar, para a sua recuperação (ECHER, 2005).

O objetivo geral desta pesquisa foi desenvolver uma tecnologia impressa (caderneta) de acompanhamento e orientação em saúde sobre a doença falciforme para familiares de crianças com essa enfermidade, e realizar a sua validação. Porém, esse resumo irá abordar os resultados preliminares, onde foi possível atingir o primeiro objetivo específico de: compreender a necessidade dos familiares das crianças quanto a orientação em relação à doença falciforme.



## METODOLOGIA

O estudo, caracterizado como do tipo misto, acontecerá em três etapas, sendo a primeira de diagnóstico situacional, a segunda metodológica de construção e validação interna da Caderneta e a terceira será a validação externa, por meio de um quase-experimento. O tipo metodológico, visa à realização, aperfeiçoamento e avaliação de um instrumento ou uma estratégia que possibilite aprimorar uma metodologia (POLIT; BECK, 2011).

Entretanto, antes da construção da tecnologia, foi desenvolvida uma etapa com abordagem qualitativa, visando atingir um objetivo prévio, descrito anteriormente. Assim, as informações obtidas nesse primeiro momento funcionarão como uma base para seleção de um conteúdo mais específico acerca dessa parcela da população, de forma a produzir-se uma tecnologia de educação em saúde e de acompanhamento na Rede de Atenção à Saúde (RAS) em consonância com as reais necessidades dessas pessoas cronicamente adoecidas, funcionando como uma análise/diagnóstico situacional, preconizado e utilizado por alguns autores (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012; CAETANO; GARRAFA, 2014).

A primeira etapa ocorreu, portanto, da seguinte maneira: foi desenvolvida em um hospital de referência pediátrica no Ceará, no Ambulatório de Especialidades, onde ocorre o acompanhamento clínico de infantes com doença falciforme. Essa etapa da pesquisa ocorreu de abril a maio de 2017, sendo iniciada apenas após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), parecer número 1.955.727, e do referido hospital, parecer número 1.994.879. Participaram 12 familiares de crianças com doença falciforme, após obter-se um grau de aprofundamento das informações coletadas.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ser o responsável pela criança e participar do seu tratamento nos serviços de saúde e cuidados domiciliares, de modo a apresentar um maior teor de detalhes quanto ao objeto em estudo, e a criança possuir diagnóstico para doença falciforme com confirmação laboratorial. Os critérios de exclusão foram: os familiares apresentarem algum déficit cognitivo, com diagnóstico médico previamente estabelecido, que prejudicasse o entendimento das perguntas realizadas nessa pesquisa.

Para a coleta dos dados, realizou-se entrevistas semiestruturadas, onde utilizou-se um roteiro com dois itens; o primeiro de caracterização do familiar e da criança, e o segundo com perguntas norteadoras quanto ao objeto em estudo. Apenas algumas entrevistas foram gravadas, pois alguns participantes solicitaram que não fosse utilizado o gravador.

O material transcrito na íntegra foi organizado em arquivos individuais e, para a sua análise, foram seguidas as etapas recomendadas pela Análise Categórica Temática de Bardin (2011): pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação; sendo elaboradas as seguintes categorias temáticas: a percepção dos familiares acerca da doença falciforme; a necessidade de orientação dos familiares das crianças com a doença falciforme.

Destaca-se que foram preconizadas as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que determina o respeito à autonomia dos sujeitos, a beneficência, a não-maleficência e a justiça. Além disso, os nomes verdadeiros dos participantes foram omitidos, sendo substituídos por letras e números, respeitando-se assim o anonimato.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio das falas dos familiares, foi possível compreender suas percepções acerca da doença falciforme, sendo que alguns conheciam, outros sabiam, mas não sabiam explicar e, outros ainda falaram, evidenciando informações errôneas, talvez pela falta de conhecimento.

A falta de informação sobre a doença falciforme, o aparecimento de sinais e sintomas da doença devido às complicações que apresentam a nível biológico, psicológico e sociocultural foram estudadas por Marques (2015), com base em dados de adolescentes, apontou para o não reconhecimento dos alunos com doença falciforme por parte da escola como alunos com necessidades médicas e educacionais específicas.

Sobre os entendimentos em torno das repercussões de uma crônica doença na vida dos filhos, ficou manifesto que, no geral, as famílias possuíam pouca informação, conforme mostram as falas:

“Muito grave, se não cuidasse podia perder ela muito cedo (mãe respondeu chorando); (orientaram que) tinha que cuidar bem dela...” E1

“Não sei o que é, se não tratar direito pode virar leucemia, com o tempo podia ficar sem movimentar as pernas...” E7

“Ela causa dor nos osso, febre, é, fraqueza nos osso. É, o que mais...” E9

A partir dessas colocações dos participantes, ficou evidenciado que existem sim a necessidade de orientação a esses familiares, principalmente no que diz respeito e o que se constitui de fato essa enfermidade na vida da criança, bem como informar os possíveis eventos que podem ocorrer no seu organismo ao longo dos anos.

Essa importância e a necessidade de orientar a família, foi detectado no estudo De Moraes (2017), como uma ação de intervenções que podem ocorrer por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, sendo realizada a nível de prevenção primária, através de educação em saúde, com um conjunto de estratégias para promover qualidade de vida, baseadas na possibilidade de se realizar intervenções em saúde envolvendo indivíduos, famílias e comunidades.

Nesse sentido, no estudo desenvolvido por Rocha, Cioff e Oliveira (2014) observaram que uma das estratégias que pode ser utilizada na busca por aumentar o conhecimento de familiares/ cuidadores de crianças com doença falciforme é a utilização de materiais escritos, que sejam adaptados culturalmente e sensíveis ao público alvo do processo educativo, por meio de uma linguagem simples e de fácil compreensão dessas pessoas.

## CONCLUSÃO

Os achados da pesquisa refletem a lacunas existente e demonstrada pela maioria dos familiares possui em relação ao conhecimento e informações acerca da doença falciforme. Assim sendo, pode-se concluir que, existem sim a necessidade de orientação a esses familiares, principalmente no que diz respeito e o que se constitui, de fato, essa enfermidade na vida dos que padecem dessa enfermidade..

Destaca-se que, por meio das categorias elencadas, os pesquisadores terão subsídios para prosseguir com as demais etapas dessa pesquisa, selecionando aspectos que são de importância para o público alvo da caderneta que será elaborada. Além disso, as informações discutidas aqui, podem auxiliar profissionais de saúde que atuam com essas crianças, de modo a melhor compreenderem as necessidades de orientação que permeiam a vida dessas famílias.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme**: diretrizes básicas da linha de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

CAETANO, R.; GARRAFA, V. Comunicação como ferramenta para divulgar e promover a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Rev. bioét. (Impr.)**, v.22, n.1, p.34-44, 2014.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.13, n.5, p.754-757, 2005.

FIGUEIREDO, S. V. et al. Conhecimento das famílias de crianças e adolescentes com malformação neural acerca dos seus direitos em saúde. **Escola Anna Nery**, v.19, n.4, p.671-678, Out-Dez 2015.

GOMES, L. M. X. et al. Quality of assistance provided to children with sickle cell disease by primary healthcare services. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v.33, n.4, p.277-282, 2011.

Marques LN, et al. O viver com a doença falciforme: percepção de adolescentes. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015 jan./abr.;26(1):109-17.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, [8 telas], 2012.

ROCHA, L. P. O.; CIOFF, A. C. S.; OLIVEIRA, D. P. Assistência de enfermagem frente à problemática clínica de pacientes portadores de anemia falciforme. **Rev. Eletrônica da UNIVAR**, v.2, n.12, p. 44-48, 2014.

TEIXEIRA, E.; NASCIMENTO, M. H. M.; MEDEIROS, H. P. Referenciais metodológicos para validação de tecnologias cuidativo-educacionais. In: NIETSCHÉ, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. (orgs.).

**Tecnologias cuidativo-educacionais**: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá Editora, 2014. p.113-127.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos o hospital de referência pediátrica no Ceará, que facilitou para a realização da pesquisa; aos profissionais do Ambulatório de Especialidades e; principalmente as pessoas que participaram e contribuíram com o estudo.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE E DA ATIVIDADE FÍSICA

Líli Braga Maia<sup>1</sup>, Francisca Bertilia Chaves Costa<sup>2</sup>, Ana Maria Fontenele Catrib<sup>3</sup>

1. Docente Adjunta da Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato-Ceará-Brasil.

2. Doutoranda do Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, Ceará, Brasil.

3. Docente da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, Ceará, Brasil.

E-mail: liliabragam@hotmail.com

Palavras-chave: Escola. Promoção da Saúde. Atividade Física.

### INTRODUÇÃO

A escola exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia e o exercício de direitos e deveres (BRASIL, 2009), influenciando e orientando as atitudes e valores dos estudantes ao longo de toda a sua escolaridade, conscientizando-os a adotar hábitos que permitam uma qualidade de vida melhor (ILHA; SOARES, 2015) sendo apontada como local privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde (BRESSAN; MEDEIROS, 2014).

No ambiente escolar, o professor de Educação Física é um profissional indispensável para a conscientização dos alunos em relação à adoção de um estilo de vida ativo e saudável (CARMO *et al.*, 2013). Desenvolver física, cognitiva, afetiva e socialmente, objetivos da Educação Física, permitirão aos alunos estabelecer uma vida saudável, unindo corpo, mente e espírito de maneira harmônica (LEITE, 2016).

Uma importante descoberta no campo da saúde é que estilos de vida ativos iniciados na infância persiste com moderada a alta estabilidade na juventude e na idade adulta (TELAMA *et al.*, 2014). O relatório do *Institute of Medicine* (IOM, 2013) salienta que o engajamento em atividades físicas pode melhorar a saúde mental, prevenir a ansiedade e a depressão, melhorar o humor, e outros aspectos psicossociais, como o autoconceito, comportamentos sociais, metas futuras e, principalmente, a auto eficácia.

Entretanto, estudos indicam que com a idade ocorre um declínio significativo na maioria das atividades esportivas entre jovens (MARQUES; MARGARIDA, 2016) e principalmente entre as garotas (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, WHO, 2014). Em toda a Europa e América do Norte, a maioria dos adolescentes não cumpre as recomendações dos 60 minutos diários de atividade física moderada e/ou intensa (KALMAN *et al.*, 2015).

O sedentarismo entre adultos e idosos é um grande problema de saúde pública na atualidade. Portanto, o desenvolvimento de intervenções eficazes para a promoção da atividade física entre os adolescentes é uma prioridade na atual pesquisa em saúde coletiva.

Diante do exposto, foi planejada e elaborada uma intervenção educativa no ensino médio na qual a disciplina Educação Física (EF) foi a estratégia principal de promoção da saúde para o aumento do nível da prática da atividade física entre os jovens.

Para a realização dessa pesquisa, adotou-se as ações, os princípios conceituais e a filosofia do programa Escolas Promotoras da Saúde da *Organización Panamericana de la Salud* (1998), o qual aborda três focos principais: modificação no ambiente e normas, ações educativas, treinamento e engajamento de pessoal.

A intenção e direção deste estudo constituem-se na preocupação com a promoção da saúde, das práticas de atividades físicas por intermédio de uma intervenção educativa junto aos alunos, professores, gestores e pais, em uma escola pública do ensino médio. Sendo assim, objetivou-se avaliar os efeitos de um programa de intervenção na promoção da saúde de atividades físicas.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo intervenção.

A amostra do estudo foi pareada, constituída por 76 adolescentes de uma escola de ensino médio da cidade de Fortaleza/Ceará da faixa etária de 14 a 19 anos; do turno da manhã; das três séries do ensino médio; e que responderam às duas avaliações (pré-teste e pós-teste).

O instrumento utilizado foi um questionário construído mediante composição e adaptação de fragmentos extraídos de outros questionários. Foi realizado um estudo-piloto, no qual foi considerado válido e adaptado por meio de teste empírico de fidedignidade e validade de constructo.

Analisou-se as seguintes variáveis: características sociodemográficas; fatores relacionados com a escola e a disciplina Educação Física (EF); nível de atividade física (NAF).

Acerca da prática de atividades físicas e desportivas, procurou-se acatar os critérios e recomendações de que todos os adolescentes devem realizar Atividades Físicas (AFs) diariamente ou pelo menos três ou mais sessões semanais de intensidade moderada a vigorosa, cada uma com duração mínima de 20 minutos, conjugando as distintas formas de AFs (lazer, jogos, aulas de EF, transporte, AFs formais e informais) (SALLIS; PATRICK, 1994).

Para a classificação do NAF, adotou-se o consenso acima mencionado e as medidas derivadas das respostas de três itens do questionário: esporte na escola; atividades físicas informais; esportes/AFs praticados fora da escola (critérios de frequência, duração e intensidade).

O NAF foi dividido nas seguintes categorias: estudantes que relataram praticar AFs entre cinco e sete dias por semana, com cada sessão superior a 45 minutos, de intensidade moderada e vigorosa, foram classificados como “muito ativos”; aqueles que relataram praticar AFs entre três e cinco dias, com tempo de 20 a 45 minutos e/ou a média (32,5 minutos) por sessão, com intensidade vigorosa e moderada, foram classificados de “ativos”; aqueles que relataram praticar no mínimo 20 minutos em cada sessão de AF, de um a três dias por semana, foram designados “pouco ativos” e inativos”.

Para análise estatística, a categorização do final do NAF foi agrupada em dois níveis: muito ativos e ativos; pouco ativos e inativos.

Na análise estatística dos dados, a contagem das frequências relativas das variáveis do estudo entre o pré-teste e pós-teste foi realizada por meio do programa Excel do Windows. Também foi realizado o teste McNemar, pelo procedimento PROC FREQ do *software* SAS 9.4. Adotou-se o índice de significância de  $p < 0,05$ .

A coleta de dados foi realizada no início do mês de fevereiro (pré-teste) e após 23 semanas do término do programa de intervenção, no final de julho (pós-teste).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Parecer nº 387/2006.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra estudada teve um total de 76 alunos, cuja faixa etária foi de 14 a 19 anos, sendo constituída metade pelo sexo masculino e a outra, pelo sexo feminino, a maioria solteira, que não trabalhava e cuja renda familiar mensal familiar era de um salário mínimo.

No que se refere ao questionamento, “Você gosta do tempo que passa na escola?“, a maioria (pré-teste: 100% e pós-teste: 91,89%) dos alunos afirmou gostar do tempo que passava na escola.

O fato de gostar da escola, além dos educacionais, pode trazer benefícios para a saúde em geral. Por exemplo, para os adolescentes portugueses que relataram gostar do tempo que passavam na escola, isso foi associado a maior prática de atividades físicas, ao dobro de felicidade, maior facilidade no diálogo com os pais e menor interesse pelas drogas (MATOS; EQUIPA AVENTURA SOCIAL, 2003). A saúde se constrói e se mantém através do gosto pela escola e da valorização do “aluno-pessoa” (MATOS; EQUIPA AVENTURA SOCIAL, 2010, p.174).

Um percentual elevado de alunos (pré-teste: 85,71% e pós-teste: 80,56%) descreveu seus colegas como simpáticos e prestativos, além disso, avaliaram o grupo de professores e os administradores da escola como muito bons ou bons (pré-teste: 82,19% e pós-teste: 77,34%)

“Relações interpessoais positivas entre professor e aluno são fundamentais no processo de aprendizagem” (FRESCHI; FRESCHI, p.4), o respeito mútuo torna o ambiente mais equilibrado, o ato de ensinar fica prazeroso, aulas mais produtivas, mais motivadoras, o que facilitará a transmissão dos conteúdos a serem trabalhados. Assim como o papel do professor em tornar os alunos conscientes da importância das relações interpessoais em sala de aula, do companheirismo, cooperação, relações duradouras, respeito, etc. (WILHELMS; SAMPAIO, 2014).

Acerca da disciplina Educação Física, respectivamente nos períodos pré-intervenção e pós-intervenção, verificou-se que: (77,33% e 49,93%) dos alunos declararam que a escola oferecia essa disciplina no período das aulas; (59,21% e 40%) afirmaram ter um ou dois dias de aula de EF por semana; (67,57% e 66,67%) disseram gostar muito, gostar ou gostar mais ou menos das aulas de EF; (75% e 70,6%) declararam se sentir bem ou muito bem nas aulas de EF; (0% e 56,58%) informaram não ter nenhuma vantagem nas aulas de EF.

Após a realização do Teste McNemar verificou-se, em comparação ao pós-teste, que foram significativas as seguintes variáveis ( $p$ -valor  $< 0,05$ ): 41,89% dos participantes relataram alteração do período das aulas de EF, que passaram a ser no período extraclasses ( $p=0,0003$ ); 32% daqueles que não participavam de esportes escolares começaram a participar no período pós-intervenção ( $p=0,001$ ); 33,34% dos alunos que não viam vantagem (benefícios) nas aulas de EF passaram a achar que tinham benefícios em participar das aulas no período pós-intervenção ( $p=0,0015$ ).

Assim, na sentença sobre gostar das aulas de EF, a resposta dos alunos foi positiva. É relevante para os profissionais de EF o *feedback*, diante do quadro em que se encontra essa disciplina nas escolas em geral.

De acordo com Melnyk *et al.* (2013) atualmente ocorre uma desvalorização da disciplina e do próprio trabalho do professor de Educação Física no ensino médio.

Como foram ofertadas outras modalidades físicas e esportivas em diversos horários e turnos, os alunos marcaram a opção da alteração do período das aulas de EF para extraclasse. Esta estratégia, é aconselhada em outros programas de intervenção na promoção de AF/esportes (SUTHERLAND *et al.*, 2013) e em manuais de programas de promoção da saúde nas escolas (SAUNDERS *et al.*, 2014).

Os alunos também mudaram a percepção em relação a ter benefícios na participação nas aulas de EF. Acredita-se que as estratégias de contextualização do tema “saúde” por intermédio da interdisciplinaridade, a distribuição de materiais educativos (panfletos, textos, cartilhas), palestras, duas avaliações físicas quanto à aptidão física relacionada à saúde, aulas teóricas e práticas, entre outras, tenham contribuído para essa mudança de percepção.

Segundo Maia (2009), na avaliação das ações de um programa de intervenção ocorreu um aumento do nível de conhecimento dos alunos sobre saúde em geral e os benefícios da AF/esportes para a saúde.

O Nível de Atividade Física (NAF) dos alunos no período da pré-intervenção na categoria “esporte na escola” foram: 77,64% classificaram-se nos níveis pouco ativo ou inativo e 22,37%, nos níveis muito ativo e ativo; na categoria “atividades físicas informais”: 49,79% classificaram-se nos níveis pouco ativos e inativos e 59,21% nos níveis ativos ou muito ativos. Na categoria “esporte/AF fora da escola”: 55,26% obtiveram níveis pouco ativos e inativos e 44,73% classificaram-se nos níveis ativos e muito ativos.

Após a realização dos níveis de significância do Teste McNemar (pré-teste e pós-teste) do NAF, obteve-se os seguintes resultados: as categorias “AFs informais” e “Esporte fora da escola” obtiveram níveis de significância  $p=0.0411$  e  $p=0.0015$ , respectivamente.

Na categoria “atividades físicas informais”, 26,31% dos alunos tiveram alteração de nível de inativo/pouco ativo para ativo/muito ativo, indicando que a metodologia utilizada para a conscientização de importância da atividade física como pedalar, caminhar, jogar com os amigos, etc. foi efetiva.

No que diz respeito a categoria “esportes fora da escola/AF”, 31,58% dos alunos tiveram alteração de nível de inativo/pouco ativo para ativo/muito ativo, demonstrando que esse percentual apresentou uma mudança de comportamento extraescolar, ao que se refere a prática de esportes.

Apesar de não ter sido significativo, é expressivo notar que, na categoria “esporte praticado na escola”, 21,05% dos alunos tiveram alteração de inativo/pouco ativo para ativo/muito ativo.

Outros programas de intervenção na promoção de AF/esportes obtiveram o mesmo resultado no mesmo espaço de tempo. (LONSDALE *et al.*, 2016; WHO, 2014).

Algumas limitações deste estudo devem ser mencionadas. O instrumento de pesquisa foi respondido por um auto relato, ao invés de medidas objetivas dos níveis de AF e o programa de intervenção foi realizado no Município de Fortaleza, portanto, os resultados devem ser analisados com cautela em razão das diferenças culturais, regionais, nacionais e internacionais.

## CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, constatou-se que o programa de intervenção alcançou suas metas principais e produziu efeitos positivos na percepção sobre a disciplina Educação Física escolar e no aumento do nível da prática de atividades físicas e esportes, porém, verificamos também que o processo exige um aprendizado contínuo e sistemático dos professores e o envolvimento de todos os que fazem parte da comunidade escolar, assim como a inclusão desse tema no projeto político-pedagógico das escolas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 96 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24). ISBN 978-85-334-1644-4. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad24.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad24.pdf). >. Acesso em: 12 de janeiro de 2011.

BRESSAN, A., MEDEIROS, D.C. A Promoção da Saúde na Escola. **Revista Pátio**, 69, 2014. Disponível em: <http://loja.grupoa.com.br/revista-patio/artigo/10127/a-promocao-da-saude-na-escola.aspx>. Acesso em: 20.07.2016.

CARMO, N. do., GRINGER, C., NETO, J.B. de S., FRANÇA, J.C. *et al.* A importância da educação física escolar sobre aspectos de saúde: sedentarismo. **Revista Educare CEUNSP** – Volume 1, Número 1 -p.21- 29, 2013. Disponível

em: <[http://www.ceunsp.edu.br/revistas/educare/artigos/vollnol/Artigo\\_2\\_A\\_importancia\\_da\\_educacao\\_fisica\\_es\\_colar\\_sobre\\_aspectos\\_de\\_saude.pdf](http://www.ceunsp.edu.br/revistas/educare/artigos/vollnol/Artigo_2_A_importancia_da_educacao_fisica_es_colar_sobre_aspectos_de_saude.pdf)>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

FRESCHI, E.M., FRESCHI, M. Relações interpessoais: a construção do espaço artesanal no ambiente escolar. REI - **Revista da Educação do IDEUA**. 8 (18), julho – dezembro, p.1-12, 2013. Disponível em: <[http://www.ideau.com.br/getulio/restrito/upload/revistasartigos/20\\_1.pdf](http://www.ideau.com.br/getulio/restrito/upload/revistasartigos/20_1.pdf)>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE. IOM. **Educating the student body**: Taking physical activity and physical education to school. Washington, DC: The National Academies Press, 2013. Disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201500/pdf/Bookshelf\\_NBK201500.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201500/pdf/Bookshelf_NBK201500.pdf)>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ILHA, P.V., SOARES, F.A.A. Desenvolvendo a promoção da saúde no ambiente escolar através da aprendizagem por projetos. In: **Educação e saúde no contexto escolar** [livro eletrônico]/ COPETTI, J., FOLMER, V. (Orgs). Uruguaiana: Universidade Federal do Pampa, 2015, 42p, .pp.54-75. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/ppgecv/> ISBN: 978-85-63337-37-5> Acesso em: 22 de agosto de 2016.

KALMAN, M., INCHLEY, J., SIGMUNDOVA, D., IANNOTTI, R.J. et al. Secular trends in moderate-to- vigorous physical activity in 32 countries from 2002 to 2010: a cross-national perspective. **European Journal of Public Health**, v. 25, Supplement 2, 2015, p. 37–40. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805785>>. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

LEITE, T.S.C. **A visão dos profissionais de educação física sobre as normas que regulam a sua prática Profissional**. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Instituto de Educação, Lisboa, 2016. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10437/6920>>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

LONSDALE, C., SANDERS, T., COHEN, K.E., PARKER, P., NOETEL, M., HARTWIG, T., VASONCELLOS, D.; LUBANS, D.R. Scaling-up an efficacious school-based physical activity intervention: Study protocol for the ‘Internet-based Professional Learning to help teachers support Activity in Youth’ (iPLAY) cluster randomized controlled trial and scale-up implementation evaluation. **BMC Public Health**, 2016, p. 16-873. DOI 10.1186/s12889-016-3243-2. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4997792/>> Acesso em: 08 de fevereiro de 2016.

MAIA, L.B. Estilo de Vida Ativo e Saudável: Avaliação de um Programa de Prevenção às Drogas nas Escolas. In: KENNEDY, F. S.S (Org). **Colóquio Abrindo Trilhas para os Saberes**: Reflexões e experiências. Fortaleza: SEDUC; 2009, p.23-10.

MARQUES, A., MARGARIDA, G. de M. Adolescents’ physical activity trends over the years: a three-cohort study based on the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Portuguese survey, 2016. **BMJ Open**. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/>>. Acesso em: 30 de novembro de 2016

MATOS, M.G., EQUIPA DO PROJECTO AVENTURA SOCIAL E SAÚDE. **A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)**. Lisboa, PT: Edições FMH, 2003.

MATOS MG., EQUIPA AVENTURA SOCIAL. A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES: **Relatório do estudo HBSC 2010**. Lisboa: Edições FMH. 2012. Disponível em: <[http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276\\_Relatorio\\_HBSC\\_2010\\_PDF\\_Finalissimo.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf)>. Acesso em 23 de outubro de 2016.

MELNYK, B.M., JACOBSON, D., KELLY, S., BELYEA, M. *et al.* Promoting healthy lifestyles in high school adolescents: a randomized controlled trial. **Am J Prev Med** [Internet]. 2013, 45, 4, p. 415- 407. [Cited 2016 Jun 27]. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4285557/pdf/nihms505141.pdf>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **Escuelas promotoras de la salud**: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington, 1998, 32pp.

SALLIS, J.F., PATRICK, K. Physical Activity guidelines for adolescents: Consensus statement. **Pediatric Exercise Science**, v. 6, n. 4, p. 302-314, 1994.

SAUNDERS, R.P., WILCOX, S., BARUTH, M., DOWDA, M. Process evaluation methods, implementation fidelity results and relationship to physical activity and healthy eating in the Faith, Activity, and Nutrition (FAN) study. **Eval Program Plann**. 2014, 43(1), p. 102-93. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022598/pdf/nihms547853.pdf>> Acesso em: 10 de junho de 2016.

SUTHERLAND, R., CAMPBELL, E., LUBANS, D.R., MORGAN, P.J. *et al.* cluster randomised trial of a school-based intervention to prevent decline in adolescent physical activity levels: study protocol for the ‘Physical Activity 4 Everyone’ trial. **BMC Public Health**. 2013, p.57-13. [Cited 2016 Jun 13]. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/57>>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

- TELAMA, R, YANG, X., LESKINEN, E., KANKAANPA, A.A., HIRVENSALO, M. *et al.* Tracking of Physical Activity from Early Childhood through Youth into Adulthood. **Medicine & Science in Sports & Exercise**. P. 955-962. 2014. Disponível em: <<http://www.acsm-msse.org>> DOI: 10.1249/MSS.000000000000181. Acesso em: 24 de abril de 2016.
- WILHELMS, E., SAMPAIO, A.A. Implicações na prática pedagógica da educação física pela ausência da quadra de esportes coberta. Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor. **Cadernos PDF**, v. 1, p. 1-21, 2014. Paraná: Secretária de Educação. Disponível em: <[http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernos/pdebusca/producoes\\_pde/2014/2014\\_unioeste\\_edfis\\_artigo\\_egon\\_wilhelms.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernos/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_unioeste_edfis_artigo_egon_wilhelms.pdf)> Acesso em: 15 de junho de 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non communicable diseases** 2014. WHO: Geneva, Switzerland, ISBN 978 92 4 156485 4. WORD HEALT ORGANIZATION. Global Status Report on Non Communicable Diseases. Geneva. WHO. 2014. <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 03 de março de 2016.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A RESIDÊNCIA E OS RESIDENTES: PAPEIS PERCEBIDOS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ-CE

Jéica Pinheiro Carnaúba<sup>1\*</sup>, Gisele Maria Melo Soares Arruda<sup>2</sup>, Ana Káren Pereira de Souza<sup>3</sup>, Maria Tanízia Pereira Rocha<sup>4</sup>, Suely Paivade Moraes<sup>5</sup>, Ana e Caroline Ferreira Queiroga<sup>6</sup>.

1. Enfermeira graduada pela Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS), Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Vale do Acaraú (UVA), Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE), Fortaleza, Ceará, Brasil.

2. Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Integrada do Ceará (FIC), especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pelo Sistema Municipal de Saúde Escola da Secretaria de Saúde de Fortaleza, mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC), e doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil.

3. Gradua em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Auditoria de Saúde pela Faculdade Teológica e Filosófica, Enfermagem cardiovascular Universidade Estadual do Ceará (UECE), Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Leão Sampaio (FLS) e Enfermagem Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).  
Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

4. Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Católica Rainha do Sertão. Pós-Graduada em Fisioterapia na UTI UNIFOR. Formação Completa em Pilates Terapêutico Nacional Físio. Egressa da Residência em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE).

5. Enfermeira graduada pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO). Educadora em diabetes com certificado pela Associação Diabetes Juvenil (ADJ) Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) International Diabetes Federation (IDF)/Rede Latino Americana de Educadores em Diabetes (RELAD). Residente em Assistência em Diabetes pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde (RESMULTI) do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

E-mail: jessicarnauba91@hotmail.com

Palavras-chave: Dengue. Atenção Primária a Saúde. Infecções por Arbovirus. Promoção da Saúde. Estratégia Saúde da Família

### INTRODUÇÃO

A Lei n.º 8.080/90 que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta princípios e diretrizes que buscam tornar possíveis a mudança paradigmática de um modelo centralizado nas ações biomédicas e predominantemente curativas e individualistas, para ações preventivas, de promoção, recuperação e reabilitação da saúde sob a ótica da integralidade da assistência, com participação popular. Ao passo que a Estratégia Saúde da Família (ESF) se caracteriza como mudança paradigmática na atenção à saúde no Brasil, a formação e o aperfeiçoamento da força de trabalho para condução das políticas públicas precisam ser desenvolvidos de forma concomitante, sendo esta, inclusive uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurada por lei. Nessa perspectiva, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), modalidade de pós-graduação *latu senso*, surge com a finalidade de promover mudanças na formação profissional voltadas para a ruptura do modelo biomédico hegemônico, o desenvolvimento de competências centradas nas necessidades de saúde da população, a configuração de práticas de saúde orientadas pelos princípios do SUS, a atuação interprofissional e a operacionalização da Reforma Sanitária Brasileira. No Ceará, a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública (RIS-ESP/CE) é uma estratégia de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) que acontece, desde 2013, em 22 municípios cearenses nos serviços das Redes de Atenção Primária à Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção Hospitalar e Gestão em Saúde. A experiência enquanto residente trouxe à tona a percepção de que as RMS, apesar de serem uma proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) institucionalizada e difundida pelo Ministério da Saúde (MS), ainda permanecem como uma estratégia pouco conhecida pelos usuários e profissionais dos serviços de saúde. Nesse contexto, destacam-se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais que desempenham importante papel na atenção à saúde da população, uma vez que residem no território alvo de suas ações e convivem com a realidade do local, interagindo de forma mais ampla com valores, linguagens, culturas, problemas, satisfações e insatisfações características desse ambiente. Assim, por estarem mais próximos aos usuários, contribuem para a formação de vínculo e intercâmbio entre a comunidade e os demais profissionais da ESF. Dessa forma, considera-se relevante entender como esses profissionais compreendem essa proposta de EPS e as ações desenvolvidas pelos residentes. Como objetivo desse artigo foi o de analisar a percepção dos ACS do município de Quixadá/CE sobre a Residência Interprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RIS-SFC).

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico, exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa aconteceu em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na sede do município de Quixadá/CE. Essas UBS foram escolhidas por constituírem os cenários de lotação dos ACS que estiveram em contato com os residentes da RIS-ESP/

CE ênfase Saúde da Família e Comunidade. Em Quixadá/CE, a RIS-SFC iniciou suas atividades em 2013, tendo, desde então, recebido duas turmas de residentes, compostas pelas seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Tais equipes desenvolveram no território diversas ações organizativas, assistenciais, educativas, de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação. Nesse sentido, Os sujeitos da pesquisa foram os ACS de duas equipes de referência, com tempo de atuação na função superior a três anos. A quantidade de sujeitos foi definida por saturação teórica, contando ao final com 11 ACS. Para assegurar o anonimato dos sujeitos, na apresentação dos resultados utilizou-se a sigla "ACS", seguida pelos números de um a onze, conforme ordem cronológica das entrevistas. A coleta de dados ocorreu em maio de 2016 por meio de entrevistas semiestruturadas seguindo um roteiro para o mesmo, com perguntas relacionadas a temática da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em local tranquilo e privativo e gravadas em equipamento eletrônico, mediante autorização dos participantes e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após as transcrições e análise das falas, as gravações foram apagadas. Os conteúdos das falas foram transcritos e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo em sua modalidade empírica. Segundo Bardin (2011), a análise do conteúdo constitui-se em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que aplica procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Para interpretação e discussão dos resultados utilizou-se a literatura pertinente ao assunto aos uma extensa revisão bibliográfica sobre as temáticas abordadas. Levou-se em consideração a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará sob protocolo Nº 1.510.433.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As RMS são uma importante estratégia de Educação Permanente que tem sido adotada pelo MS, entretanto, muitas vezes, os profissionais de saúde, desconhecem sua existência, como aconteceu com a maioria dos ACS entrevistados. Isso pode ser justificado pelo fato de as RMS serem uma proposta de EPS relativamente nova, tendo sido instituída no Brasil em 30 de junho de 2005, pela Portaria Interministerial nº

11.129. Assim como o desenvolvimento das RMS nacionalmente, no Ceará, os programas de residência estiveram inicialmente concentrados na capital do estado e na cidade de Sobral. Apenas a partir de 2013, com a criação da RIS-ESP/CE, houve a interiorização e difusão desse modelo de formação. Entretanto, as colocações de outros entrevistados revelam que, com a convivência e o trabalho compartilhado, alguns ACS conseguem apreender o objetivo e o modelo pedagógico das RMS. Os ACS relataram compreender os residentes enquanto um grupo multiprofissional que apóia os demais profissionais da saúde. Dois aspectos se sobressaem nas definições que os ACS fazem sobre a RIS-SFC: a multiprofissionalidade e o cuidado especializado. Na RIS-SFC, os enfermeiros e cirurgiões-dentista inserem-se nas equipes de referências e os demais profissionais (nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo) organizam seu processo de trabalho como preconizado para os NASF. Nesse contexto, a RIS-SFC corrobora com a reorganização do modelo assistencial, uma vez que promove uma EPS contextualizada com a realidade dos serviços e de caráter interprofissional. Com esse ideal, tal estratégia privilegia a construção de novos saberes e práticas e possibilita, por meio do intercâmbio entre diversas áreas específicas do conhecimento, exercer um cuidado mais efetivo, contribuindo para a realização de ações pautadas nos princípios dos SUS e no fortalecimento das políticas públicas de saúde. Ao pontuarem a interprofissionalidade como característica central da RIS-ESP/CE, os ACS indicam que o programa, de fato, alcança seu objetivo na concretização do cuidado ampliado e compartilhado em equipes multiprofissionais. Entretanto, percebe-se também que muitas vezes, a presença dos profissionais residentes nos serviços tem um caráter de provimento. Ou seja, há carências de diversas categorias profissionais e os residentes acabam suprimindo essa lacuna na atuação e no cuidado ofertado à população. Mas a RMS tem um período finito e determinado de execução. A equipe inicia suas atividades, mas permanece apenas dois anos no cenário de prática. Algumas vezes há a permanência das ações por meio da inserção de uma nova equipe, mas isso nem sempre acontece. Nesse contexto, a descontinuidade do processo de trabalho foi vista como a maior dificuldade enfrentada. Percebe-se que os ACS se sentem cobrados pela população por um serviço que é ofertado por um curto período de tempo e depois deixa de existir. Um dos motivos, apontados por alguns autores para tal ruptura, tem a ver com a falta de profissionais nas equipes de referência e equipe NASF que garantam a cobertura ideal para a população. Com a saída dos residentes, a equipe não consegue dar continuidade às ações disparadas pelos residentes. Há a necessidade de ampliação da cobertura das ESF e dos NASF, com equipes completas e profissionais efetivos através de concursos públicos e que trabalhem de acordo com a lógica de um cuidado ordenado, humanizado e com formação de vínculo. Isso evitaria a quebra de vínculo com a equipe de trabalho e com os pacientes após a saída de cada turma de residentes. No entanto, muitas vezes os residentes assumem os serviços não para dividir as tarefas com os profissionais dos serviços, mas suprimindo a ausências destes. Pelas falas apresentadas, percebe-se que essa ruptura implica em cobranças dos usuários dos serviços aos ACS, visto que estes residem no próprio campo de trabalho e são vistos ao mesmo tempo como profissionais e vizinhos. Por outro lado, quando há dificuldade na resolução de certas demandas, tencionam-se estas relações



entre os ACS e o usuário, frustrando o profissional e acarretando sofrimento. Essas dificuldades interferem na formação de vínculo e podem criar uma barreira entre a população e a ESF. Seria o encerramento da RIS-SFC no território um desses motivos de cobrança e tencionamento? Como possibilitar que as transformações no serviço advindas com a equipe de residência permaneçam? Como garantir a continuidade das ações? Como diminuir a lacuna deixada pela saída dos residentes?

## CONCLUSÃO

Por meio do olhar dos ACS, foi possível desvelar a interprofissionalidade como característica primordial da RIS-SFC, demonstrando que o programa alcança seu objetivo em relação ao trabalho pautado na multiprofissionalidade e no cuidado ampliado em saúde. Entretanto, foi perceptível que, após a saída dos residentes, os trabalhos realizados são interrompidos, evidenciando que a transformação dos serviços proporcionada pelos residentes no território, apesar de ofertar o desenvolvimento de novas competências aos trabalhadores, não conseguiu alcançar efetiva e permanentemente o processo de trabalho instituído no serviço, nem proporcionou o fortalecimento dos sistemas de saúde de forma contínua. O impacto causado tanto pela presença quanto pelo desligamento da equipe de residentes do território revelam a necessidade da ampliação das equipes de ESF e NASF de modo a garantir o provimento da força de trabalho em saúde nesse cenário. Enquanto limites deste estudo, destaca-se que o mesmo abrangeu uma realidade específica, bem como refere-se ao olhar de um pequeno número de ACS, estando essa influenciada pelas condições locais do município em questão. Entretanto, apesar de analisar um recorte temporal de uma realidade específica, acredita-se que ele poderá contribuir bastante para a compreensão das RMS diante da escassez de pesquisas sobre a RMS envolvendo outros profissionais, além dos residentes. Salienta-se, por fim, a necessidade de novas pesquisas que avaliem o impacto e as contribuições das RMS para os serviços onde estão inseridas. Especialmente, fazem-se necessárias pesquisas que avaliem as RMS na perspectiva de outros atores, como usuários e trabalhadores do serviço. Acredita-se que esse olhar externo proporcionará a melhoria das estratégias de educação pelo trabalho das RMS.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. 1 ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética e Pesquisa. Resolução nº196/96 versão 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

CARVALHO, M. A. P.; SOUSA, C. M. B.; LIMA, I. A. J.; PRADO, M. F.; SILVA, R. N. M. Estudo de caso sobre as faltas dos usuários às consultas programadas de uma equipe de saúde da família no município do Rio de Janeiro. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p.140-152, 2014.

CEZAR, P. K, RODRIGUES, P. M.; ARPINI, D. M. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: vivências da residência multiprofissional. **Ciência e Profissão**, v. 35, n. 01, p. 211-224, 2015. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Pulo: Hucitec, 2014.

PINTO R. M; WALL, M.; YU, G.; PENIDO, C.; SCHIMIDT, C. Primary Care and Public Health Services Integration in Brazil's Unified Health System. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 11, p. 69-76, nov. 2012.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387-406 2011.

VARGAS, F. M. A.; TRINDADE, M. C. N.; GOUVEIA, G. D. A.; FARIAS, M. R. A Educação a Distância na Qualificação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde: Metaestudo. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, 2016; v. 14, n. 3, p. 849-870, set./dez. 2016.

ZAPATKA, S. A.; CONELIUS, J.; EDWARDS, J.; MEYER, E.; BRIENZA, R. Pioneerina primary care adult nurse practitioner interprofessional fellowship. **J Nurse Pract**. v. 10, n. 6, p: 378-86, jun. 2014.

## AGRADECIMENTOS

Aos agentes Comunitários de Saúde de Quixadá, em especial os que compõe as equipes das Unidades Básicas Centro e São João, pelos conhecimentos compartilhados e pelas contribuições ao presente estudo. A Escola de Saúde Pública do Ceará pelo auxílio na realização dos Trabalhos de Conclusão de Curso da Instituição.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PORTADORAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

Daniele Matos de Moura Brasil<sup>1\*</sup>, Suellen Viana Lucena<sup>1</sup> Leonardo Robson Pereira Sobreira Bezerra<sup>1</sup>

*1 Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, Universidade de Federal do Ceará.. Fortaleza-Ceará-Brasil*

*Email: danienf7891@gmail.com*

*Palavras-chave: Incontinência Urinária. Perfil de saúde. Saúde da Mulher. Integralidade em Saúde. Humanização da Assistência.*

### INTRODUÇÃO

Segundo a Internacional Continence Society (ICS) define-se incontinência urinária (IU) como uma condição na qual ocorre alguma perda involuntária de urina. Desde o ano de 1998 não a mesma não é mais considerada como apenas um sintoma, passando a ser parte da Classificação Internacional de Doenças (CID/OMS) (SANTOS *et al*, 2009). Possui etiologia multifatorial, onde condições como idade avançada, traumas do assoalho pélvico, obesidade, doenças crônicas, entre outros, podem favorecer a sua ocorrência, porém ainda não existe um consenso da literatura sobre tais aspectos (MENEZES *et al*, 2012). Não se trata de uma condição de vida ameaçadora, porém, é capaz de afetar as dimensões biopsicossociais de suas portadoras, desencadeando constrangimento social, disfunção sexual e comprometimento profissional. Tais condições são determinantes para a ocorrência também de isolamento, sintomas de ansiedade e depressão e comprometimento da autoestima. (LOPES, 2009)

Uma atuação qualificada de saúde nessa questão não deve estar pautada apenas na realização de cuidados voltados à sintomatologia clínica de suas portadoras. Compreender essa temática vai muito além de um olhar focado apenas nisso, já que muitas vezes essas mulheres padecem de sintomas não mensuráveis e de difícil revelação devido a consequências consideradas pelas as mesmas constrangedoras e comprometedoras da sua vida diária (MENEZES *et al*, 2012).

Outra importante questão global que compromete toda e qualquer cuidado de saúde são as desigualdades sociais, em maior proporção para algumas localidades, em menor para outras. A pobreza, o baixo status econômicos e social, e os baixos níveis educacionais são alguns dos fatores que geral a vulnerabilidade social (TAVARES *et al*, 2017). Essa triste realidade que os seres humanos padecem na sociedade atual pode também ser considerada como um fator determinante e condicionante para a consciência da necessidade de uma assistência, o acesso a um tratamento especializado e o auto cuidado em saúde. No caso da incontinência urinária, Também influi diretamente na compreensão, aceitação e vivência da realidade com essa condição de saúde. Formatos de cuidado realmente efetivos devem levar em consideração todas essas especificidades que tais mulheres trazem junto a si (MORAIS, 2017).

Diante da necessidade de um conhecimento mais aprofundado das portadoras de IU, principalmente focado na vulnerabilidade social das mesmas, surge, então, o seguinte questionamento: Como é caracterizado o perfil de uma mulher com incontinência urinária? Diante disso, o estudo em questão possui como objetivo principal realizar uma revisão sistemática da literatura em busca da resposta da pergunta proposta para um maior aprofundamento da temática.

### METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo proposto, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, modalidade de estudo que busca sintetizar o conhecimento de uma determinada área através de ações sistematizadas. São elas: formulação de pergunta de partida, identificação, seleção e avaliação crítica do material encontrado. Com isso, além de um aprofundamento na temática, é possível conhecer as lacunas existentes no assunto, embasando, dessa forma, a realização de futuras pesquisas (DIAS, 2011).

As buscas nas bases de dados digitais foram iniciadas com o questionamento inicial: Qual o perfil sócio-demográfico de portadoras de incontinência urinária? Em seguida, foram realizadas buscas nas bases de dados digitais: Scielo, Lilacs, BVS e Pubmed, até a saturação dos resultados encontrados. Foram utilizados os seguintes descritores: Incontinência urinária e perfil de saúde (urinary incontinence and health profile), ambos listados do Decs, durante o período de Julho a Agosto de 2017.

Após a leitura dos resumos dos estudos encontrados, buscou-se não limitar os que seriam utilizados apenas a nível nacional, visando um conhecimento mais amplo sobre como tal relação está abordada a nível global. Foram excluídos os que estavam relacionados com a incontinência urinária no sexo masculino, incontinência urinária ocasionada pelo tipo de parto e os que apenas caracterizavam e ou priorizavam os aspectos clínicos de saúde da

amostra. Finalizou-se a seleção com dez artigos, organizados em um quadro, para sua discussão com a literatura pertinente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados demonstram um quantitativo baixo de produções, porém, os estudos brasileiros obtiveram uma maior preocupação em abordar a temática do que os internacionais. As principais produções encontradas dataram a partir do ano de 2007, predominando estudos transversais. Observou-se durante as buscas que a questão segue como algo voltado para condutas clínicas, sem um olhar global que suas portadoras necessitam. O perfil encontrado de mulheres portadoras nos a predominância da a faixa etária em predominante de 40 – 60 anos, casadas, baixo nível de escolaridade e da etnia branca, conforme descrito no quadro abaixo:

Título	Ano e Local de Publicação	Autores	Tipo de Estudo	Achados
Perfil sócio demográfico e clínico de usuárias de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede publica	Minas Gerais, 2007	Figueiredo EM; Lara JO; Cruz MC; Quintão DMG; Monteiro MVC	Transversal, descritivo e retrospectivo.	58 mulheres participantes, usuárias do serviço de Fisioterapia Uroginecológica do Hospital das Clínicas de Minas Gerais. A maioria tinha idade entre 40 e 59 anos (81%), era casada (62%) e possuía grau de instrução fundamental (79%).
Improvement of quality of life, anxiety and depression after	Austria, 2008.	Petra C Innerkofler, Verena Guenther, Peter Rehder, Martin Kopp, Dominic P	Longitudinal e Prospectivo.	67 mulheres, divididas em dois grupos, cirurgia e exercícios. Desistência de 13
surgery in patients with stress urinary incontinence: Results of a longitudinal short-term follow-up		Nguyen-Van-Tam, Johannes M Giesinger, Bernhard Holzner.		participantes Média de idade: 57, 4 anos. Predominância de casadas, aposentadas com ensino médio completo, 7 anos de convivência com a doença.
Group versus individual sessions delivered by a physiotherapist for female urinary incontinence: an interview study with women attending group sessions nested within a randomised controlled trial	Reino Unido, 2009	Frances Griffiths, Jo Pepper, Ellen C Jørstad-Stein, Jan Fereday Smith, Lesley Hill and Sarah (Sallie) E Lamb	Qualitativo	- Mulheres recrutadas de 5 centros de fisioterapia do Reino Unido. Divididas em grupos para atendimento individual e coletivo. Branças, entre 36 – 74 anos. 8 aposentadas- sem condições de trabalhar por questões de saúde Restante apresentavam ocupação e trabalhavam entre 7 – 40 h semanais.
Prevalência da incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil	Minas Gerais, 2010	Claudia Regina de Souza Santos <sup>i</sup> ; Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos <sup>ii</sup>	Estudo epidemiológico, exploratório, descritivo, transversal e de base populacional.	A amostra foi composta, predominantemente, por mulheres (342/65,9%), faixa etária entre 40 e 59 anos (197/38,0%), etnia branca (436/84%); com escolaridade fundamental e analfabetos (321/61,8%), trabalho não remunerado 263/50,7%), casados (298/57,4%) e com renda de até 3 salários mínimos (321/61,8%).

Perfil clínico, qualidade de vida e sintomas depressivos em mulheres com incontinência urinária atendidas em um hospital escola	2011 – Rio Grande do Sul	<u>Knorst, Mara R.</u> ; <u>Resende, Thais L.</u> ; <u>Goldim, José R.</u>	Descritivo e Transversal.	50 mulheres com diagnóstico de IU em acompanhamento. Média de 53 anos, casadas, ensino fundamental completo ou incompleto, predominância de IUM.
Incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais	2012 – Florianópolis	Lígia da Silva Leroy <sup>I</sup> ; Maria Helena Baena de Moraes Lopes <sup>II</sup> ; Antonieta Keiko Kakuda Shimo <sup>III</sup>	Revisão bibliográfica	30 estudos Predominância de brancas e hispânicas com IU do que negras, predominando IU de esforço. Maior risco de desenvolvimento. E maior busca por cirurgia
Queixa de perda urinária: Um problema silente pelas mulheres	2012 – Fortaleza	Giselle Maria Duarte Menezes <sup>I</sup> ; Francisco José Maia Pinto <sup>II</sup> ; Francisca Alexandra Araújo da Silva <sup>III</sup> ; Maria Euridéa de Castro <sup>IV</sup> ; Carlos Robson Bezerra de Medeiros <sup>V</sup>	- Estudo transversal e analítico	CSF em Fortaleza 59 mulheres participantes. -Associação significativa entre escolaridade de IU Sem associação significativa com faixa etária, estado civil, atividade econômica, tabagismo e IMC
Perfil sócio demográfico e clínico de mulheres incontinentes tratadas em um serviço de Fisioterapia uroginecológica da rede pública da cidade de São Paulo	2014 – São Paulo	Liliane Aparecida Sirinolli Maria Calazans Luz de Castro =	Descritivo e Transversal..	148 mulheres, 30-86 anos, brancas, ensino médio completo, inseridas no mercado de trabalho, casadas, sedentárias
Prevalência de Incontinência Urinária e fatores associados em mulheres no climatério em uma unidade de atenção primária à saúde	Fortaleza, 2015	Ticiane Mesquita de Oliveira, Flávia Muniz Leis Valdez, Karla Erica dos Santos Lima, Milena Sampaio Magalhães, Ana Paula Vasconcellos Abdon, Ilana Nogueira Bezerra	- Estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal e analítico	233 mulheres usuárias do posto onde 96 tinham IU A queixa de IU esteve presente em 41,2% das mulheres. Verificou-se maior prevalência na faixa etária de 40-45 anos com 36,5%, cor parda com 21,9% e escolaridade baixa (até 1º ciclo fundamental completo) com 39,6%.

O perfil sociodemográfico susceptível para o desenvolvimento da doença que nos foi é mostrado levanta diferentes reflexões sobre a temática. Conhecer tais características permite a construção de um cuidado amplo, que atinja seus objetivos ao se adequar melhor ao público ajudado. Porém, outros questionamentos também podem ser levantados: Será que tais achados realmente são representativos de das portadoras? Será que podemos afirmar que, diante das diversas diferenciações sociais, todas as mulheres estão sendo contempladas?

Diante do destaque das produções nacionais, é válido se destacar que no Brasil a pobreza e a desigualdade social seguem como temáticas relevantes para reflexão. Aspectos socioeconômicos podem influenciar diretamente na busca por um atendimento de saúde, portanto, presume-se que quanto melhores os níveis econômicos, mais o indivíduo buscará um atendimento adequado para suas queixas (ALMEIDA *et al*, 2017). Sendo a IU capaz também de gerar repercussões também negativas na vida de suas portadoras, sentimentos de constrangimento e frustração também podem impedir a busca por um cuidado adequado (LOPES, 2006)

O conhecimento do perfil de mulheres afetadas pela incontinência urinária é de suma importância por ser uma etapa inicial da construção de um cuidado que as mesmas tanto necessitam que não estejam voltados apenas para os aspectos clínicos da doença, já que permite uma perspectiva mais ampla para com as mesmas. Junto a isso, o olhar crítico para a realidade e repercussões individuais das mesmas proporciona uma assistência verdadeiramente ampla e efetiva para a melhoria de toda questão. (SILVA *et al* 2017).

## CONCLUSÃO

A compreensão da caracterização do perfil social da portadora de incontinência urinária relatado em produções científicas é de extrema importância para a discussão e consequente correlação com a realidade onde cada uma delas está inserida e com as especificidades da doença, fundamentando, assim, um cuidado pautado na integralidade das mesmas e na humanização.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho et al . Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, 50, 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100502&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Aug. 2017. Epub May 15,

2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006661>.

DIAS, Teresa Cristina Lyporage et al . Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 5, p. 931-937, Oct. 2011 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000500020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500020&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500020>.

LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; HIGA, Rosângela. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 40, n. 1, p. 34-41, Mar. 2006 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100005&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100005>.

MENEZES, Giselle Maria Duarte et al . Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 1, p. 100-108, Mar. 2012 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100014&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100014>.

SANTOS, Estelamares Silva dos et al . Incontinência urinária entre estudantes de educação física. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 2, p. 307-312, June 2009 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200008&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200008>.

SILVA, Juliana Cristina Pereira da; SOLER, Zaida Aurora Sperli Gerales; DOMINGUESWY SOCKI, Anneliese. Fatores associados à incontinência urinária em mulheres submetidas ao exame urodinâmico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 51, e03209, 2017 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100410&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100410&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 30 ago. 2017. Epub 03-Abr-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016140903209>.

TAVARES, Renata Evangelista et al . Conhecimento produzido sobre a saúde das idosas de baixa renda: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 4, p. 875-884, ago. 2017 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000400875&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400875&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 30 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0024>.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimentos ao Programa de pós graduação em cirurgia da Universidade Federal do Ceará – UFC.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ANÁLISE E ADESÃO DE IDOSOS AOS PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NO BRASIL

Tallys Newton Fernandes de Matos<sup>1</sup>, Lilia Braga Maia<sup>2\*</sup>, Francisca Bertilia Chaves Costa<sup>3</sup>, Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>4</sup>.

1. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza- Ceará-Brasil tallysnfm@gmail.com

2. Docente Adjunta da Universidade Regional do Cariri (URCA). Crato-Ceará-Brasil

3. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza- Ceará-Brasil

4. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza- Ceará-Brasil

Palavra-chave liliabragam@hotmail.com

Palavras-chave: Assistência integral à saúde. Envelhecimento. Idosos. Políticas Públicas.

### INTRODUÇÃO

A terceira idade, descrita também como velhice caracteriza-se por perdas, ganhos, limitações, partida dos filhos, maturidade, autoconhecimento, sabedoria, senso de identidade, finitude e revisão da vida. É a idade adulta avançada, período marcado por transformações biopsicossociais, como cabelos brancos, pele enrugada, dificuldades visuais, dores nas costas, complicações urinárias, perda da audição, osteoporose, perda da memória e perda dos vínculos sociais (ARMSTRONG, 2011).

Em 2010 o Brasil, registrava cerca de 18 milhões de indivíduos com mais de 60 anos; até 2020 estima-se que esse número atingirá 25 milhões segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). O aumento da expectativa de vida é uma conquista de origem social, entretanto é desejável que esse acréscimo seja vivido com qualidade e bem-estar. Na maioria das nações do mundo, o envelhecimento da população exige um aumento das demandas sanitárias, sociais e econômicas do governo aumentando a cobertura e os planos de atenção à saúde do idoso (PEREIRA *et al.*, 2011). A atenção à saúde designa uma organização estratégica de sistemas e práticas em saúde para a resposta às necessidades da população que convive com a terceira idade. Ela é expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante com os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA, 2005).

Classifica-se em três, os níveis de atenção à saúde. O nível primário, que constituem as unidades básicas de saúde ou postos de saúde, onde são marcados exames e consultas além da realização de procedimentos básicos. No nível secundário, identificam-se as clínicas e unidades de pronto atendimento, hospitais escolas, em que são realizados procedimentos de intervenção e tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças. Por fim, encontra-se o nível terciário, os hospitais de grande porte, onde se realizam manobras mais invasivas e de maior risco à vida, condutas de manutenção dos sinais vitais, serviços quaternários de transplante de tecidos, como pulmão, coração, fígado e rins, dentre outros (MEDEIROS; GUAZZELLI; GUARESCHI, 2005; SCLAR, 2007).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2013) retrata o contexto de transição demográfica vivenciado pelo Brasil referindo o aumento da proporção de idosos e o impacto do envelhecimento sobre o aumento dos custos dos serviços de saúde. Observaram, ainda, que 25% da população total já se encontra vinculada a planos privados de saúde, e que cerca de 11% dos beneficiários destes têm 60 ou mais anos de idade.

Constata-se no panorama nacional, mesmo com garantia constitucional de um sistema universal público de saúde para a população, que as decisões políticas governamentais acerca das políticas públicas de saúde foram responsáveis pelo estabelecimento, consolidação e, por conseguinte o crescimento do setor privado de saúde. Compreende-se que o Estado brasileiro optou por escolher políticas polares, ou seja por um lado garantiu o direito constitucional de saúde universal e igualitária a todos, também contribuiu para a consolidação de um setor privado de saúde e economicamente relevante (VIEIRA JÚNIOR; MARTINS, 2015).

Dentro dessa contextualização, o presente estudo analisa a adesão de idosos aos planos de saúde privados no Brasil. Sendo caracterizado o crescimento dos planos de saúde por região correlacionando sexo e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Diante do exposto, objetivou-se identificar a cobertura e crescimento dos planos de saúde privados no Brasil da população idosa.

A relevância deste estudo encontra-se no contexto do envelhecimento populacional brasileiro, fomentado pelo crescimento do número de idosos que aderem aos planos de saúde privados, destacando as regiões e anos, por serem características peculiares que servem de embasamento para assistência à saúde de forma integral desse grupo.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo ecológico, de série histórica, com o período de 1998 a 2008, com dados coletados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação tem como finalidade coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das esferas de governo municipal, estadual e federal, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória, a priori, estabelecidas na portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. Sendo facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região (BRASIL, 2017).

Analisou-se as variáveis como índice de cobertura dos planos de saúde privados, crescimento da adesão de idosos a esses planos, o crescimento dos planos de saúde privados por região no Brasil. Efetuou-se as correlações entre sexo e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de cada região dos usuários a esses serviços privados, no período de 1998 a 2008, que representa a periodicidade da coleta de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), desenvolvida pelo IBGE, disponível no SINAN.

Para análise do IDH e a proporção de idosos que usam plano de saúde privados foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson. E para análise da diferença entre o sexo masculino e feminino, utilizou-se o teste *t-Student*.

Destaca-se, ainda, que os princípios éticos foram respeitados, pois os dados são de domínio público.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estipulado, 1998, 2003 e 2008, para análise do comportamento de adesão dos planos de saúde privados no Brasil, observou-se que ao passar dos anos, a adesão dos planos de saúde por pessoas acima de 60 anos cresceu 9,4% no Brasil.

O crescimento é aparente, pois segundo os dados do SINAN em 1998 o percentual de adesão de idosos a planos de saúde privados era de 26,9, chegando a 29,4% em 2003 e a 29,7% em 2008. Tendo a região sudeste apresentando as maiores taxas de proporção da população coberta pelos planos privados durante todo o período do estudo, 36,6% para o ano de 1998, 37,9% para 2003 e 38,3%, 2008. Observou-se nessa região um crescimento de 4,4% durante o período da pesquisa. Entretanto, a região sul foi a que teve maior crescimento no número de adesões a planos (20,7%), quando comparadas com as demais regiões do país, em 1998 obteve um percentual de 25,3%, em 2003, 31,2% e em 2008, 38,3%. Já a região norte teve decréscimo de 5,3% de adesões aos planos de saúde privados, passando do percentual de 15,8% em 1998, com um crescimento significativo em 2003, 20%, caindo em 2008 para 15%.

Supõe-se que esse achado se justifica pelo crescimento, nas últimas décadas, das doenças crônicas não transmissíveis, pelos episódios de quedas e o aumento do poder aquisitivo da população durante a última década (PIMENTA *et al.*, 2015; GRDEN *et al.*, 2015).

Louvison *et al.* (2008) ainda refere que os fatores como auto percepção de saúde, presença de doenças crônicas, seguros de saúde e o sexo feminino foram mais significantes para o uso de serviços de saúde na população.

Vieira Júnior e Martins (2015) colaboram com a discussão de que esse grupo populacional, por ser portador de múltiplas doenças crônicas, apresenta maiores probabilidades de utilizar os serviços de saúde e, ainda apresenta um maior risco de que esse cuidado exija grande intensidade de recursos e conseqüentemente acarreta altos gastos para as operadoras de planos.

Na análise da variável sexo a partir do teste *t-Student* os dados demonstraram que entre o sexo masculino e feminino houve diferença significativa na quantidade de pessoas conveniadas com esses planos; a média para o sexo feminino foi de 30,2 e para o masculino de 26,6. Estes resultados corroboram com alguns estudos recentes (PEREIRA *et al.*, 2015; GRDEN *et al.*, 2015; HERNANDES *et al.*, 2012). No entanto, supõe-se que o sexo feminino tem maiores propensões em apresentar-se com incapacidades funcionais, o que afetaria as atividades de vida diária dessas idosas, bem como suas relações interpessoais, ocasionado maior vulnerabilidade dos mesmos às doenças e agravos, sobretudo, os crônicos (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; LOUVISON *et al.*, 2008).

A partir dos achados provenientes do SINAN, utilizando o coeficiente de Correlação de Pearson, foi possível constatar que houve uma forte relação entre o IDH e a proporção de idosos que usam plano de saúde no Brasil (Pearson = 0,885177). Quanto maior for o IDH das regiões estudadas, maior será a proporção de idosos titulares em planos de saúde nestas regiões. Na região Sul os dados ficaram mais evidentes, sendo a região com o maior IDH do Brasil no período do estudo. A região nordeste teve os piores resultados com os menores valores de IDH no Brasil.

Mediante os dados avaliados, percebe-se que na região Sul do país, além do IDH ser alto, o poder aquisitivo é maior, o que faz com que a população idosa prefira as operadoras de planos de saúde para uma assistência integral no lugar do SUS.

Alguns estudos mostram que fatores como escolaridade, auto avaliação de saúde, doença emergente e incapacidade funcional são decisivos para o uso de planos de saúde (FIALHO *et al.*, 2014; HERNANDES *et al.*, 2012).

Entretanto, um contrassenso que se observa a partir de estudos como o de Vieira Júnior e Martins (2015) é que apesar da aderência de idosos aos planos de saúde privados, o idoso não é um cliente desejável para as operadoras de planos de saúde, em razão de apresentarem mais doenças crônicas, de utilizarem mais os serviços e da possibilidade de tratamentos muito onerosos em seus últimos anos de vida.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou identificar a cobertura e o crescimento dos planos de saúde no Brasil, da população idosa. Constatou-se que houve um aumento da procura dessa população por operadoras de planos de saúde, mesmo não sendo um público desejável pelo plano privado.

Observou-se ainda que esse crescimento ocorreu de forma significativa no sexo feminino assim como quanto maior o IDH da região, maior a procura por planos de saúde privados.

Assim, supõe-se que essa procura ocorra pelo motivo dos idosos precisarem de um maior aporte assistencial por conta das próprias fragilidades do processo de envelhecimento, como também por doenças existentes nessa fase da vida.

Dessa forma, diante dessa contextualização esses buscam por uma assistência integral, pois temem enfrentar barreiras de acesso impostas pelo serviço de saúde público.

Por fim, identificou-se que o maior aumento de adesão aos planos de saúde privados, ocorreu especialmente na região sul do Brasil. Conjetura-se que seja pelo poder aquisitivo dessa população, além do IDH elevado da região.

## REFERÊNCIAS S

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de informação da saúde suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 44, p. 468-478, 2010.

ARMSTRONG, T. **Odisseia do Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FIALHO, C. B.; LIMA-COSTA, M. F.; GIACOMIN, K. C.; FILHO, A. I. L. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 599-610, 2014.

GRDEN, C. R. B., et al. Características sociodemográficas e de acesso de longevos aos serviços de saúde. **Ciências Cuidados Saúde**, Ponta Grossa, v. 4, n. 14, p. 1505-1510, 2015.

HERNANDES, E. S. C. et al. Idosos com e sem plano de saúde e características socioepidemiológicas associadas. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 6, n. 46, p. 1030-1038, 2012.

LOUVISON, M. C. P., et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 42, p. 733-740, 2008.

MEDEIROS, P. F. GUAZZELLI, A. B. GUARESCHI, N. M. F. O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Porto Alegre: v. 21, n. 3, p. 263-269, 2005.

OLIVEIRA, D. L. A. 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Rio de Janeiro: v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, R. C. L.; SAMPAIO, R. F.;

PRIORE, S. E.; CECON, P. R. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, 2011.



PIMENTA, F. B.; PINHO, L.; SILVEIRA, M. F.; BOTELHO, A. C. C. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2489- 2498, 2015.

RUIZ-RAMOS, Miguel et al. Evolución de las desigualdades sociales en la mortalidad general de la ciudad de Sevilla (1994-2002). **Gac Sanit**, v. 20, n. 4, p. 303-310, 2006.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.

VIEIRA JÚNIOR, Wilson Marques; MARTINS, Mônica. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 12, p. 3817-3826, 2015.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## VIGILÂNCIA E CONTROLE DE ARBOVIROSES NOS MUNICÍPIOS DA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE - CEARÁ.

Vinícius Rodrigues de Oliveira<sup>1\*</sup>, Francisca Rayane Feitoza Ledo<sup>2</sup>, Riani Joyce Neves Nobrega<sup>3</sup>, Natalia Bastos Ferreira Tavares<sup>4</sup>, Raimundo Tavares de Luna Neto<sup>5</sup>

1 Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil.

2. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil.

3. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil. Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do adolescente, da Universidade Estadual do Ceará.

4. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil.

5. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil; Curso de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade Vale do Salgado-FVS- Icó-Ceará-Brasil.

Email: [viniciusrodriguesvro@gmail.com](mailto:viniciusrodriguesvro@gmail.com)

Palavras-Chave: Arboviroses. Epidemiologia descritiva. Vigilância em saúde. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

Os arbovírus tem causado grande preocupação no mundo inteiro, tornando-se um problema grave de saúde pública e exigindo medidas emergentes para o seu controle. O grupo dos arbovírus é formado por inúmeros tipos diferentes de vírus que carregam características de transmissão semelhantes, como por exemplo, o vetor ser um mosquito hematófago, principalmente dos gêneros *Culex* e *Aedes* (DONALISIO, FREITAS E ZUBEM; 2017).

Os fatores mais diversos podem influenciar a propagação de doenças transmitidas por vetores, as principais são: mudança climática, condições demográficas e sociais, ambientais, etc. Assim então, principalmente os países tropicais são mais acometidos por doenças vetoriais como a Dengue, pois sofrem grande influência sazonal (CARVALHO E SOUZA; 2017).

No Brasil um país de clima tropical, as doenças vetoriais causam grande problema de saúde pública. Desafiando os gestores da saúde em medidas eficazes de controle e observância das doenças. A dengue, chikungunya e zika são atualmente as doenças vetoriais que causam maior preocupação, principalmente pelo número alarmante de casos (SANTOS E RESENDE; 2017)

Dispõe-se nos dias atuais de métodos eficazes de análise espacial para doenças como as arboviroses, sendo o método de geoprocessamento uma importante ferramenta para a análise e subsequente aplicação de medidas eficazes para o controle e identificação de áreas de risco e períodos de maior morbidade, fazendo com que assim os recursos sejam utilizados de forma mais efetiva (BARBOSA et al; 2017).

Assim sendo o presente estudo tem por objetivo; conhecer o comportamento epidemiológico das arboviroses (dengue, zika e chikungunya), nos municípios que compõem a 18ª coordenadoria Regional de Saúde-CRES, do estado do Ceará.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, epidemiológico e de caráter espacial, utilizando-se do método de georeferenciamento em saúde. O cenário da pesquisa deu-se nos 10 municípios que compõem a 18ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, que fica sediada no município de Iguatu e que tem ainda os seguintes municípios: O estudo fora realizado na sede da 18ª Coordenadorias Regional de Saúde-CRES, situada no município de Iguatu-CE. Nesse sentido, a CRES está constituída por 10 municípios que se avizinham geograficamente e epidemiologicamente.

Essa 18ª coordenadoria tem uma população estimada de 306.778 habitantes, onde algumas características populacionais que podem refletir diretamente nas ações de saúde merecem ser destacadas, a exemplo da taxa de escolaridade no ensino médio que figura-se abaixo da média do estado, assim como a distribuição da população que se enquadra na faixa de extrema pobreza, está situada prioritariamente na zona rural destes municípios.

O perfil de saúde da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, conta com 161 equipes da Estratégia de Saúde da Família-ESF's, o que lhe confere uma taxa de cobertura de 90% da população. Os dados foram obtidos através do boletim epidemiológico até a semana epidemiológica 29 de 2017 que abrange o período de 01/01 a 22/07/2017. Os dados foram importados e plotados em mapas temáticos com o auxílio do programa ArcGis 9.3. A partir da

construção dos mapas temáticos deu-se ampla discussão ao que tange ao comportamento epidemiológico da dengue, chikungunya e zika nos municípios constituintes da 18ª Coordenaria Regional de Saúde - CRES-CE no ano de 2017.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A região de saúde Iguatu é composta por uma estimativa em 2016 de um total de 19.365 habitantes distribuídos nos municípios de Acopiara, Cariús, Catarina, Iguatu, Dep. Irapuã Pinheiro, Jucás, Mombaça, Piquet Carneiro, Saboeiro e Quixelô. Com uma população predominantemente adulta com idades entre 20 a

39 anos num total de 93.800 habitantes. A situação da população que vive em extrema pobreza nos municípios da Região de Saúde do Iguatu e de um percentual de 14,2% na zona urbana e de 39,4% na zona rural (CEARÁ, 2013).

A dengue tem casos notificados no Ceará desde o ano de 1986, mesmo assim ainda hoje a quantidade de casos confirmados é muito alta. Na área de estudo podemos destacar os municípios de Acopiara, Catarina e Iguatu com respectivamente 77,78; 29,11 e 37,96 casos confirmados para cada 10.000 habitantes até o mês de julho de 2017. Dep. Irapuã Pinheiro, Jucás e Quixelô não apresentaram nenhum caso confirmado e os demais municípios apresentam incidência menor que 13 casos para cada 10.000 habitantes (CEARÁ, 2017).

O Ceará em 2017 caracterizou um estado epidêmico de chikungunya com alarmantes 49.616 casos suspeitos, abrangendo quase todos os municípios. O objeto de estudos nos mostra o quão crescente ainda é as taxas de incidência da doença na 18ª regional de saúde do estado. Os municípios que apresentam as maiores incidências são Acopiara, Catarina, Iguatu e Piquet Carneiro, com respectivos índices de 165,3; 266,42; 30,1 e 229,53 casos para cada 10.000 habitantes. Todos os outros municípios também apresentam casos confirmados das doenças porém com índices menos significativos não ultrapassando 4 casos para cada 10.000 habitantes (CEARÁ, 2017).

A Zika é uma doença que tem preocupado bastantes desde o seu conhecimento, devido a repercussão negativa das suas consequências clínicas pós infecção, principalmente em gestantes. A incidência da doença ainda é considerada baixa e até o momento do estudo os casos não haviam sido confirmados. Notificados na região da 18ª CRES apenas os municípios de Acopiara, Catarina e Mombaça apresentam casos, com respectivamente 7,87; 4,93 e 0,46 casos para cada 10.000 habitantes (CEARÁ 2017).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que as três arboviroses ainda apresentam uma incidência muito alta na 18ª regional de saúde do Ceará, enfatizando que principalmente os municípios de Acopiara e Catarina apresentam uma incidência considerável nos três tipos (dengue, chikungunya e zika). Vale salientar que os valores podem ser ainda mais altos, pois foram utilizados para análise dados oriundos do boletim epidemiológico, dados esses que podem estar subnotificados ou mal informados dentro do programa, além da automedicação e não procura dos serviços de saúde pelos acometidos com sintomatologia mais branda das doenças.

A observação dos dados, nos permite uma facilidade de entendimento de como ocorre o fluxo migratório das doenças, além de melhorar a programação para uma eficaz aplicação de medidas de prevenção, promoção, controle e rastreamento das mesmas.

A pesquisa na área ainda se faz extremamente necessária, além de capacitação de todos os profissionais de saúde e da comunidade. Assim sendo a educação em saúde permanente é uma das medidas mais eficazes no controle dos vetores e subseqüente no controle das doenças a eles relacionadas.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, Isabelle Ribeiro; TAVARES, Alexandre de Medeiros; TORRES, Úrsula Priscila da Silva; NASCIMENTO, Carlos André do; MOURA, Márcia Cristina Bernardo de Melo; VIEIRA, Valderi Barbosa; ARAÚJO, Josélio Maria Galvão de; GAMA, Renata Antonacci. Identificação de áreas prioritárias para a vigilância e controle de dengue e outras arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* no município de Natal- RN: relato de experiência. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 629-638, 2017.

CARVALHO, Clarissa Duarte Sales; SOUZA, Zaqueu Henrique. REFLEXÃO ACERCA DA INCIDÊNCIA DOS CASOS DE DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZICA NO BRASIL. **Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar**, v. 1, n. 1, 2017.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Caderno de informação em saúde: Região de saúde-Iguatu**, 2013.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **MONITORAMENTO DOS CASOS DE DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA ATÉ A SEMANA EP**

**IDEMIOLÓGICA (SE) 29, 2017\***, 2017.

DONALISIO, Maria Rita; FREITAS, André Ricardo Ribas; VON ZUBEN, Andrea Paula Bruno. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 51, p. 30, 2017.

SANTOS, Mariane Reis; RESENDE, Fernanda Amaral. A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE À AMEAÇA EPIDÊMICA DE ARBOVIROSES. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 5, n. 2, 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

A Universidade Regional do Cariri- URCA, Campos Avançado de Iguatu, onde comecei meus primeiros passos desta trajetória.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA: ORIENTAR PARA PREVENIR

**Fernanda Nogueira Barbosa Lopes<sup>1\*</sup>, Ana Karoliny Rodrigues<sup>1</sup>, Andrea Conceição Gomes Lima<sup>2</sup>, Socorro Adriana de Sousa Meneses Brandão<sup>3</sup>.**

1. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

2. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Piauí e Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

3. Professora Assistente da Universidade Estadual do Piauí e Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

Email: fernandanbl@hotmail.com

Palavras-chave: Incontinência Urinária. Promoção da Saúde. Atenção Primária.

### INTRODUÇÃO

A International Continence Society (ICS) define a Incontinência Urinária (IU) como qualquer perda de maneira involuntária de urina, podendo ocorrer em diversas situações. A prevalência mundial em mulheres pode variar de 10% a 55%, dependendo do critério empregado para o diagnóstico e da população estudada (ABRAMS et al., 2003).

A maioria das pessoas com IU apresentam repercussões psicológicas como: diminuição da autoestima e autoconfiança, vergonha dos episódios de perda urinária em locais públicos, medo que as pessoas que se aproximam sintam o odor de urina e mudanças das relações interpessoais e sexuais, esses fatores resultam em isolamento social podendo até evoluir para depressão (MOURÃO et al., 2017).

De acordo com os sintomas a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) classificou a IU em três tipos: Incontinência Urinária de Esforço (IUE) quando acontece a perda involuntária de urina durante a prática de exercício ou ao tossir ou espirrar; a hiper-reflexia detrusora idiopática, também chamada de IU de urgência (IUU), quando acontece a perda involuntária de urina acompanhada ou imediatamente precedida por urgência; e a IU mista, situação resultante da combinação da IUE e IUU, quando há queixa de perda de urina involuntária associada a urgência e, também a esforços como tosse, espirro e exercícios (MOURÃO et al., 2017).

Alguns fatores de risco podem estar envolvidos na etiologia da IU são eles: raça, idade, tipo de parto, índice de massa corpórea (IMC), climatério, uso de medicações anti-hipertensivas, hipoglicemiantes e drogas, uso de álcool, tabaco e cafeína, práticas de exercícios físicos de alto impacto, comorbidades como a hipertensão arterial sistêmica e ainda fatores socioeconômicos. Podemos também citar como causas da IU a redução da elasticidade, contratilidade da bexiga e fragilidade da musculatura do assoalho pélvico, provocada pelo processo de envelhecimento, bem como alterações associadas à paridade, a cirurgias ginecológicas e traumas pélvicos (SACOMORI; NEGRI; CARDOSO, 2013).

Os tratamentos utilizados para a IU incluem: 1) tratamento cirúrgico, que são procedimentos invasivos, com maior risco de complicações durante ou após o procedimento, com custo elevado e contraindicações em alguns casos; 2) terapia medicamentosa; 3) fisioterapia uroginecológica, que pe recomendada como a primeira opção de tratamento em caso de IU de esfoço, por ser um método não invasivo, de baixo custo e sem efeitos colaterais, para a IU de urgência a terapia farmacológica é associada a fisioterapia (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

O tratamento fisioterapêutico uroginecológico objetiva a reeducação muscular perineal e do assoalho pélvico, para melhorar a força de contração das fibras musculares, coordenar a atividade abdominal e promover um rearranjo estático lombopélvico, utilizando-se de exercícios, aparelhos e técnicas que promovem o fortalecimento dos músculos necessários para manter a continência urinária. Dentre os recursos disponíveis, os mais utilizados são os exercícios de fortalecimento, treinamentos de relaxamento, *biofeedback* e eletroestimulação (RAMOS; OLIVEIRA, 2010).

Valença et al. (2016) afirmam que a mudança comportamental relacionada a hábitos alimentares de produtos considerados irritantes vesicais como a cafeína, frutas ácidas, achocolatados e refrigerantes, a orientação a redução da ingestão de líquidos antes de dormir, bem como o estímulo e orientação para a prática exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica são estratégias potentes de prevenção e redução dos eventos de incontinência urinária.

Dos fatores supracitados associados à incontinência urinária, os fatores comportamentais são passíveis de modificação, por isso, faz-se necessária a abertura de espaços públicos para que esses aspectos sejam

amplamente disseminados e debatidos. Dentre eles, destacamos que as práticas de educação em saúde nos espaços da Atenção Primária são imprescindíveis para a promoção de hábitos saudáveis e prevenção da IU (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

Em 2004, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, reafirmando a saúde da mulher como prioridade do governo federal brasileiro, esta política implementou ações de saúde que objetivam reduzir a morbimortalidade de mulheres por causas preveníveis e evitáveis, devendo o SUS está orientado e apto para contemplar a mulher na promoção da saúde e controle de patologias (BRASIL, 2004).

A implementação nessa política de estratégias educativas, auxiliam não só na prevenção da IU, mas também auxiliam na aquisição de conhecimento da incontinente para uma tomada de decisão segura e ajustada, além de auxiliar no planejamento de ações de saúde que facilitam a adaptação e reabilitação da paciente (VALENÇA et al., 2016).

A sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) constitui um espaço importante para essa prática educativa de promoção da saúde, nesse espaço é possível que ocorra interações entre o saber científico em saúde e o popular, nas quais as pessoas expressam suas subjetivações, formas de ser e maneira de se cuidarem. Ao utilizarmos nesse cenário, com propósito educativo, nota-se as transversalidades entre as expressões psicossociais das pessoas e ainda linguagem técnica e científica” (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Veríssimo e Valle (2006) mencionam que o grupo de sala de espera é caracterizado como uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso nas instituições, com a transformação do período de espera pelas consultas médicas e de enfermagem em momento de trabalho; espaço esse em que podem ser desenvolvidos processos educativos e de troca de experiências comuns entre os usuários, possibilitando a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde. Portanto ressalta-se a importância do trabalho multidisciplinar para a construção de um fazer em saúde pautado na construção de saberes entre usuários e profissionais, sempre buscando compreender e atender as reais necessidades dos usuários.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em censo realizado em 2010, existem cerca de 2.994 pessoas autodeclaradas indígenas no Piauí. Nesse sentido, a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI) lançou em 19 de abril de 2016, o projeto “Piauí tem Índio Sim”, no intuito de reconhecer a existência de povos indígenas no estado e de adoção de estratégias com vistas a melhorias no acesso a uma saúde integral, resolutiva e de qualidade para essa população. Pensando nisso, a Residência promoveu uma grande ação de saúde em escolas e creches, associações de moradores, grupo de idosos e unidade de saúde, no intuito de atingir todos os moradores de uma comunidade autodeclarada indígena. O trabalho faz um recorte das ações de promoção, prevenção e assistência à saúde que foram desenvolvidas pela equipe da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e traz o relato de uma das atividades lá desenvolvidas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência de uma atividade de educação em saúde, realizada com 25 mulheres que aguardavam consulta de enfermagem e citologia oncológica na sala de espera de uma unidade de saúde da comunidade Nazaré, situada na zona rural do município de Lagoa do São Francisco – Piauí. Esta comunidade se auto declara indígena, portanto, atualmente é assistida pelo projeto “Piauí tem Índio SIM” desenvolvido pela SESAPI e através desta, a equipe da RMSFC foi recrutada para realização de ações de prevenção, promoção e assistência à saúde.

Durante a atividade as participantes foram organizadas em círculo e a metodologia escolhida foi a Roda de Conversa. Melo e Cruz (2014) afirmam que esta é possibilidade metodológica extremamente eficaz para uma comunicação dinâmica e produtiva além disto, esta técnica apresenta-se como um rico instrumento para ser utilizado como prática metodológica de aproximação entre os sujeitos no cotidiano.

A roda de conversa se iniciou com o tema gerador: “Incontinência Urinária”, para que as facilitadoras pudessem inicialmente avaliar o conhecimento prévio das mulheres a respeito deste tema e assim prosseguir com a construção compartilhada do conceito, tipos, sintomas, causas, prevenção e tratamento, além do compartilhamento de dúvidas, experiências e informações. Ao final as facilitadoras fizeram a demonstração de exercícios ativos, como estratégia de reeducação e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, indicados para a prevenção e tratamento de alguns tipos de IU.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Inicialmente as facilitadoras buscaram reconhecer o conhecimento prévio das participantes acerca do tema gerador proposto, onde observou-se em algumas mulheres o desconhecimento e constrangimento ao falar sobre

o assunto. No decorrer da atividade percebeu-se que as participantes acreditavam que a IU seria algo corriqueiro, natural e inevitável no decorrer do processo de envelhecimento.

Valença et al., (2016) explica em seu estudo que a maioria das mulheres sentem constrangimento ao falar sobre o assunto com amigos, familiares ou profissionais de saúde sendo esta, a principal causa para a demora em buscar os serviços de saúde. Outros fatores também estão associados a demora do diagnóstico da IU, a falta de conhecimento sobre a doença e seus tratamentos, a negligência de profissionais de saúde que durante a consulta médica ou de enfermagem não costumam perceber ou abordar essa doença, assim como fatores culturais, onde as pessoas acreditam que esta seja uma condição natural do processo de envelhecimento.

Com o desenvolvimento da atividade notou-se que as participantes se sentiram à vontade para participar, acredita-se a ausência de homens e o espaço da sala de uma unidade de saúde além da disposição dos participantes em círculo favoreceram para o aumento da participação. Na roda foram levantadas diversas dúvidas e também foram compartilhadas experiências pessoais, opiniões e alguns tratamentos com plantas medicinais já utilizados na comunidade. Para Melo e Cruz (2014) a roda de conversa permite que os participantes expressem, concomitantemente, suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema propostos, assim como permite trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo.

A sala de espera é um local dinâmico, onde ocorre mobilização de diferentes pessoas enquanto aguardam atendimento, nesse espaço há interação, entre o saber científico e o popular, a partir do qual as pessoas expressam sua subjetividade, sendo, portanto, ambiente favorável para discussão sobre temas pertinentes sobre saúde e vida em sociedade (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011).

A experiência vivenciada em uma comunidade auto denominada indígena permitiu a troca de valiosas experiências entre a equipe da Residência, com conhecimento teórico e científico e a participação comunitária que traz conhecimentos baseados no saber popular. De acordo com Japur e Borges (2008), é necessário abrir espaços de diálogo com a população, gerando espaços de reflexão e problematização, que possibilitem a construção de uma relação de co-responsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas no processo de trabalho em saúde, tanto para os usuários, como para os profissionais.

Notou-se também ansiedade em algumas participantes, pois a atividade de educação em saúde precedia a consulta da enfermagem e a maioria das participantes relataram a falta de hábito na realização de exame citológico. Neto e Silva (2014) afirmam que por se tratar de grupo populacional vulnerável e devido a sua condição histórica e social, as mulheres indígenas merecem uma atenção especial, com vistas a ações de saúde preventivas, visando à melhora nos hábitos de vida, com redução na ocorrência de doenças, buscando a qualidade de vida, respeitando e reestabelecendo, principalmente, seus valores culturais que foram desvalorizados.

Quando as facilitadoras fizeram a demonstração dos exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico as participantes se mantiveram interessadas em aprender para assim multiplicar as informações ali recebidas e prevenir a IU. Carrara et al., (2012), concluíram em seu estudo que mesmo diante dos tratamentos disponíveis e na expansão da fisioterapia para prevenção de IU, a maior parte de sua amostra desconhece a atuação da fisioterapia diante desse problema, evidenciando que a população do seu estudo não tem recebido qualquer forma de orientação preventiva para essa afecção por parte dos profissionais da área da saúde na fase do climatério.

Ao final da atividade conseguiu-se atingir os objetivos de promover a saúde das mulheres no que diz respeito a incontinência urinária: orientando quanto aos sinais e sintomas da IU, estimulando a prevenção da IU com a prática de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica e reafirmando a importância da manutenção de uma dieta com restrição de alimentos que são irritantes vesicais. Leroy, Lopes e Shimo (2012) acreditam que para uma efetiva assistência à saúde da mulher, se faz necessária a identificação do problema e de seus fatores de risco, bem como a inclusão de intervenções para prevenção, diagnóstico e tratamento relacionados à perda urinária feminina.

## **CONCLUSÃO**

Constatou-se a importância da assistência mulher com UI pautada na prevenção dos cuidados de saúde e não somente na anamnese e exame físico. Evidenciou-se que sala de espera é uma ferramenta importante para prestar esse atendimento mais humanizado e qualificar os serviços de saúde, neste espaço onde é permitido ao profissional de saúde o conhecimento das reais necessidades da população, bem como a busca por soluções para uma melhor qualidade de vida. Entra em cena, o saber técnico científico e o saber popular, norteados por seus princípios e funções.

No entanto faz-se necessário que os profissionais de saúde exerçam seu papel de educador e utilize esse espaço da sala de espera para produção de diálogo junto à comunidade, de reflexão, problematização, possibilitando assim a construção de um fazer em saúde, não meramente técnico, mas comprometido com o projeto democrático do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P., et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Neurourol Urodyn.**, v.61, n.37, p.37- 49, 2003. Disponível em: <[http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(02\)02243-4/pdf](http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(02)02243-4/pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes**, v.1, p.1- 82, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em 28 de agosto de 2017.
- BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Informação demográfica e socioeconômica. IBGE; 2009. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores>>. Acesso em 28 de agosto de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes**, v.1, p.1- 82, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em 28 de agosto de 2017.
- CARRARA, T., et al. Avaliação do nível de orientação das mulheres no climatério sobre o papel da fisioterapia na prevenção e no tratamento da incontinência urinária. **Rev Bras Cienc Env**, v.9, n.2, p.171-9, 2012. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/171-179>>. Acesso em: 05 ago. 2017.
- DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, v.47, n.2, pp.288-295,2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200003>>. Acesso em 28 de agosto de 2017.
- FIGUEIREDO, E. M., et al. Educação sobre incontinência no centro de saúde. **Fisioter Pesq.**, v.19, p.103- 8,2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502012000200003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502012000200003&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 28 de agosto de 2017.
- JAPUR, M.; BORGES, C. C. Sobre a (não) adesão ao tratamento: Ampliando sentidos do autocuidado. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2008. Jan-mar; 17(1): 64-71.
- LEROY, L.S.; LOPES, M.H.B.M.; SHIMO, A.K.K. A incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n.3, p.692-701, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71424779026>>. Acesso em: 07 ago. 2017.
- MOURÃO, L. F., et al. Caracterização e Fatores de Risco de Incontinência Urinária em Mulheres Atendidas em uma Clínica Ginecológica. **ESTIMA**, v.15 n.2, p. 82-91, 2017. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/352>>. Acesso em: 05 ago. 2017.
- MELO, M.C.H.; CRUZ, G.C. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. **Rev. Imagens da Educação**, v. 4, n. 2, p. 31-39, 2014. Disponível em: <<http://educem.uem.br/ojs/index.php/ImagensEduc/article/download/22222/13030>>. Acesso em: 05 ago. 2017.
- NETO, R.O.N.; SILVA, G.M. saúde e qualidade de vida da mulher indígena: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013. **Rev. Saúde em Foco**. 2014. Disponível em: <[http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2014/saude\\_indigena.pdf](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/saude_indigena.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2017.
- RAMOS, A. L.; OLIVEIRA, A. A. C. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de Kegel. **Revista Hórus**, v. 4, n. 2, 2010. Disponível em: <[http://www.faesd.edu.br/horus/num2\\_1/incont\\_ineciauri.pdf](http://www.faesd.edu.br/horus/num2_1/incont_ineciauri.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2017.
- ROSA, J.; BARTH, P. O.; GERMANI, A. R. M. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. **Rev. PERSPECTIVA**, v.35, n.129, p. 121-130, 2011. Disponível em: <[http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129\\_160.pdf](http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_160.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2017.
- SACOMORI, C.; NEGRI, N. B.; CARDOSO, F. L. Incontinência urinária em mulheres que buscam exame preventivo de câncer de colo uterino: fatores sociodemográficos e comportamentais. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.6, p.1251-1259, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000600021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2017.
- SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, v.46, n.5, p.1221-1226, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000500026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 ago. 2017.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, abril-junho. Vol 15, n 2. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil, p. 320-325, 2006.

VALENÇA, M. P., et al. Cuidados de Enfermagem na Incontinência Urinária: um Estudo de Revisão Integrativa. **ESTIMA**, v.14 n.1, p. 43-49, 2016. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/download/195/pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

VERISSIMO, D. S; VALLE, E.R.M. A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. **Psicologia Argumenta**, v. 24. n. 45, 2006.

## **AGRADECIMENTOS**

A UESPI por disponibilizar transporte para a equipe, à comunidade de Nazaré e seu cacique que nos recebeu com tanta hospitalidade, a SESAPI pelo convite e a todos que fazem parte da V Turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade-UESPI.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A SAÚDE CONSTRUINDO ESPAÇOS DE CIDADANIA NA ESCOLA: INTERVENÇÕES EDUCATIVAS SOBRE BULLYING

**Andrea Nunes Mendes de Brito<sup>1\*</sup>, Ana Karoliny Rodrigues<sup>2</sup>, Wendersom da Silva do Amaral<sup>3</sup>, Reyjanne Barros de Carvalho<sup>4</sup>, Patrícia Ferreira de Sousa Viana<sup>5</sup>, Michelle Vicente Torres<sup>6</sup>**

1. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí, Teresina- Piauí- Brasil.

2. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí, Teresina- Piauí- Brasil

3. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí, Teresina- Piauí- Brasil

4. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí. Teresina- Piauí- Brasil

5. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí. Teresina- Piauí- Brasil

6. Tutora de Campo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí Teresina- Piauí- Brasil.

Email: drea.nunes@hotmail.com

Palavras-chave: Escola. Promoção da saúde. Bullying. Crianças e adolescentes.

### INTRODUÇÃO

A escola é hoje um lugar de vida que ocupa um tempo cada vez mais longo no cotidiano de crianças, jovens e adultos, sejam estes alunos, professores ou outros profissionais da educação. Construída socialmente pelos atores que a compõe, marcada pela coexistência de culturas, valores e crenças diversas. A partilha do vivido no cotidiano escolar, notadamente marcado pelas diferenças, solicita um debate acerca de questões que atravessam e interferem nas práticas educacionais como a violência escolar e o bullying, considerando o modo como estes atores vivem a escola. Tais temáticas referem-se a situações que são uma preocupação evidente para a sociedade em geral e o objeto de intensa atenção pelos meios de comunicação social (ALVES, 2016).

O bullying se constitui em uma subcategoria bem delimitada de agressão ou comportamento agressivo e persistente com a intenção de causar dano físico ou moral em estudantes que são mais fracos e incapazes de se defenderem e é caracterizado pela repetitividade e assimetria de forças (BANDEIRA; HULTZ, 2010).

A vivência do bullying expõe as crianças e os adolescentes à condição de vulnerabilidade. O bullying entre estudantes é, em geral, encontrado na maioria das escolas, independentemente das características sociais, culturais e econômicas de seus alunos (MALTA, et al., 2014). É uma tentativa de demonstração de força e superioridade por meio de atitudes humilhantes e violenta, e que se transformou em um problema de saúde pública (OLIVEIRA; BARBOSA, 2012; MACEDO, et al., 2014; OLIVEIRA, et al., 2016). Estudos demonstram que se trata de um problema mundial, comum a diversos países e escolas, sendo que de 20 a 56% dos adolescentes do mundo estão envolvidos anualmente em situações de bullying (MELLO, et al., 2016).

O bullying ocorre em contextos interacionais dinâmicos e pode envolver as crianças de diferentes maneiras, fazendo com que essas assumam papéis diferenciados em relação à postura adotada perante este fato, dentre os quais há as vítimas, os agressores, as vítimas-agressoras e os espectadores (ZEQUINÃO, et al., 2016). De acordo com Bandeira e Hultz (2010) a maioria dos alunos não se envolve diretamente em atos de bullying e geralmente por medo de ser a próxima vítima, por não saber como agir e por não acreditar nas atitudes da escola preferem se calar. As testemunhas, em sua maioria, sentem simpatia pelas vítimas, condenam o comportamento dos agressores e deseja que os professores intervenham efetivamente.

A literatura científica tem demonstrado que a exposição ao bullying no ambiente escolar pode ocasionar diferentes problemáticas relacionadas à saúde física e mental (SAMPAIO, et al., 2015). O bullying impacta sobre a vítima e os agressores estando associado ao baixo rendimento escolar, através da falta de motivação demonstrada para frequentar a escola e aos diminuídos níveis de autoestima. Esta é compreendida como um juízo pessoal de valor, externado nas atitudes que o indivíduo tem consigo mesmo, ou seja, é a percepção que o indivíduo tem do seu próprio valor e a avaliação que faz de si mesmo em termos de competência (MARRIEL et al., 2006). Assim, um grau benéfico de autoestima é decisivo para o bom relacionamento do adolescente, dado que ela os auxilia a crer e confiar em si próprios, além disso, avalia-se que se as relações são constituídas de violência, é provável estarem mais associadas à baixa autoestima dos envolvidos (BRITO; OLIVEIRA, 2013).

Nessa perspectiva, a redução da prevalência de bullying nas escolas pode ser uma medida de saúde pública altamente efetiva para o século XXI (BANDEIRA; HULTZ, 2010). Gonçalves, et al. (2008), relata que ações de promoção da saúde visam desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas; bem como fomentar uma análise sobre os valores, as condutas, condições sociais e os estilos de vida dos envolvidos.

A educação em saúde é compreendida como atividade principal da promoção da saúde para desenvolver autonomia, responsabilidade das pessoas e comunidades com sua saúde, além de ser uma prática social crítica e transformadora (GUBERT et al., 2009). Dessa forma, a saúde no espaço escolar é concebida como um ambiente de vida da comunidade em que está inserida a escola, cujo referencial para ação deve ser o desenvolvimento do educando, como expressão de saúde, com base em uma prática pedagógica participativa, tendo como abordagem metodológica a educação em saúde transformadora (GONÇALVES et al., 2008).

O bullying é um desafio no contexto escolar que deve ser superado para promover um ambiente saudável para os atores envolvidos. Esse fato exige enfrentamentos no contexto da intersectorialidade e ações educativas sistemáticas por meio da valorização do protagonismo juvenil, do estímulo à participação social e à reflexão, envolvendo alunos, educadores e famílias, reconhecendo os jovens como sujeitos de necessidades e de direitos e a saúde e a educação como direitos para a construção da cidadania (MELLO, et al., 2016).

Dessa forma, deve-se combater o bullying na escola, prevenindo e minimizando as situações que favorecem a sua ocorrência, garantindo a promoção da saúde no ambiente escolar e oportunizando integração de ações tanto no âmbito da educação quanto da saúde, para assim garantir um cuidado ampliado e sensível dos alunos e todos aqueles que fazem a escola, proporcionando autonomia, bem-estar mental e físico e estimulando programas, projetos e políticas públicas que incentivem a cultura de paz nas escolas e na comunidade.

O objetivo deste manuscrito é relatar a experiência da equipe da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UESPI em um projeto de combate ao bullying em escolas públicas na Zona Sul de Teresina.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência das ações do Projeto #Educamonte da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí (RMSFC-UESPI).

A partir do processo de territorialização, em visitas e rodas de diálogos nas escolas públicas da zona Sul de Teresina-PI, percebemos como demanda urgente a ser trabalhada o bullying. A equipe docente e gestora da escola apontou casos preocupantes. Foram indicadas duas turmas para grupo de trabalho. Dessa forma, a equipe multiprofissional de saúde, composta por profissionais de nutrição, enfermagem, educação física, fisioterapia, serviço social, psicologia e odontologia, juntamente com o núcleo pedagógico da escola, planejou e executou quatro encontros ao longo do segundo semestre de 2016. A proposta consistiu na participação efetiva do aluno para incentivar seu protagonismo na construção do debate. Dessa forma, as atividades aconteceram em roda, considerando o ponto de vista de todos os participantes.

Foram três encontros com as turmas eleitas e um encontro final com toda a escola. No primeiro encontro, por meio de jogos, rodas de conversa e teatro, iniciamos a problematização com o tema da baixa sensibilidade e desrespeito para com o outro, em especial o professor. No segundo encontro, trabalhamos a autoestima e identidade, com a construção da autoimagem com massa de modelar e conversa sobre a diversidade de pessoas. No terceiro encontro, foram feitos grupos de trabalho dentro da própria turma, com situações-problemas relativas ao bullying e cada grupo recebeu o desafio de encenar a situação, paralisá-la no momento crítico e convidar os demais alunos para resolver a situação, na perspectiva do “Teatro do Oprimido, dialogando após a resolução escolhida para cada caso. Neste terceiro encontro construímos juntamente com este público a organização do encontro geral, para fechamento da proposta, que ocorreu no pátio da escola, com situações-problema semelhantes às provocadas no encontro anterior e os alunos de todas as turmas eram convidados a “resolver” a cena teatral com a solução que julgassem eficaz.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A recepção da equipe multiprofissional da RMSFC por parte dos alunos foi positiva desde o primeiro encontro e percebemos a identificação do público-alvo com as temáticas trabalhadas, com as metodologias ativas utilizadas e com as situações vivenciadas.

Observamos que possivelmente o bullying impacta significativamente na vida desses estudantes na escola, esta violência escolar está presente cotidianamente na sala de aula. Durante a atividade houve relatos emocionados sobre as situações vivenciadas de vítimas de bullying que, no momento, foram dialogadas, inclusive houve casos que necessitaram de intervenção individual. Além disso, foi exposto o distanciamento dos professores

e da coordenação frente aos atos de bullying frequentes e a falta de confiança em reportá-los por julgar ineficaz a solução adotada.

Quando exibidos os vídeos sobre bullying, os alunos se emocionaram, choraram e relataram suas vivências. Percebemos que alguns se tornavam agressores como modo de defesa, sabendo que estavam agindo de maneira errada, porém se não agissem assim, se tornariam vítimas. Bandeira e Hultz (2010) sustentam que, quando um jovem testemunha um colega sendo vitimizado por outro, o seu comportamento não será neutro. Poderá escolher o lado da vítima e se juntar ativamente ao bullying ou se manter passivo, entretanto, a atitude passiva reforça a agressão, por mostrar ao agressor que nada irá interromper a atividade, deixando-o livre para realizar sua ação.

Dessa maneira, a autoestima é importante para o convívio social dos jovens, visto que ela os ajuda a acreditarem e confiarem neles mesmos. Nessa perspectiva, ao retratar a sua autoimagem, seus gostos e preferências utilizando a massa de modelar, os alunos puderam se perceber, ver suas qualidades e características, apreciando-as e assim, se valorizando. Os jovens expressaram a dificuldade de desenhar a si próprio, pois não conseguiam se perceber, assim a maioria dos desenhos retratavam hobbies, amigos, família, jogos ou brincadeiras preferidas. Marriel, *et al.*, (2006) afirma que a autoestima trabalhada para que o aluno tenha uma visão melhor de si pode diminuir o conflito tanto na escola quanto na família, já que possibilita que o estudante lide mais facilmente com as mudanças que tem de enfrentar, além de favorecer o respeito ao espaço dos colegas, da família, dos professores e dos outros indivíduos que fazem parte de sua vida.

Ao trabalhar as situações de bullying e dificuldades de relacionamento na sala de aula encenadas pelos próprios alunos, fez com que eles refletissem e dialogassem sobre a importância do respeito ao próximo, aceitação das diferenças existentes entre as pessoas e, dessa forma, promovendo a cultura de paz, contribuindo com a melhoria do ambiente escolar e com a redução das vulnerabilidades.

Em todos os encontros, foi identificada a necessidade de falar, havendo participação ativa da maioria do grupo, inclusive no encontro final, com a escola toda. O professor ainda se encontra resistente à participação na atividade, embora permanecendo na sala de aula durante sua execução. Observamos uma relação enfraquecida entre docente e discente, a qual necessita ser ressignificada.

## CONCLUSÃO

As ações realizadas oportunizaram momentos de reflexão do público-alvo seus comportamentos na escola, o que foi perceptível pela participação ativa e envolvimento deste em todas as atividades, onde ainda compartilharam sentimentos, refletiram ações e se propuseram a melhorar as relações interpessoais. A experiência mostrou-se exitosa e atribuímos este resultado muito provavelmente pela utilização de metodologias ativas como rodas de conversa, teatro e jogos e pelo respeito do ponto de vista de todos, por isso, todos os encontros foram realizados em roda. Assim, é fundamental a promoção de ações de integração saúde- escola. Apesar da experiência ter sido bem-sucedida, o #Educamonte necessita continuar acontecendo e contribuindo com a formação de professores para o enfrentamento e mediação de situações de risco na escola.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, M.G. Viver na escola: indisciplina, violência e bullying como desafio educacional. **Cadernos de Pesquisa** v.46 n.161 p.594-613 jul./set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/198053143679>. Acessado em: 28 de agosto de 2017.
- BANDEIRA, C.M, HUTZ, C.S. As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP, v. 14, n. 1, Jan.- Jun. de 2010: 131-138.
- BRITO, C.C., OLIVEIRA, M.T. Bullying e autoestima em adolescentes de escolas públicas. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 6, p. 601-607, nov-dez, Porto Alegre, 2013.
- GONÇALVES, F.D.; CATRIB, A.M.F.; VIEIRA, N.F.C.; VIEIRA, L.J.E.S. A promoção da saúde na educação infantil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008.
- GUBERT, F.A.; et al. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 01, p.165-72, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a21.htm>>. Acessado em: 30/05/17.
- MACEDO, E; MARTINS, F; CAINÉ, J; MACEDO, J; NOVAIS, R. Bullying Escolar e Avaliação de um Programa de Intervenção. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, ESPECIAL, abr, 2014.
- MALTA, D.C; PORTO, D.L; CRESPO, C.D; SILVA, M.M.A; ANDRADE, S.S.C; MELLO, F.C.M; MONTEIRO,

- R; SILVA, M.A.I. Bullying em escolares brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev Bras Epidemiol SUPPL PeNSE**, pg: 92-105, 2014.
- MARRIEL, L.C., ASSIS, S.G., AVANCI, J.Q., OLIVEIRA, R.V.C. Violência Escolar e Auto-Estima De Adolescentes. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 127, jan./abr. 2006.
- MELLO, F.C.M; MALTA, D.C; PRADO, R.R; FARIAS, M.S; ALENCASTRO, L.C.S; SILVA, M.A.I. Bullying e fatores associados em adolescentes da Região Sudeste segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 19, n. 04, pg: 866-877 out-dez, 2016.
- OLIVEIRA, J.C; BARBOSA, A.J.G. Bullying entre Estudantes com e sem Características de Dotação e Talento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n. 04, pg: 747-755, 2012.
- OLIVEIRA, W.A; SILVA, M.A.I; SILVA, J.L; MELLO, F.C.M; PRADO, R.R; MALTA, D.C. Associations between the practice of bullying and individual and contextual variables from the aggressors' perspective. **J Pediatr (Rio J)**, v. 92, n. 01, pg:32-39, 2016.
- SAMPAIO, J.M.C; SANTOS, G.V; OLIVEIRA, W.A; SILVA, K.L; MEDEIROS, M; SILVA, M.A.I. Prevalência De Bullying e Emoções de Estudantes Envolvidos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.24, n. 02, pg: 344-52, abr-jun; 2015.
- ZEQUINÃO, M.A; MEDEIROS, P; PEREIRA, B; CARDOSO, F.L. Bullying escolar: um fenômeno multifacetado. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 181-198, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702201603138354>. Acessado em: 03 de maio de 2017.

## **AGRADECIMENTO**

Agradecemos as escolas que realizaram esta parceria com a RMSFC, assim como toda a equipe de residentes e preceptores da residência.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CUIDANDO DO EDUCADOR NO AMBIENTE ESCOLAR: INTERVENÇÕES VOLTADAS AO AUTOCUIDADO

**Andrea Nunes Mendes de Brito<sup>1\*</sup>, Ana Karoliny Rodrigues<sup>2</sup>, Aurilene Soares de Souza<sup>3</sup>, Socorro Adriana de Sousa Meneses Brandão<sup>4</sup>, Patrícia Ferreira de Sousa Viana<sup>5</sup>, Maria Luci Esteves Santiago<sup>6</sup>**

1. Nutricionista - Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil. [drea.nunes@hotmail.com](mailto:drea.nunes@hotmail.com)

2. Enfermeira - Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

3. Nutricionista -Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

4. Enfermeira, Professora Assistente da Universidade Estadual do Piauí e Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina- Piauí-Brasil.

5. Cirurgiã-dentista e preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

6. Profissional de educação física e Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

Email: [drea.nunes@hotmail.com](mailto:drea.nunes@hotmail.com)

Palavras-chave: Professor. Estresse. Promoção da Saúde. Cuidado.

### INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a profissão considerada uma das mais estressantes é a do professor/docente. Ao longo dos anos ocorreram muitas mudanças em relação a esta profissão, que passou por reformas educacionais com a descentralização administrativa, financeira e pedagógica, levando consequente a ampliação de funções e maior responsabilização do professor pelo sucesso educacional (DIEHL; MARIN, 2016).

O atual modelo educacional, apesar de possibilitar maior autonomia ao professor, impõe ao mesmo muitas atribuições, como realização de trabalhos administrativos, orientação dos alunos e atendimento aos pais, além de organizar atividades extra-escolares, preencher relatórios e cuidar do patrimônio material da escola (CARLOTTO; PALAZZO, 2006). Tudo isso atrelado a ausência de remuneração coerente, leva os professores a acumularem cargos, triplicarem a jornada de trabalho e consequentemente se sobrecarregarem ao extremo, levando a sérios problemas de saúde, físicos e mentais.

O estresse profissional ou ocupacional está presente no cotidiano do professor e os principais fatores estressantes no contexto escolar, são: lidar com a classe e manter a disciplina, aplicar tarefas, baixa motivação dos alunos, falta de apoio dos pais dos alunos, ajudar crianças com problemas comportamentais, excesso de responsabilidade pelos alunos, salas cheias, comportamentos agressivos, pouco suporte profissional, falta de recursos e equipamentos no ambiente de trabalho, pouco suporte do governo e alta carga de trabalho (SILVEIRA; ENUNO; PAULA; BATISTA, 2014). Todos estes fatores podem acarretar também o desenvolvimento de uma doença conhecida como: Síndrome de Burnout.

Esta Síndrome é uma consequência do estresse prolongado e sua definição mais aceita é fundamentada na perspectiva psicossocial, que se refere a uma reação de esgotamento físico e mental extremos, em profissionais cujo ambiente de trabalho exige lidar excessivamente com pessoas, diminuindo o prazer e realização no trabalho com o passar do tempo; este distúrbio psíquico caracteriza-se por três componentes: exaustão emocional e física (falta de entusiasmo), perda do sentimento de realização no trabalho (depreciação do ambiente de trabalho) e despersonalização extrema (desumanização) (ESTEVES- FERREIRA; SANTOS; RIGOLON, 2014).

Burnout em docentes afeta o ambiente escolar, interferindo no cumprimento dos objetivos pedagógicos, levando os profissionais a desumanização, alienação, desejo de abandonar a profissão e ocasionando sérios problemas de saúde (COSTA; BARBOSA; CARRARO, 2014). Além de afetar diretamente a relação professor-aluno, onde o docente não zela mais pelo vínculo construído com o discente ao longo de anos.

Um estudo realizado no ano de 2011, em três redes de ensino particulares e públicas, com 71 professores, aponta que os professores que lecionam em escolas públicas estão mais insatisfeitos do que os de escola particular, principalmente em relação à questão salarial, estrutura do ambiente educacional e jornada de trabalho (ESTEVES-FERREIRA; SANTOS; RIGOLON, 2014). Outro estudo com 108 professores do ensino básico público e privado, veio a corroborar com o primeiro, pois ele mostra que os professores de escola pública se ressentem de aspectos relacionados a falta de estrutura e reconhecimento financeiro, enquanto os de escolas particulares

priorizam aspectos relacionais e de interação no interior da escola (NAIFF; FERREIRA; NAIFF, 2013). Assim, infere-se que os professores de escolas públicas vivenciam um ambiente de trabalho mais precário, dificultando o bem-estar e a qualidade do trabalho.

Devido a prevalência de doenças físicas e mentais decorrentes de estresse no ambiente escolar, este tem se tornado um problema de saúde pública, sendo importante considerar a análise de alternativas que minimizem o estresse, auxiliando o manejo de comportamentos e emoções estressantes. Intervenções com o objetivo de minimizar o estresse podem melhorar a qualidade de vida dos professores e dá suporte para o enfrentamento dessas condições, promovendo a resiliência, bem-estar e a melhor qualidade de trabalho (SILVEIRA; ENUMO; PAULA; BATISTA, 2014).

Assim, atividades relacionadas a promoção da saúde dos docentes, voltadas para o autocuidado, relaxamento, cuidado com o corpo, devem ser incentivadas no ambiente escolar para que o docente possa se sentir acolhido, apoiado, valorizado e usufruir de um espaço propício para externar suas angústias e insatisfações, sem julgamentos nem punições.

Com essa perspectiva, a equipe da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) traz o relato de atividades desenvolvidas em escolas públicas localizadas em um bairro da zona sul de Teresina- Pi.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência das ações do Projeto #Educamonte da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí (RMSFC-UESPI).

A partir do processo de territorialização, em visitas e rodas de diálogos em duas escolas públicas localizadas na zona Sul de Teresina -PI, percebemos como demanda a ser trabalhada o cuidado com o educador. Dessa forma, a equipe multiprofissional de saúde, composta por profissionais de nutrição, enfermagem, educação física, fisioterapia, serviço social, psicologia e odontologia planejou e executou dois encontros ao longo do primeiro semestre 2017 com os professores no fim do turno de trabalho na própria escola.

O primeiro encontro, realizado através de terapias manuais, viagem ao subconsciente com os olhos vendados, assim, iniciamos o momento de relaxamento, seguido por um diálogo sobre a importância do autocuidado, os sentimentos desencadeados com a atividade e a construção de uma mandala “Ser cuidado é...” construída com cartolina, tarjetas e pincéis. No segundo encontro, realizamos uma atividade baseada na vivência da Biodança por meio de músicas e movimentos corporais proporcionando aos docentes relaxamento mente- corpo, seguido por uma atividade baseado na Sociopoética utilizando massa de modelar e papel colorido e dialogando sobre as vivências do educador até aquele momento através do desenho de um corpo criado por eles.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os professores no início da primeira intervenção apresentaram um pouco de resistência e justificaram-na, pois, acreditavam se tratar de mais uma capacitação educacional que acontece nas escolas e não é bem recebida por eles, à medida que entendem as capacitações como mais um tipo de pressão externa e cobranças. Após as devidas apresentações, eles foram informados de que as atividades seriam voltadas ao autocuidado com técnicas de relaxamento. Foi perceptível no decorrer da intervenção que os docentes se entregaram aos cuidados promovidos pela equipe, principalmente com o uso da terapia manual e de músicas relaxantes.

Durante a discussão sobre a importância do autocuidado, os professores a reconheceram como importante, mas afirmaram não ter tempo para praticá-la, devido a fatores como: sobrecarga de trabalho, grande número de provas e trabalhos para corrigir no período destinado ao descanso, jornada tripla de trabalho, objetivando melhoria financeira. E as mulheres afirmaram ainda mais dificuldade em cuidar de si, pois além dos compromissos profissionais ainda cumprem jornada de trabalho doméstico.

É válido ressaltar que para cuidar dos outros é necessário cuidar de si, como expressa Michel Foucault em sua aula de 10 de fevereiro de 1982. A ação docente inclui o cuidado com os alunos, portanto os professores necessitam fazer um movimento permanente de voltar o olhar e o espírito na direção de si mesmos para exercer em plenitude a docência (FOUCAULT, 2010).

A observação das professoras é corroborada também no estudo de Carlotto e Palazzo (2006), que destacam que o ritmo acelerado de trabalho dos professores é intensificado ainda mais no caso da mulher, que além da sobrecarga de trabalho, acumula afazeres domésticos que ainda são entendidos como de sua inteira responsabilidade.

Na vivência baseada na Biodança, que aconteceu no segundo encontro, os professores sentiram-se à vontade desde o início, buscando sua percepção corporal e envolvendo-se embalados por músicas, sendo levados a realizarem movimentos corporais relaxantes. O uso da massa de modelar para abordagem Sociopoética, permitiu que os professores moldassem suas percepções sobre o próprio corpo e depois discutissem quais as vivências

aquele corpo tinha experienciado durante toda a vida e que o marcaram. Neste último momento todos os professores participaram com entusiasmo e puderam ser ouvidos e acolhidos de acordo com suas demandas, no geral, os professores destacaram que apesar das adversidades eles se orgulham da profissão que escolheram para a vida.

## CONCLUSÃO

As intervenções realizadas com os professores das escolas públicas promoveram momentos de autocuidado, relaxamento da mente e do corpo, fundamentais para diminuição dos fatores estressores no ambiente educacional. Os docentes participaram ativamente de todas as atividades propostas, demonstrando interesse e necessidade de dedicarem parte do seu tempo para o autocuidado. O sucesso das intervenções evidencia que a escola deve destinar mais tempo e apoio em momentos como esse.

## REFERÊNCIAS

- CARLOTTO, M.S.; PALAZZO, L.S.. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.22, n.5, p.1017-1026,2006. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500014)>. Acesso em 28 de agosto de 2017.
- COSTA, M.S.G.A.; BARBOSA, N.D.; CARRARO, P.R. A importância do trabalho do psicólogo escolar aos docentes em escolas públicas. **Revista Eixo**, v.3, n.2, 2014. Disponível em <<http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/146>>. Acesso em 28 de agosto de 2017.
- DIEHL, L.; MARIN, A.H. Adoecimento mental em professores. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 64-85, 2016. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/25302>>. Acesso em 28 de agosto de 2017.
- ESTEVES-FERREIRA, A.A.; SANTOS, D.E.; RIGOLON, R.G.. Avaliação comparativa dos sintomas da síndrome de burnout em professores de escolas públicas e privadas. **Rev. Bras. Educ. [online]**, vol.19, n.59, pp.987-1002, 2014. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782014000900009&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782014000900009&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em 28 de agosto de 2017.
- FOUCAULT, M. Aula 10 de fevereiro de 1982: primeira hora. In: FOUCAULT, M. A hermenêutica do sujeito. Trad Márcio Alves da Fonseca, Salma Tannus Muchail. 3. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. p. 185-204.
- NAIFF, L.A.M.; FERREIRA, M.C.; NAIFF, D.G.M. Bem-estar profissional de professores de escolas públicas e privadas. **Arq. bras. psicol. [online]**, vol.65, n.2, pp. 288-303, 2013. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-52672013000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672013000200010)>. Acesso em 28 de agosto de 2017.
- SILVEIRA, K.A.; ENUMO, S.M.P.; PAULA, K.M.P.; BATISTA, E.P. Estresse e enfrentamento em professores: uma análise de literatura. **Educação em Revista**, v.30, n.4, p. 15-36, 2014. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/edur/v30n4/02.pdf>>. Acesso em 28 de agosto de 2017.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço o apoio de todos os residentes, preceptores, tutora e coordenadora da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade da UESPI, e de todos os professores envolvidos nestas intervenções.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## RECUPERAÇÃO INTRAOPERATÓRIA DE SANGUE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA.

Velma Dias do Nascimento<sup>1</sup>, Mayara Mesquita Mororó Pinto<sup>2</sup>, Geise Moreira Sales de Oliveira<sup>3</sup>, José Hernevides Pontes Ferreira<sup>4</sup>, Luciana Maria de Barros Carlos<sup>5</sup>, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu<sup>6</sup>

Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), parceria CAPES/COFEN – Fortaleza/Ceará/Brasil.

1. Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), parceria CAPES/COFEN – Fortaleza/Ceará/Brasil.

2. Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), parceria CAPES/COFEN – Fortaleza/Ceará/Brasil

3. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza/Ceará/Brasil.

4. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza/Ceará/Brasil.

5. Docente do Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza (UNIFOR) –Fortaleza/Ceará/Brasil.

Email:velma\_dias@yahoo.com.br

Palavras-chave: Autotransfusão. Urgência. Hemorragia. Trauma.

### INTRODUÇÃO

A Recuperação Intraoperatória de Sangue (RIOS) é uma alternativa à transfusão de sangue que parece reduzir a necessidade de reposição transfusional em pacientes submetidos a esses procedimentos cirúrgicos com grande sangramento. Com esse método é possível diminuir a perda de sangue em pacientes cirúrgicos, a partir da recuperação do sangue perdido no campo operatório e seu aproveitamento para reinfusão no próprio paciente, diminuindo, e às vezes evitando, a necessidade transfusional e, conseqüentemente, reduzindo riscos, prevenindo quadros de coagulopatia. A RIOS possibilita a reutilização do sangue perdido durante o procedimento cirúrgico e torna possível a recuperação das hemácias com reinfusão no paciente.

Sabe-se que a transfusão de sangue envolve riscos, quer sejam imediatos ou tardios (BRASIL, 2015) e apesar de toda tecnologia envolvida na triagem de doadores, processamento do sangue e triagem laboratorial para qualificação dos hemocomponentes, ainda persiste o risco transfusional. Além disso, a transfusão depende de doações voluntárias e anônimas o que pode representar uma dificuldade para atender a demanda de grandes hospitais, como o hospital em estudo.

Alguns métodos alternativos têm sido estudados há muito tempo para minimizar a exposição a transfusões alogênicas, que vão desde drogas usadas nos períodos pré e transoperatórias, até técnicas de autotransfusão. Entre estes métodos estão a doação autóloga pré-operatória, a hemodiluição normovolêmica aguda e a autotransfusão por recuperação intraoperatória de sangue. A utilização de alternativas à transfusão alogênica em pacientes cirúrgicos é importante na redução de transfusões e pode resultar em redução de complicações pós-transfusional, diminuição de mortalidade, tempo de internamento e custo hospitalar.

Entretanto, as equipes cirúrgicas por vezes desconhecem o potencial benéfico da utilização desses métodos para minimizar a necessidade transfusional em procedimentos eletivos e de urgência, o que dificulta sua utilização plena no ambiente hospitalar.

As cirurgias em pacientes vítimas de grandes traumas apresentam grande potencial de sangramento no intraoperatório com risco de choque e podem estar associadas a grande exposição de transfusões alogênicas, acarretando riscos imediatos e tardios associados às transfusões, dentre eles, o desencadeamento da coagulopatia do trauma. Por isso, é necessário estabelecer condutas para melhoria do controle da hemorragia e reanimação, além da prevenção e tratamento agressivo da coagulopatia relacionada ao trauma (KAUVAR, 2006).

A hemorragia é responsável por 30% a 40% da mortalidade relacionada ao trauma e, dentre estas mortes, 33% a 56% ocorrem durante o atendimento pré-hospitalar. Entre as principais causas de morte nos pacientes que chegam ao hospital, a mortalidade precoce está associada à hemorragia continuada, desencadeamento de coagulopatia e ressuscitação incompleta. Por isso, é necessário estabelecer condutas para melhoria do controle da hemorragia e reanimação, além da prevenção e tratamento agressivo da coagulopatia relacionada ao trauma (KAUVAR et al., 2006).

Desta forma, torna-se evidente a importância de se atuar rapidamente com medidas alternativas e eficientes que levem a um melhor quadro clínico para o paciente com risco de choque, evitando o desencadeamento de



coagulopatia relacionada ao trauma. A associação com técnicas de RIOS tem sido estimulada por *guidelines* internacionais (BCSH, 2016).

O interesse em buscar conhecimentos atualizados e capacitação científica na Enfermagem, tem por objetivo desenvolver novas tecnologias no cuidado aos pacientes gravemente enfermos, a partir de uma visão inovadora em Hemoterapia, notadamente nas urgências transfusionais. Esse estudo relata a experiência da implantação da técnica RIOS para promoção da saúde e prevenção de doenças em um hospital para atendimento ao trauma e alta complexidade no estado do Ceará.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência da implantação da técnica RIOS em um hospital para atendimento ao trauma e alta complexidade no estado do Ceará. Considerado um hospital eminentemente cirúrgico que recebe pacientes com graus diferenciados de sangramento resultando em situações de maior gravidade como o choque hemorrágico, além de realizar procedimentos com grande potencial de sangramento, especialmente nas áreas de traumatologia e neurocirurgia. A utilização do procedimento de RIOS foi estimulada a partir da política de uso racional do sangue proposta pelo Comitê Transfusional Intra-hospitalar, dentro do Programa PBM-IJF (*patient blood management*), através da sensibilização dos profissionais envolvidos com a realização desses procedimentos, com capacitações, cursos, palestras e outras atividades desenvolvidas com o *staff*, residentes e equipe de enfermagem do hospital.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O Hemocentro do Ceará – HEMOCE disponibilizou equipamento de RIOS e capacitação da equipe de enfermagem do Núcleo Transfusional do IJF, viabilizando a realização dos procedimentos de autotransusão no hospital. A partir das ações de capacitação apoiadas pelo Comitê Transfusional Intra-hospitalar, diretoria clínica e chefia do Centro Cirúrgico, foram identificados os procedimentos com maior potencial de sangramento para utilização do método.

Durante dois meses, no período de junho à julho de 2015, a equipe do NUTRAN compareceu diariamente ao centro cirúrgico para acompanhar os procedimentos eletivos e divulgar a técnica, identificando as cirurgias com potencial benefício para sua utilização. A partir dessa iniciativa, o método passou a ser utilizado de forma sistemática em cirurgias ortopédicas e neurológicas, apresentando um total de 133 procedimentos.

A partir de novembro de 2016, começou a haver solicitação da realização do procedimento em urgência, perfazendo até o momento um total de 13 casos de RIOS no atendimento a pacientes vítimas de grandes traumas admitidos na Sala de Reanimação com hipovolemia e/ou choque grave, sendo o enfermeiro do Núcleo Transfusional do hospital contactado para a realização de intervenção de Enfermagem com utilização da RIOS durante a abordagem cirúrgica de Emergência.

Sabe-se que as intervenções de enfermagem precisam estar de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no que diz respeito ao manuseio e monitorização de equipamentos específicos de hemoterapia, nesse aspecto a Resolução 511 de 2016 descreve a atuação do Enfermeiro em Hemoterapia, permitindo cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões.

A RIOS já se encontra disponível para uso de forma sistemática nesse hospital do Ceará e já conta com um protocolo interdisciplinar implementado para o atendimento de pacientes com hemorragia grave. Esse protocolo visa identificar pacientes de risco de grande exposição transfusional e orientar abordagem diferenciada para esses pacientes. Ao analisar os diagnósticos de enfermagem que estão relacionados à diminuição rápida no volume de líquido, a saber: Risco de desequilíbrio do volume de líquidos; Risco de choque; Risco de trauma; risco de sangramento (NANDA), a equipe de enfermagem envolvida com atendimento do paciente com hemorragia grave está preparada para identificar e prosseguir com abordagem diferenciada para esse paciente.

A utilização dessa técnica em hospitais brasileiros, entretanto, ainda é muito pequena e não sistemática e não há experiência nacional sobre a utilização da RIOS em Urgência. A disponibilidade de uso dessa técnica alternativa à transfusão em um hospital do Ceará, oportuniza estudo pioneiro no país sobre o tema.

A utilização de alternativas à transfusão em pacientes com grande exposição transfusional mostra-se uma abordagem eficaz, viabilizando a realização de procedimentos cirúrgicos de forma mais segura, com redução a exposição de transfusões alogênicas, demonstrando ser uma técnica vantajosa que pode ser utilizada em cirurgias associadas à perda sanguínea significativa, oferecendo proteção ao paciente e promovendo a promoção da saúde no que diz respeito à diminuição dos riscos associados à transfusão.

## CONCLUSÃO

A técnica de recuperação intraoperatória de sangue possibilita uma alternativa à transfusão e segurança do paciente ao proporcionar a reutilização do sangue perdido durante o procedimento cirúrgico. Participar da implantação dessa técnica em situação de urgência em um hospital de trauma referência Norte-Nordeste, tornou-se uma oportunidade indiscutível na prática transfusional, e isso é sem dúvida um grande avanço para a Enfermagem em Hemoterapia, permitindo a sua atuação no manuseio e acompanhamento dessa tecnologia em procedimentos cirúrgicos, além de compor a equipe cirúrgica, exercendo de forma competente o seu papel na implementação de estratégias, habilidades e promoção de saúde, decidindo a melhor conduta e garantindo a segurança transfusional dos pacientes no ambiente hospital.

Com esse método é possível recuperar uma média de 50 – 60% do sangue perdido, sendo satisfatoriamente utilizado em transplantes hepáticos, cirurgias cardíacas, de coluna, trauma e etc, diminuindo e, às vezes, evitando a necessidade de transfusão.

Conhecer os reais benefícios e potenciais riscos dessa utilização para determinar o custo-efetividade de sua ampla utilização em nosso serviço e serviços similares, possibilitará sua maior utilização nos casos de reconhecido benefício, direcionando o uso racional dessa técnica com diminuição de risco transfusional para o paciente, otimizando recursos e reduzindo custo hospitalar, com impacto positivo para o atendimento ao paciente em serviços ligados ao SUS, com uma abordagem diferenciada na segurança transfusional dos pacientes.

Além das vantagens citadas acima, destaca-se a prevenção de doenças pois a técnica RIOS pode evitar ou minimizar a exposição a transfusões alogênicas com risco de transmissão de agentes patológicos por meio do sangue, associados a infecções virais como o vírus HIV, por exemplo, ou outras complicações, imunes ou não imunes da transfusão, permitindo a promoção da saúde e evitando complicações futuras. Além disso, favorece os estoques dos hemocentros por evitar o uso de transfusões autólogas em pacientes com grande potencial de transfusão.

## REFERÊNCIAS

- \_\_\_\_\_. BRASIL. Guia para uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
- KAUVAR DS et al. Impact of hemorrhage on trauma outcome: an overview of epidemiology, clinical presentations, and therapeutic considerations. **J Trauma**, v. 60, n. 6, p. 3-11, 2006.
- KAUVAR et al. Impact of Hemorrhage on Trauma Outcome: An Overview of Epidemiology, Clinical Presentations, and Therapeutic Considerations. **The Journal Of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care**, [s.l.], v. 60, n., S3-S11, jun. 2006. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.ta.0000199961.02677.19>.
- MURRAY, JL et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet** **2016**; 388: 1459–544. Disponível em: [http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31012-1.pdf](http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31012-1.pdf)
- Instituto Dr. José Frota - IJF. Comitê Transfusional Hospitalar. Guia para Transfusão de Hemocomponentes, 2014.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Deus por ser o dono da vida. Agradecimento especial a Direção do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Ceará – HEMOCE, pelo compromisso e disponibilidade dos equipamentos, kits de autotransfusão e capacitação dos profissionais enfermeiros. A equipe do Núcleo Transfusional do IJF pelo gerenciamento, realização e acompanhamento dos procedimentos de RIOS no hospital. Staffs e Residentes de Traumatologia, Anestesiologia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia e Vascular do IJF pela solicitação do procedimento de RIOS. Comitê Transfusional Intra-hospitalar do IJF pelo apoio incondicional da implantação dessa tecnologia inovadora na instituição.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES PORTADORAS DO HIV ATENDIDAS NO HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU-CE

Vinícius Rodrigues de Oliveira<sup>1\*</sup>, Deiviane Lucio Fernandes<sup>2</sup>, Riani Joyce Neves Nobrega<sup>3</sup>, Natalia Bastos Ferreira Tavares<sup>3</sup>, Raimundo Tavares de Luna Neto<sup>4</sup>

1. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil. [viniciusrodriguesv@gmail.com](mailto:viniciusrodriguesv@gmail.com)

2. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil.

3. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceara- Brasil. Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do adolescente, da Universidade Estadual do Ceará.

4. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil.

5. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil; Curso de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade Vale do Salgado-FVS- Icó-Ceará-Brasil.

Email: [viniciusrodriguesv@gmail.com](mailto:viniciusrodriguesv@gmail.com)

Palavras-chave: Gravidez. HIV. Epidemiologia.

### INTRODUÇÃO

O período gestacional é vivenciado de maneira desigual entre as mulheres, envolvendo mudanças nos diferentes aspectos humanos sejam eles, biológicos, psicológicos, sociais e culturais, se fazendo necessário todo acompanhamento pelos profissionais e apoio familiar desde a descoberta da gravidez até nos cuidados ofertados a criança que está por vir (MENEZES et al., 2012).

A gestação de alto risco pode ser caracterizada por complicações que interferem no curso gestacional, em destaque a soropositividade para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), que se faz relevante todo acompanhamento com condutas diferenciadas das demais gestantes, uma vez que a mesma vem acompanhada muitas vezes de medo, angústia e insegurança (BRUN, 2011).

Nessa perspectiva Costa et al. (2013), apontam que o pré-natal é considerado o primeiro passo para uma gestação segura, e que associada com a utilização das tecnologias leves vem mostrando-se imprescindível no acompanhamento de gestante. A assistência pré-natal realizada de forma correta em consonância com os preceitos do Ministério da Saúde (MS), se mostra como ferramenta eficaz na redução da mortalidade materna e fetal.

A equipe multiprofissional envolvida na assistência as mulheres no período gestacional com enfoque na figura do profissional enfermeiro devem prestar um cuidado qualificado, praticar o acolhimento humanizado com criação de vínculo, oferecer-lhes todas as informações necessárias, dar todo apoio a mulher desde a descoberta da gravidez com início do acompanhamento na atenção primária a saúde, por meio das consultas de pré-natal, garantindo que a gestante receba toda a cobertura necessária contemplando as necessidades demandadas por elas (BARRETO et al., 2013).

Nesse contexto o enfermeiro com todo o seu respaldo ético e legal deve realizar preferencialmente na primeira consulta de pré-natal o teste rápido anti-HIV para detectar precocemente a presença do vírus no sangue materno, pois o diagnóstico precoce possibilita a adoção de medidas mais efetivas com o intuito de intervir na redução das complicações materno-fetal, visto que conviver com o vírus não é fácil para a mulher principalmente quando associada a gestação (ALOCHIO; GOUVÊA, 2016).

É importante que a equipe multiprofissional tenha uma visão holística na prestação do cuidado no período gestacional e quando identificada e diagnosticada uma gestante soropositiva ao HIV, cabe orientá-la sobre o objetivo de sua adesão ao tratamento visto que a terapia antirretroviral (TARV) mostra-se necessária para garantir um melhor controle da infecção e redução da probabilidade de transmissão vertical (FARIA et al., 2014).

Diante do exposto objetiva-se com este estudo; Avaliar o perfil clínico epidemiológico de gestantes infectadas pelo vírus HIV atendidas na clínica obstétrica de um hospital regional no período de maio de 2014 à dezembro de 2016.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter retrospectivo, documental com abordagem quantitativa. O local eleito para realização da pesquisa foi o Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira, no município de Iguatu- Ce, localizado na rua Edilson de Melo Távora, s/n, vila centenário. Esse município situa- se em território brasileiro, na

região Centro-sul do Estado do Ceará, aproximadamente a 388 km da capital Fortaleza. De acordo com o último Censo do IBGE, em 2010 sua área territorial era de 1.029.214 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 93,76 (hab./Km<sup>2</sup>) e população de 96.495 habitantes. Entretanto, foi esperado que em 2015 essa população alcançasse os 101.386 habitantes (IBGE, 2010). A população do estudo foi composta pelos dossiês de mulheres gestantes atendidas na clínica obstétrica do Hospital Regional de Iguatu com sorologia positiva para o vírus HIV e que tenham realizado teste rápido na instituição.

O conceito de dossiê é utilizado para designar uma unidade de arquivamento que agrupa um conjunto de documentos sobre uma ação, um evento ou uma pessoa (BRASIL, 2005; CUNHA; CAVALCANTI, 2008). Os dossiês possuem nomes diferentes no Hospital Regional de Iguatu, como “pastas de informações”, “papeletas”, ou simplesmente, “prontuários”.

A amostra se deu pela análise do livro de registro de realização do teste rápido na sala de atendimento inicial das gestantes (sala de pré-parto) e, pelos dossiês das gestantes soro positivas atendidas no setor obstétrico do HRI no período de maio de 2014 a dezembro de 2016.

Foram selecionados apenas os prontuários que se enquadrarem nos critérios de seleção da pesquisa: Os critérios de inclusão serão: Prontuários de gestantes que realizaram o teste rápido para HIV e com resultado positivo; Só e somente só, prontuários compreendidos entre os anos de 2014 e 2016; Prontuários devidamente preenchidos e legíveis. Os critérios de exclusão serão: Prontuários rasurados e/ou incompletos; Prontuários que não pertençam ao período de estudo.

Com o intuito de alcançar os objetivos da pesquisa os instrumentos utilizados foram: o livro de registro da realização do teste rápido anti-HIV localizado na sala de atendimento inicial (sala de pré-parto) e os dossiês das pacientes selecionadas.

Dessa forma a coleta de dados foi realizada em 2 etapas, quais sejam:

- Primeira etapa: investigação nos livros de registro da realização do teste rápido pra HIV na sala de pré-parto, com confirmação diagnóstica da sorologia na gestante bem como registro da segunda confirmação realizada em laboratório.

- Segunda etapa: busca do prontuário dessas gestantes soro positivas no serviço de arquivo médico e estatística (SAME) do Hospital Regional de Iguatu.

A coleta de dados foi delineada por meio de um formulário estruturado de acordo com os seguintes dados:

Em primeiro lugar, os dados sociodemográficos das gestantes soro positivas como: (faixa etária, grau de escolaridade, ocupação, estado civil e município de procedência) atendidas no setor obstétrico do Hospital Regional e em segundo lugar, foram avaliadas as informações pertinentes a situação gineco- obstétrica da gestante como: ( idade gestacional, número de consultas realizadas durante o pré-natal, tipo de parto e se realizado ou não tratamento contra o vírus HIV durante o pré-natal), o que possibilitou uma visão mais detalhada da condição materno fetal desta mulher.

A análise dos dados consistiu em traçar o perfil clínico e epidemiológico de gestantes soro positivas para HIV que realizaram teste rápido no setor obstétrico do Hospital Regional de Iguatu-Ce no período de 2014 a 2016.

As informações foram coletadas, agrupadas e organizadas através do programa *Statistical Package of Social of Science* (SPSS) na sua versão 20.0, e em seguida foi feito o cruzamento de informações e demonstrados na forma de gráficos e tabelas de distribuição de frequência, permitindo uma melhor visualização, interpretação e compreensão dos resultados. Posteriormente os resultados encontrados foram comparados com achados da literatura.

É importante evidenciar que a pesquisa foi realizada respeitando os preceitos éticos e legais contido nas Resoluções nº 466/12 e nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em observância aos aspectos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa - CEP da Universidade Regional do Cariri através do Sistema CONEP/Plataforma Brasil, mediante o cadastro na plataforma Brasil, com vista a sua aprovação. O início da coleta de dados ocorreu após o parecer de aprovação de CAAE nº 65249417.6.0000.5055 e parecer nº 2.005.428

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos no estudo um total de 20 prontuários de gestantes soropositivas. Em relação aos dados sociodemográficos a faixa etária mais prevalente foi de 25 a 29 anos (35%), predomínio de baixa escolaridade, a maioria (60%) eram gestantes do lar sem nenhuma renda, (75%) gestantes solteiras e (55%) residiam em Iguatu. Quanto aos dados gineco-obstétricos prevaleceu a idade gestacional de 34 a 36 semanas (55%), (60%) realizaram menos de seis consultas de pré-natal, o parto mais prevalente foi o normal/vaginal (60%) e (80%) realizaram o tratamento contra o vírus HIV no pré-natal.

Nessa perspectiva, embora as outras faixas etárias tenham menores proporções de gestantes infectadas pelo HIV, cabe aos serviços de saúde e profissionais envolvidos no atendimento as gestantes ter um olhar voltado para todas essas gestantes e fazer um rastreamento de forma segura, independente da faixa etária a fim de intervir e evitar complicações futuras.

Percebe-se que a representatividade de gestantes com ensino fundamental incompleto é evidente dentre as usuárias atendidas no setor obstétrico do HRI, nesse sentido os dados apresentados acima são de suma relevância uma vez que o nível educacional das gestantes influencia no seu estilo de vida e em seus hábitos de saúde, principalmente em relação as medidas de controle da infecção, onde vale ressaltar que a escola é um relevante instrumento no que concerne a transmissão de conhecimento, dessa maneira a gestante com menor nível de escolaridade, provavelmente tenha menos conhecimentos em relação ao impacto do vírus HIV no curso gestacional.

De acordo com os dados do IBGE 2016, Iguatu conta com 102.013 habitantes, e que esses altos índices de gestantes soropositivas que residem em Iguatu deve-se um maior trânsito de pessoas vindo ao município devido a mesma ser a maior cidade da região centro-sul, e bem mais desenvolvida economicamente e culturalmente.

A pesquisa constatou que mais da metade das gestantes soropositivas (55%), tiveram seus filhos prematuros, ou seja, uma gestação pré-termo, nesse sentido Almeida et al. (2012), ressalta que a prematuridade pode ser definida como o nascimento abaixo de 37 semanas de gestação e que vem sendo um problema de saúde pública complexo, não podendo se trabalhar com a hipótese que apenas um fator de risco foi responsável, mais sim que as causas são múltiplas, visto que o desconhecimento da fisiopatologia dá prematuridade é uma das principais razões para que haja falha em sua prevenção. Também não se deve descartar as causas maternas, como por exemplo as infecções em que podemos mencionar a presença do vírus HIV no organismo materno que constitui como uma das causas que influencia a prematuridade.

Dessa forma, se faz necessário levar em consideração que associada a prematuridade, na maioria das vezes vem o baixo peso ao nascer do RN, o que causa ainda mais preocupação devido essas crianças apresentarem risco de complicação após o nascimento relevantemente superior se comparada às crianças a termo. Ressalte-se a necessidade de identificar e avaliar o histórico de saúde das gestantes com susceptibilidade a ter parto prematuro, buscando estratégias para reduzir as complicações.

Por meio dos dados representados verificou-se que 60% das gestantes soropositivas não realizaram o mínimo de consultas preconizadas pela OMS. Nunes et al. (2016), salienta que de acordo com o Ministério da Saúde apenas uma pequena parcela inscrita no programa de pré-natal, consegue realizar o mínimo de consultas preconizadas, deixando a desejar em várias regiões do país, principalmente nos grupos menos favorecidos economicamente e socialmente.

Os dados revelados se fazem de suma relevância, pois quase sua totalidade de gestantes soropositivas realizaram o tratamento com os antirretrovirais no período gestacional e como mostra, o caderno do Ministério da Saúde (pré-natal de alto risco), se realizado de forma correta reduz a carga viral e associado as outras medidas durante e após o parto reduz ainda mais as chances de transmissão para o bebê.

## CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto pode-se concluir que os casos de gestantes infectadas pelo vírus HIV, vem se mostrando alto se caracterizando como um problema de saúde pública. Nessa perspectiva identificou-se que a maioria da população de gestantes HIV - positivo, atendidas no setor obstétrico do HRI, são mulheres jovens em idade reprodutiva, a maioria solteiras, em situação socioeconômica de vulnerabilidade e com baixa escolaridade.

Relacionado a essa questão a maioria das gestantes tiveram seus filhos prematuros, as consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes não atingiram a média de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, o parto mais predominante foi o normal, e mais da metade das gestantes realizaram a tratamento contra o HIV durante o pré-natal, o que se torna relevante no que concerne a redução da transmissão vertical.

Considerou-se como limitação desse estudo, casos repetidos, ou seja mulheres que foram atendidas mais de uma vez no setor obstétrico, a ausência de informações em alguns dossiês, campos não preenchidos relacionados a escolaridade e informação sobre o tratamento. Diante disso se faz necessário aprimorar as informações registradas nos prontuários para que dessa forma permitam se realizar uma avaliação da situação sociodemográfica e gineco-obstétrica mais fidedigna.

Apesar de tais entraves mostra-se relevante a realização de pesquisas epidemiológicas desse tipo, pois permite evidenciar a situação local e microrregional, sendo necessário e relevante que haja a participação direta dos profissionais da saúde, meio acadêmico e gestores, com o intuito de possibilitar uma avaliação da problemática em análise e planejar a execução de medidas direcionadas a captação precoce dessas gestantes, para início do

pré-natal, visto que ele se mostra relevante em todo esse acompanhamento e que o tratamento possa ser realizado o mais precocemente possível no intuito de reduzir ainda mais os riscos da transmissão vertical.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C.; JESUS, A. C. P.; LIMA, P. F. T.; ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. M. Fatores de Risco Maternos para Prematuridade em uma Maternidade Pública de Imperatriz-MA. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 86-94, jun. 2012.
- ALOCHIO, K. V.; GOUVÊA, M. V. Formação e Prática de Multiplicadores Regionais em Testes Rápidos de Hiv. **Rev. Enferm. UFPE.** Recife, v. 10, n. 2, p. 780-7, 2016.
- BARRETO, C. N.; RESSEL, L. B.; SANTOS, C. C.; WILHELM, L. A.; SILVA, S. C.; ALVES, C. N. Atenção Pré-Natal na Voz das Gestantes. **Rev. Enferm. UFPE.** Recife, v. 7, n. 5, p. 4354-63, 2013.
- BRASIL. Arquivo Nacional. Dossiê. In: **Dicionário brasileiro de terminologia arquivística.** Rio de Janeiro, 2005.
- BRUN, L. F. **A Atuação da Enfermeira Durante o Pré-Natal da Gestante Soropositiva: Uma Revisão Integrativa.** 2011. 36f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.
- COSTA, C. S. C.; VILA, V. S. C.; RODRIGUES, F. M.; MARTINS, C. A.; PINHO, L. M. O. Características do Atendimento Pré-Natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013.
- CUNHA, M. B. da.; CAVALCANTI, C. R. de O. Dossiê. In: **Dicionário de biblioteconomia e arquivologia.** Brasília: Briquet de Lemos, p. 136-7, 2008.
- FARIA, E. R.; CARVALHO, F. T.; LOPES, R. S.; PICCININI, C. A.; GONÇALVES, T. R.; SANTOS, B. R. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-Natal. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 197-203, 2014.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2010.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=2305506>>. Acesso em: 17/09/2012.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2016.**
- MENEZES, L. S. H.; PALÁCIOS, V. R. C. M.; ALCÂNTARA, M. S. V.; BICHARA, C. N. C. Prevalência da Infecção por HIV em Grávidas no Norte do Brasil. **Rev. DST-J, bras Doenças sex Transm.** Pará, v. 24, n. 4, p. 250- 254, 2012.
- NUNES, J. T.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M. Qualidade da Assistência Pré-Natal no Brasil: Revisão de Artigos Publicados de 2005 a 2015. **Rev. Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

## AGRADECIMENTOS

A Universidade Regional do Cariri- URCA, Campos Avançado de Iguatu, onde comecei meus primeiros passos desta trajetória, as participantes da pesquisa e ao Hospital Regional de Iguatu-HRI, pela abertura do seu espaço para a realização deste estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DIALOGANDO COM A JUVENTUDE SOBRE O ECA: POSSIBILIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA

Edirlane Soares do Nascimento<sup>1\*</sup>, Raksandra Mendes dos Santos<sup>2</sup>, Wendersom da Silva do Amaral<sup>3</sup>, Reyjane Barros de Carvalho<sup>4</sup>, Andrea Conceição Gomes Lima<sup>5</sup>, Maria Luci Esteves Santiago<sup>6</sup>.

1. Profissional de Educação Física Residente em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina - Piauí - Brasil, edirlane1105@hotmail.co,

2. Psicóloga Residente em Saúde da Família e Comunidade, (UESPI), Teresina - Piauí - Brasil,

3. Cirurgião-Dentista Residente em Saúde da Família e Comunidade, (UESPI), Teresina - Piauí - Brasil,

4. Cirurgiã-Dentista Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, (UESPI), Teresina - Piauí - Brasil

5. Fisioterapeuta Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, (UESPI), Teresina - Piauí - Brasil

6. Profissional de Educação Física, Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, (UESPI), Teresina - Piauí - Brasil.

Email: edirlane1105@hotmail.com

Palavras-chave: Estatuto. Direito. Educação em Saúde. Saúde escolar.

### INTRODUÇÃO

O adolescente brasileiro tem sua proteção legitimada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), amparada pela lei nº 8.069/90 que dispõe sobre proteção integral à criança e ao adolescente através do acesso à informação, cultura, esportes, diversões, espetáculos, produtos e serviços apropriados para a sua faixa etária (BRASIL, 1990), somando a esses direitos, a saúde.

No que concerne o campo da saúde, vale lembrar que a promoção da saúde para jovens e adolescentes não se concretiza sem que haja parcerias intersetoriais que sejam capazes de formar caminhos entre o setor saúde e o envolvimento – participação e colaboração – de outros setores, e da própria comunidade, em especial das pessoas jovens e suas famílias, uma vez que as necessidades de saúde ampliada, desse público, acabam ultrapassando as ações do setor saúde (BRASIL, 2010).

O ECA assegura por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, com base no princípio da equidade na forma de acessar a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Sendo assim, a Atenção Básica (AB) é considerada porta de entrada e ordenadora do cuidado, para o acesso universal e igualitário aos serviços da Rede de Atenção à Saúde – RAS (PINTO; BURILLE; BARBOSA *et al.*, 2015). Dentro dessa rede, estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são cenários de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação de usuários (BRASIL, 2011), que é cenário para o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE), onde este é uma iniciativa intersetorial entre as equipes de AB e as escolas que pactuam territórios de responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2014).

Com propósitos semelhantes, surgem as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), que objetivam capacitar os profissionais de saúde para atuarem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) adequando-os para o modelo de atenção primária a saúde, bem como para aplicarem metodologias de construção de conhecimentos, atitudes e práticas com princípios éticos e político-sociais para o desenvolvimento permanente das transformações requeridas pela realidade (CHEADE; FROTA; LOUREIRO; *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a escola básica, a universidade, a assistência social e demais setores da sociedade civil organizada e a UBS, além de outros dispositivos sociais ou de saúde, se constituem como espaços propícios para discussão, garantia e luta pelos direitos e deveres desse público.

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é relatar uma ação de educação em saúde realizada por uma equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) com escolares, sobre o ECA, na cidade de Teresina-PI.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de cunho descritivo, de uma atividade de educação em saúde, realizada numa escola pública estadual de Teresina-PI por uma equipe multiprofissional de residentes em Saúde da Família e Comunidade da área de Serviço Social, Psicologia, Educação Física, Odontologia, Nutrição, Enfermagem e Fisioterapia. A ação ocorreu em agosto de 2016, no turno matutino, com participação de aproximadamente 50

estudantes de ambos os sexos, de 12 a 17 anos, que foi marcada também pela presença de alguns pais, à convite da escola.

A ação se deu mediante a solicitação da direção da escola, sendo a temática discutida fruto de necessidades observadas pelo corpo docente da referida instituição. A atividade foi desenvolvida no pátio da escola, durou aproximadamente 1 (uma) hora e foi organizada em dois momentos, um introdutório, que se deu através da apresentação, pelos residentes, de uma dança embalada pela música xote das meninas de Luiz Gonzaga, que enfatizava o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, ressaltando aspectos relacionados ao corpo, ao comportamento, as relações afetivas, enfatizando mudanças que exigem responsabilidades dos adolescentes, e compreensão dos adultos, que muitas vezes não entendem essas transformações como pode ser percebido na canção de Luiz Gonzaga. Sendo este o elemento disparador da discussão sobre direitos e deveres das crianças e adolescentes.

O segundo momento foi marcado pela discussão e criação de um mural de direitos e deveres. Para isto foram apresentadas aos estudantes afirmativas, retiradas do “ECA”, que seriam discutidas por todos os presentes e encaixadas no mural na categoria de direitos ou deveres. Foram ressaltadas questões referentes à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade proposta é parte essencial do planejamento do projeto intitulado #EducaMonte, que tem por objetivo contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento das crianças e escolares. O referido projeto é fruto de um processo de territorialização no bairro de adstrição da escola.

Nesse sentido, a territorialização é entendida como o reconhecimento do território segundo a visão das relações entre condições de vida, ambiente e acesso as ações e serviços de saúde (GONDIM; MONKEM, 2008). Esse processo de reconhecimento do território de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve refletir as novas maneiras de realizar o trabalho em saúde, em situações concretas que contribuam para produção da saúde (GOLDSTEIN; BARCELLOS, MAGALHÃES *et al.*, 2013). Além da equipe de Saúde da Família (eSF), a comunidade é peça fundamental na territorialização,

pois é ela que vai fornecer as informações necessárias para que o diagnóstico de saúde seja próximo ao fidedigno, a mesma é rica de informações sobre todos os aspectos: condições de moradia, de saneamento, saúde, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, etc., pois, como sabemos, as necessidades de saúde ampliada, da população, ultrapassam as ações do setor saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com Machado; Araújo; Dantas *et al.*, (2012) conhecer a realidade local torna-se bastante pertinente na perspectiva de considerar saúde em seu sentido ampliado, que supera uma visão de espaço meramente físico, entendendo-o como processo e produto das relações sociais.

Sendo assim, promover a tríade integração ensino – serviço – comunidade, legitimando-a como uma possível transformação na forma de ensinar, aprender, fazer saúde e efetivar essa mudança para professores, estudantes, gestores das Instituições de Ensino Superior (IES) e do SUS ainda é considerado um grande desafio (FERREIRA; FOSTER; SANTOS, 2012).

Essa interação deve acontecer por meio do trabalho pactuado entre os diversos sujeitos envolvidos no processo, resultando no aperfeiçoamento técnico das equipes, e, sobretudo, na melhoria da atenção a comunidade (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, a escola apresentou várias demandas, dentre elas, problemáticas como desrespeito às diferenças entre professores e alunos, bem como dentro do próprio grupo de alunos, e que esse era tema a ser abordado em caráter emergencial. Tal fato, nos motivou, no primeiro momento, a “sensibilizar” os escolares através da música Xote das Meninas, como uma breve reflexão do processo da adolescência e adentrar de fato na temática do ECA.

Assim, no tempo em que a letra da música se refere ao “ela só quer, só pensa em namorar”, procurou-se instigar os escolares sobre qual o entendimento deles a cerca dessa passagem na música, onde as interpretações foram surpreendentes, porque estes destacavam que a adolescência é uma fase em que provoca comportamentos e mudanças fisiológicas que afloram e que afetam diretamente em sua personalidade, em que os pais/cuidadores devem respeitar esse período, observando que tanto as crianças como os adolescentes têm direito de vivenciar tais experiências.

Na mesma nuance, a **responsabilidade** começa a ser discutida enquanto dever - premissa do ECA

- quando engloba as orientações que a família/cuidadores e sociedade civil organizada prestam à esses adolescentes, que nessa fase de “descobertas” parecem ficar mais vulneráveis socialmente e emocionalmente,



sendo necessário assim, suporte/amparo à esse público, através de seus direitos e deveres legitimados legalmente, como mencionado inicialmente nesse trabalho.

Mas que responsabilidade essa? Fazendo alusão à letra da música apresentada, quando essa “menina” começa à descobrir coisas novas, a passar por essa série de transformações, muitas vezes envolvidas pela curiosidade, e temos que falar “imaginariamente” por exemplo, em um caso de gravidez indesejada, onde começam os direitos e os deveres dessa pessoa? Quais serão os encaminhamentos da família/cuidadores/sociedade para que isso não ocorra?

E foi a partir dessas indagações que começaram a surgir as “respostas”. O **diálogo** deve ser uma fonte cultivada sempre nesse processo, a **confiança**, o **cuidado**, a **corresponsabilização** de todos os atores envolvidos para/na garantia dos direitos das crianças e adolescentes.

O próprio ECA valoriza isso quando expõe que o direito ao respeito deva ser pautado na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, envolvendo ainda a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (BRASIL, 1990).

Neste sentido, o processo dialógico entre a equipe de profissionais da residência e os escolares foi se perpetuando através das chuvas de ideias que vinham da plateia em forma de palavras-chave, que enaltecia o (des/re)conhecimento dos participantes a cerca do ECA. Palavras como estudar, lazer, tarefas domiciliares, jovem aprendiz, trabalho, e outros foram temas que constituíram o mural, sobre o que é direito e o que é dever da criança e do adolescente.

Como potencialidade, destaca-se que o público se mostrou muito participativo, apesar de apontarmos que inicialmente foi difícil obter a atenção dos participantes. Verificou-se ainda um pouco de dificuldade dos participantes em discernir a diferença entre direitos e deveres dos adolescentes, preconizados pelo ECA.

## CONCLUSÃO

Podemos concluir através da ação, que enquanto atores sociais (escola, equipe da residência, sociedade civil organizada, UBS e outros), precisamos proporcionar novos espaços e provocar mais discussões a cerca dos direitos e deveres da juventude, a fim de mobilizar e garantir que esses sejam atores sociais, pautados na execução e gozo da cidadania, como fortalecer as ações promotoras de saúde entre escola e a AB, para que seja possível fomentar diálogos sobre a saúde em seu conceito ampliado, em ambos seguimentos.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 28 de ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**./Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 25 jun. 2011n. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- CHEADE; FROTA; LOUREIRO; QUINTANILHA. Residência Multiprofissional em Saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enferm**, v.18, n3, p592-5, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Sabrina%20Moura/Downloads/46360-176112-1-PB%20(1).pdf. Acesso em: 05 de jul. de 2017.
- FERREIRA, J.B.B.; FOSTER, A.C.; SANTOS, J.S. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n.1, p.127-1332012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200017)>. Acesso em: 30 de ago. 2017.
- GOLDSTEIN, R.A.; BARCELLOS, C.; MAGALHÃES, M.A.F.M.; GRACIE, R.; VIACAVAL, F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciência & Saúde**

**Coletiva**, v.18, n.01, p.45-56, 2013.

GONDIM, G. M. M; MONKEM, M. Territorialização em Saúde. In: PEREIRA, I.S., LIMA, J.C.F. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MACHADO, M.C.; ARAUJO, A.C.F.; DANTAS, J.P.; LIMA, A.O.M.; LIMA, T.A.S.; SARMENTO, C.L. Territorialização como ferramenta para a prática de residentes em saúde da família: um relato de experiência. **Revista de Enfermagem**, UFPE on line, v.06, n.11, p.2851-7, 2012.

PINTO, H.A.; BURILLE, A.; BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A. Avaliação da atenção básica: a ouvidoria ativa como estratégia de fortalecimento do cuidado e da participação social. **Saúde em Redes**, v.1, n.4, p.15-26, 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Universidade Estadual do Piauí (UESPI) pelo apoio ao projeto #EducaMonte, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) pelas metodologias ativas, as equipes de Saúde da Família (eSF) e as escolas que abraçam as ações de educação em saúde da RMSFC.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EMPODERAMENTO DE IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ESTRATÉGIA EDUCATIVA

Huana Carolina Cândido Morais<sup>1\*</sup>, Leyliane Brito Nascimento<sup>1</sup>, Igor Cordeiro Mendes<sup>1</sup>, Liene Ribeiro de Lima<sup>1</sup>, Sara do Nascimento Cavalcante<sup>1</sup>

*1 Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATOLICA). Quixadá-Ceará-Brasil.*

*Email: huanacarolina@yahoo.com.br*

*Palavras-chave: Empoderamento. Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Idoso. Atenção Primária.*

### INTRODUÇÃO

Tanto no contexto mundial como a nível nacional, observa-se um acelerado aumento da população idosa. Com isso, o perfil epidemiológico brasileiro será caracterizado pelas doenças crônicas, determinando uma elevação progressiva da morbimortalidade nesse grupo, tornando-se um desafio para os serviços de saúde (MENDES, 2012). Nesse contexto, é essencial capacitar os indivíduos por meio de estratégias de promoção da saúde, possibilitando o desenvolvimento da autonomia para o enfrentamento das doenças crônicas (BRASIL, 2002).

Existem diferentes meios de intervir sobre as doenças crônicas, dentre eles destacam-se as ações educativas voltadas para mudanças de comportamento e capacitação dos idosos para o autocuidado, por meio do empoderamento, dando-lhes autonomia nos processos decisórios clínicos. O empoderamento é um estado de poder que possibilita aos indivíduos obter controle sobre suas vidas e participar de forma democrática e proativa nas decisões voltadas tanto para o contexto social como para questões no âmbito individual (SALCI et al., 2013).

Nesta perspectiva, a construção do conhecimento depende de uma abordagem participativa entre profissionais de saúde e usuários. Assim, a formação de grupos constitui-se como uma estratégia essencial, por permitir a construção compartilhada de saberes dos indivíduos envolvidos, proporcionando de tal forma, um processo educativo não limitado apenas à transferência de informações (MENDONÇA; NUNES, 2015).

A Atenção Primária à Saúde (APS) como primeiro nível de cuidado à saúde apresenta potenciais para o desenvolvimento dessas estratégias, configurando-se como meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde, construindo mudanças sociais mais profundas (GOTARDO, 2011). Ademais, as ações educativas quando destinadas aos idosos, configuram-se como ferramentas essenciais para o desenvolvimento da capacidade de intervir sobre suas próprias vidas e no ambiente com o qual interagem (ARAUJO, 2012).

Diante dessa realidade foi realizada uma reflexão acerca do quanto à educação em saúde é importante, sendo uma das estratégias para promover o empoderamento, e quanto ela é negligenciada, especialmente na APS do interior cearense, que deveria ser o foco de atuação na prevenção e agravamento de doenças e promoção da saúde.

O presente estudo mostra-se relevante por permitir ao público alvo, desenvolver e formar a consciência crítica por meio do empoderamento, tornando-lhe capaz de atuar de forma positiva sobre o processo de saúde-doença. Além de servir de apoio para a adoção da estratégia de educação em saúde no trabalho com grupos, por parte dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros. Assim, o objetivo da pesquisa foi avaliar os efeitos de uma atividade de educação em saúde no empoderamento de idosos portadores de doenças crônicas.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de intervenção educativa, realizada em uma Unidade Básicas de Saúde (UBS) da zona rural do município de Senador Pompeu/CE. A população do estudo foi composta por idosos acompanhados na UBS referida. Os critérios de inclusão foram: idosos, ou seja, idade superior ou igual a 60 anos, com diagnósticos médicos de algum tipo de patologia crônica. Os critérios de exclusão são: idosos que apresentarem dificuldades na capacidade de compreender as informações transmitidas ou manter comunicação verbal adequada.

A educação em saúde ocorreu em quatro encontros semanais, mediante a formação de um grupo composto por idosos convidados por intermédio do profissional enfermeiro e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com duração de 60 minutos. O primeiro encontro realizou-se no dia da consulta destinada ao público em questão, onde foram fornecidas orientações sobre o desenvolvimento da pesquisa. Os idosos que demonstraram interesse e disponibilidade em participar, se dirigiram a um espaço reservado na unidade, a fim de dar início as atividades

propostas. Os demais encontros ocorreram na unidade, com data e horário definidos com os participantes, a fim de torná-los acessíveis a todos.

A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2016, por meio da aplicação de protocolos de educação em saúde. As abordagens em saúde tinham as temáticas referentes à motivação e autoconhecimento do idoso com o intuito de desenvolver o raciocínio crítico para o autocuidado e a capacidade de gerenciar as condições crônicas. A proposta metodológica para as intervenções educativas teve como base o trabalho de Costa (2014), mediante expressa autorização da autora para a utilização e adaptação das atividades propostas. Os conteúdos foram repassados por meio de dinâmicas lúdicas e interativas com abordagem para o empoderamento. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, pelo relato da pesquisadora que executou as abordagens de educação em saúde. O estudo em questão atendeu todos os princípios éticos de pesquisas com seres humanos (nº 1.698.155).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 10 idosos, com predominância do sexo masculino, aposentados, com etnia parda, ensino primário ou analfabetos. Este perfil sociodemográfico corrobora para a realidade do local de estudo, caracterizado pelas diferenças de contexto entre algumas regiões do país comparadas ao Nordeste, em especial aos idosos residentes em zona rural. O cenário de analfabetismo com renda de um salário mínimo da aposentadoria é comum no meio rural, pois reflete as dificuldades de acesso à educação e as condições socioeconômicas precárias da época, uma vez que frequentar escolas era privilégio de poucos. Aos meninos era atribuído trabalhar na agricultura, enquanto as meninas eram destinadas às tarefas domésticas (CLARES et al., 2011; SOUSA; SILVER; GRIEP, 2010).

Todos os entrevistados tinham hipertensão arterial diagnosticada e alguns apresentavam diabetes mellitus, concomitantemente. Esses dados são compatíveis com algumas literaturas, nas quais a hipertensão arterial é apontada como a causa mais frequente de demanda e consultas nos serviços de saúde, seguida pelo diabetes mellitus (PIMENTEL et al., 2011; CLARES et al., 2011). O conhecimento acerca dos aspectos inerentes às informações socioeconômicas e de saúde, apresentam-se como instrumentos básicos para direcionar as ações de promoção da saúde aos idosos portadores de doenças crônicas.

A seguir serão apresentadas as atividades de educação em saúde executadas nos quatro encontros. No primeiro encontro foram realizadas as dinâmicas: Caixa de surpresas e Árvore da felicidade. A primeira atividade proposta foi a dinâmica intitulada caixa de surpresas, com intuito de possibilitar uma integração dos idosos ao grupo, a qual favoreceu uma troca de experiências e um momento de descontração. Foi solicitado que cada idoso falasse um pouco sobre a pessoa que via na imagem refletida no espelho (ela mesma). Notaram-se dificuldades de alguns em falar sobre si, já outros se apresentavam mais espontâneos e até brincavam.

Em um segundo momento, foi solicitado que os idosos apresentassem uma dificuldade no cuidado a saúde, a qual gostariam de modificar. Destacaram-se as dificuldades no controle do uso de sal e na realização de atividade física. Além de modificar o consumo em excesso de café e alimentação rica em gorduras, controlar a pressão arterial e usar os medicamentos nos horários corretos. Percebe-se no relato dos idosos, que os problemas apresentados se configuram como uma barreira para o controle e manutenção dos padrões de saúde.

Situação similar foi identificada em estudo acerca das dificuldades encontradas no tratamento de doentes crônicos, por meio de estratégia educativa pautada em uma roda de conversa. Dentre os problemas relatados destaca-se, a alimentação apresentada como uma barreira quanto à restrição de certos alimentos, ausência de atividade física por relato de preguiça ou comodismo e dificuldade quanto ao uso da terapia medicamentosa relacionada aos horários prescritos (MANTOVANI et al., 2011).

Todos esses pontos foram fixados em uma árvore contendo frutos verdes, que conforme explicados ao grupo iam sendo trocados por frutos maduros à medida que essas barreiras fossem derrubadas.

No segundo encontro foi realizada a dinâmica dos balões sobre manejo e controle das doenças crônicas. De acordo com os relatos, observa-se que eles reconhecem as dificuldades encontradas no tocante à alimentação que influenciam diretamente na saúde e alguns até visualizam algumas alternativas para resolução do problema. No entanto, não dispõem do autocontrole e autonomia para optar por praticar o que é saudável.

Daí a importância de se realizar uma educação em saúde voltada para o desenvolvimento do raciocínio crítico, o qual leve os mesmos a ter consciência de suas escolhas, ressaltando sempre que a principal mudança parte de cada um e da forma como se empodera do conhecimento.

Nesse sentido, as estratégias para a promoção da saúde, de caráter empoderador, estão diretamente relacionadas à forma como esses sujeitos participam das decisões, e como conduzem suas escolhas, mostrando uma estreita relação entre o seu potencial de participação e a distribuição de poder nesses espaços (SOUZA et al., 2014).

No terceiro encontro, foi executada a dinâmica das plaquinhas na qual eram apresentadas imagens de alimentos e os idosos deveriam indicar ao levantar as plaquinhas (verde ou vermelha) se podiam ou não ingerir o alimento. A atividade proposta possibilitou visualizar que os idosos souberam identificar e argumentar sobre os alimentos apresentados, classificando os saudáveis e os que prejudicavam a saúde. Demonstravam firmeza em suas respostas e entusiasmo pelo fato de estarem respondendo corretamente. Quando algum participante do grupo errava a plaquinha, os outros corrigiam e apresentavam os argumentos sobre o erro.

Esta conduta observada reflete uma prática educativa pautada na pedagogia crítico-reflexiva ou problematizadora, necessária para um aprendizado efetivo. Parte do pressuposto de que o aluno (idoso) é um agente da transformação social, apto a detectar problemas reais e buscar para si soluções originais e criativas. Desta forma, é um sujeito constantemente ativo, observador, que formula perguntas e expressa ideias e opiniões (ALMEIDA; CARVALHO; PINAFO, 2013).

O quarto e último encontro destinou-se a buscar os resultados alcançados ao longo das intervenções propostas, baseado nas metas estabelecidas no primeiro encontro, a partir da colheita dos frutos da árvore montada no primeiro encontro. Apresentaram melhores resultados no alcance dessas metas, os idosos que tiveram maior assiduidade nas intervenções e participação nas discussões. Foi notória a melhora na autonomia e capacidade decisória dos idosos. A educação em saúde reflete um maior autocuidado, uma vez que, por meio das informações trabalhadas no coletivo, estimula o processo de construção de conhecimento, capacitando o idoso para tomar decisões quanto a sua saúde (FERRETTI et al., 2014).

## CONCLUSÃO

Constatou-se que a abordagem educativa destinada ao grupo de idosos, proporcionou resultados significativos no empoderamento em saúde. Dessa maneira, depreende-se que o método pautado no modelo dialógico, é capaz de produzir efeitos positivos no empoderamento de idosos doentes crônicos. As limitações deste estudo relacionam-se ao tempo de acompanhamento pequeno e tamanho da amostra reduzido. Além de ser observada uma precariedade de estudos em contextos semelhantes para comparação dos achados.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. F. P.; CARVALHO, B. G.; PINAFO, E.; A educação em saúde e as estratégias utilizadas para sua realização nos momentos formais da atenção básica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE UNIVERSALIDADE, IGUALDADE E INTEGRALIDADE DA SAÚDE: UM PROJETO POSSÍVEL, 2., 2013, Belo Horizonte. **ANAIS.....** Belo Horizonte: ABRASCO, 2013. <Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/009>. Pdf. Acesso em: 23 jan. 2016.
- ARÁUJO, V. S. **Nexos e desafios da educação em saúde para idosos na atenção básica. 71 f.** Monografia (Especialização em Gestão em saúde) – Universidade estadual da Paraíba, coordenação institucional de projetos especiais - CIPE. Campina Grande, 2012. <Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5186/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, 2002. 56 p. <Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 28 Fev. 2016.
- CLARES, J. W. B; FREITAS, M. C.; ALMEIDA, P. C.; GALIZA, F. T.; QUEIROZ, T. A. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de fortaleza-ce. **Rev. Rene**, Fortaleza, 12 (n. esp.), 2011. <Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_html\\_site/a14v12espn4.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_html_site/a14v12espn4.html)>. Acesso em: 2 nov. 2016.
- COSTA, D. V. P. **Empoderamento na educação em grupo de diabetes na atenção primária à saúde.** 2014. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. <Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/797M.PDF>>. Acesso em: 20 fev. 2016.
- FERRETTI, F.; GRIS, A.; MATTIELLO, D.; TEO, C. R. P. A.; SÁ, C. Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento de idosos sobre doenças cardiovasculares. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 16, n. 6, p. 807-820, 2014. <Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642014000600001](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000600001)>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- GOTARDO, K. **Promoção à saúde na atenção básica: estratégias do contexto brasileiro.** Porto Alegre, 2011. <Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/manual\\_promoprev\\_w eb.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_w eb.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2016.

- MANTOVANI, M. F. et al. Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão. **Ciência, cuidado e saúde**, v.10, n.1, p.157-161, 2011. <Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10842/pdf>>. Acesso em: 17 out. 2016.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: OPAS; 2012. 512p.<Disponível em:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 25 jan.2016.
- MENDONÇA, F. F.; NUNES, E.F. P.A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 397-409, Aug. 2015.<Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000200397](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200397)>. Acesso em: 11 Mar. 2016.
- PIMENTEL, I. R. S. et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e comunidade**. Florianópolis, v.6, n.20, p. 175 -181, 2011. < Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6\(20\)95](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6(20)95)>. Acesso em: 8 set. 2016.
- SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G. V.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B.Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, Mar. 2013.<Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072013000100027&script=sci\\_abstract&tlng=pt:>](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072013000100027&script=sci_abstract&tlng=pt:>). Acesso em: 11 fev. 2016.
- SOUSA, A. L.; SILVER, L. D.; GRIEP, R. H. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 625-631, 2010.<Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023866007>>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- SOUZA, J. M. et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p. 2265-2276, 2014. <Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/112691>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONCEPÇÃO E PRÁTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Isabella Lima Barbosa<sup>3</sup>, Luana Karen Lima de Oliveira<sup>1</sup> (IC), Sarah Fontenele Dias Lima<sup>2\*</sup>, Daniella Barbosa Campos<sup>6</sup>, Meyssa Quezado de Figueiredo Cavalcante<sup>5</sup> (PQ), Anna Paula Sousa da Silva<sup>4</sup> (PQ)

1. Acadêmico de Enfermagem no Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-CE;

2. Enfermeira pela Faculdade Nordeste (FANOR). Fortaleza-CE.

3. Enfermeira. Docente Fanor e do Centro Universitário Estácio do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-CE..

4. Enfermeira. Docente Fanor Devry Brasil. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza- CE.

5. Enfermeira. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará. Mestre em Cirurgia pela UFC/Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE.

Email: isabellaecampelo55@hotmail.com

Palavras-chave: Câncer de mama, ACS, Prevenção.

### INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se “metástase” para outras regiões do corpo. Dividindo-se drasticamente, estas células por sua vez são muito destrutivas e incontroláveis, estabelecendo a formação de tumores “acúmulo de células cancerosas” ou neoplasias malignas (INCA, 2011).

Molina, Dalben e Luca, (2003) descrevem que o câncer de mama no Brasil apresenta-se como um importante problema de saúde pública, isso fazendo referência não apenas a quantidade de pessoas acometidas, mas também o recurso financeiro utilizado para atuar no diagnóstico e tratamento dos pacientes.

O câncer de mama é mais comum em mulheres, seguido logo após pelo câncer de pele (não melanoma), com um percentual de cerca de 25% dos casos novos a cada ano. É uma doença que também acomete os homens, embora seja raro, representa 1% do total de casos da doença. Sendo uma patologia relativamente rara antes dos 35 anos em mulheres, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos, estatísticas indicam aumento da sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento.

Os principais fatores de risco conhecidos para o câncer de mama estão ligados à idade, aos fatores genéticos e aos endócrinos. A idade constitui o mais importante fator de risco, aumentando o perigo de desenvolver a doença em cerca de 70-80% dos tumores diagnosticados a partir dos 50 anos de idade (CANCER RESEARCH UK, 2011).

Alguns dos fatores são considerados para predisposição do seu aparecimento, tais como: história familiar, obesidade, sedentarismo, idade, menarca precoce, menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), ocorrência da primeira gravidez após 30 anos, nuliparidade, ingestão regular de álcool, mesmo em quantidade moderada, exposição à radiação, uso de contraceptivos orais (BRASIL, 2013).

O diagnóstico precoce do câncer de mama, por meio da mamografia de rastreamento, é fundamental, além disso, é necessário que as mulheres tenham acesso a informações sobre os cuidados e prevenção do câncer, bem como aprendam a realizar a auto palpação das mamas (BATISTA, 2016)

A mamografia, apesar de suas limitações, é apontada como a principal método diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial, capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecendo, assim, o tratamento precoce, mais efetivo, menos agressivo, como melhores resultados estéticos e eventos adversos reduzidos, é importante todas as mulheres saberem sobre a importância da detecção rápida precoce (SCLOWITZ et al, 2005)

Esse diagnóstico precoce do câncer de mama tem como fundamento o desenvolvimento de ações de educação e saúde, as quais possam orientar ao auto palpação das mamas de forma a detectar qualquer alteração ainda de forma inicial. Estas ações devem ser desenvolvidas, principalmente, pelos profissionais da atenção primária à saúde, os quais conhecem a comunidade e possuem assim um maior contato para o desenvolvimento destas ações (SILVA ET AL, 2015)

Nas Unidades Básicas podem-se realizar várias ações, sendo a educação em saúde e as relações com prevenção e promoção da saúde de responsabilidade de todos. Neste contexto, o enfermeiro é o responsável pela equipe na organização de ações de prevenção e promoção na detecção precoce do câncer de mama e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) também é um ator importante por ser o elo entre a comunidade e a unidade de básica de saúde (RAMOS, SANCHEZ, SANTOS, 2014)

O ACS tem como responsabilidade reconhecer seu território e as pessoas que habitam, fazendo levantamento das necessidades, encaminhando as demandas para a equipe e realizando educação e saúde nas visitas domiciliares a fim de promover a prevenção das doenças e promoção da saúde. (MACHADO ET AL, 2015)

Nessa perspectiva o ACS desenvolve suas ações nos domicílios de sua área descrita e junto à sua equipe de saúde da família e na unidade básica para programação e supervisão de suas atividades (BRASIL, 2006).

A realização desta pesquisa tendo como sujeitos os ACSs julga-se como necessária para maior atenção destes com a comunidade, especialmente no desempenho do papel de promover saúde e prevenir a doença, de forma que ampliem seus conhecimentos acerca do câncer de mama, melhorem suas ações e se estimulem a detecção do câncer de mama em prol da melhor qualidade de vida da população.

Sendo a detecção uma das questões de grande importância, na área da saúde da mulher, por ser o câncer de mama a maior causa de óbitos na população feminina, faz-se necessário que os ACS tenham capacitações na temática no qual façam com que desenvolvam intervenções intensivamente direcionadas à Promoção da Saúde mamária e que venham a acrescentar maiores conhecimentos ao meio científico e aos demais interessados.

Em face desta lacuna, o estudo ora desenvolvido se baseia na análise da concepção e prática dos ACS na detecção precoce do câncer de mama na atenção primária em Fortaleza-CE.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa tipo estudo transversal a qual tem como conceito de acordo com Hulley, et. al.(2015) é um delineamento no qual os sujeitos são selecionados e as aferições são feitas dentro de um período limitado de tempo, geralmente para estimar a prevalência de uma exposição ou de doença.

No tocante ao estudo transversal, as medições são feitas em um dado momento, onde fator e efeito são observados no mesmo momento histórico, e é possível estabelecer relações de causa e efeito a partir das associações entre as variáveis definidas, devendo-se ressaltar a necessidade de ter os objetivos claramente definidos, o que facilita a realização do estudo, trazendo menor possibilidade de erros, mostrando um trabalho com conteúdo (HADDAD, 2004).

A abordagem quantitativa considera que todos os dados possam ser quantificados, como exemplo as opiniões resultantes de uma entrevista, pois estas devem ser traduzidas em números para serem classificadas e analisadas. Está voltada para a generalização e objetivação dos dados, sendo possível assim a mensuração dos mesmos. A mensuração procura verificar e explicar a influência sobre alguma outra variável por meio de uma análise de frequência e correlações estatísticas é, portanto, um método baseado na experimentação e conhecimento dos ACS, mensuração e controle rigoroso de dados, assim o pesquisador deve permanecer neutro frente ao estudo (WILL, 2011).

### **Local e Período**

A pesquisa foi realizada em cinco unidades básicas de saúde da Coordenação Regionais de Saúde (CORES IV) no Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. O município de Fortaleza está localizada no litoral, compreendendo uma área territorial de 314,927 Km. A cidade tem uma população total estimada em 2.452.185 habitantes, dos quais 1.304.267 são mulheres e 868.117 compreendem as mulheres na fase reprodutiva (10 a 49 anos), atendidas em média por 265 equipes de SF (IBGE, 2016).

A eleição das unidades de saúde foi realizada por meio de sorteio. O período de aplicação dos questionários foi setembro e outubro de 2016, incluindo 32 agentes comunitários de saúde, da CORES IV, alocadas nas cinco unidades de atenção primária à saúde pesquisadas.

### **População e amostra do estudo**

A amostra do estudo é de 32 ACSs alocados na CORES IV do Município de Fortaleza-CE que estavam atuando na regional IV.

A escolha desse público-alvo justifica-se por serem profissionais que possuem maior vínculo com a população, fazendo papel de elo entre a comunidade e os serviços de atenção primária, com suas atribuições voltadas para a Promoção da Saúde.

No que concerne as perguntas sobre o câncer de mama, buscou-se reconhecer se as ACS sabem se o que é o câncer, quais os fatores de risco, estratégias para detecção precoce, orientação do autopalpação, exame de rastreamento e tratamento do câncer de mama.



Os dados foram coletados nas unidades de saúde da regional IV, no período de setembro e outubro de 2016. A pesquisa foi feita com 32 questionários sobre o conhecimento deles sobre o câncer de mama

Após a aprovação do projeto, realizou-se a apresentação de pesquisa para as chefias responsáveis pela a unidade onde os dados foram coletados, os responsáveis foram informados de todo os procedimentos realizados para a realização da coleta.

### **Primeira etapa: Aplicação dos questionários**

Durante a primeira etapa da coleta de dados, foi realizada uma visita a cada unidade de saúde selecionada, levando em mãos a autorização da SMS de Fortaleza (ANEXO A) e do Comitê de Ética (ANEXO B). Após nosso esclarecimento do pesquisador e o consentimento do coordenador, ocorreu a aplicação do questionário estruturado ao público-alvo – agentes comunitários de saúde.

A aplicação do questionário foi realizada no mês de setembro e outubro de 2016.

### **Análise dos dados**

Os dados quantitativos coletados seguiram para constituição do banco de dados no Statistical Package Social Science (SPSS) versão 20.0, para avaliação estatística analítica, entrecruzamento de variáveis, com utilização de testes estatísticos. Mostramos em tabelas para melhor compreensão dos resultados.

Foram calculadas as medidas estatísticas descritivas médias, medianas e desvios-padrão. Foram consideradas estatisticamente significantes as análises inferenciais adotando-se  $p < 0,05$ , e um nível de confiabilidade de 95%. As análises inferenciais com valor de  $p$  até 0,09 foram levados como indicativas de significância.

### **Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa seguiu as determinações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que trata dos preceitos éticos na pesquisa com seres humanos.

Nesse sentido, foi solicitado o consentimento das participantes, o qual se formalizou mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para tal, foram esclarecidos os objetivos, garantindo aos sujeitos da pesquisa o sigilo e o compromisso ético de mantê-los no anonimato, bem como livrá-los de qualquer constrangimento, dano moral e físico.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Pode-se perceber que a maioria dos agentes comunitários são do sexo feminino, correspondendo assim a 78% da amostra, enquanto que 22% eram do sexo masculino. Rocha, Barletto e Bevilacqua (2013) em sua pesquisa também observaram que a maioria dos ACS é do sexo feminino. Para o autor, esta evidencia dar-se por que a profissão do ACS esta ligada ao cuidado, a atenção, ao olhar sobre a família, enfim, ações que foram ao longo dos anos direcionadas mais para as mulheres do que para os homens.

Segundo Coriolano ET AL (2012, p. 54) o processo de educação permanente dos ACS deve ser envolvido com o processo de problematização, buscando inserir o ACS dentro do assunto abordado, identificando saberes e competências para que a compreensão seja realizada.

Com base nos resultados expressos, observa-se que há uma grande deficiência de conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde acerca do câncer de mama, desde a concepção inicial da doença, o desenvolvimento, bem como as estratégias de detecção precoce e tratamento.

Percebe-se que apesar dos ACS referirem conhecer o que é o câncer, eles não conhecem os fatores de risco, as estratégias de detecção e rastreamento, elementos essenciais para a ação destes profissionais, tanto na promoção da saúde, como na prevenção do câncer de mama.

Segundo Jardim ET AL (2013) o câncer de mama tem um bom prognóstico se detectado precocemente. Neste sentido, os autores desenvolveram uma capacitação com os Agentes Comunitários de Saúde para conscientizar os mesmos acerca de suas atribuições sobre o tema. Assim, observaram que ainda há muitas dúvidas ou mesmos conhecimentos errôneos sobre a patologia. A capacitação deve assim ser uma constante na atuação dos ACS para que possam, principalmente, reconhecer fatores de risco, sinais, atuando na prevenção destas doenças e na promoção da saúde.

Em relação a atitude dos ACS quanto ao câncer de mama, quando questionados sobre a importância da educação em saúde na detecção precoce a maioria respondeu que não sabe com 66%, enquanto que apenas 34% referiram conhecer a relação entre educação e detecção precoce. Destacando algumas falas dos ACS, tem-se: *“Orientar e fazer exames a partir dos 35 anos de idade”*. (S. L. M. M. A.); *“Faz toda diferença, por que o câncer*

*notado desde o início pode ser curado”. (T. M. F); “A importância é de se prevenir com palestras e fazer o auto exame.” (M. D. S. S); “A informação é importante para o esclarecimento e tratamento do câncer de mama.” (F. N. F. O.).*

Amaral, Pontes e Silva (2014) referem que a maioria das atitudes do ACS é condicionada ao que eles acham que é verdade, levando a ações impositivas para a comunidade em busca de “comportamentos ideais”, não considerando assim as particularidades da comunidade.

Para Silva (2016) o ACS tem entre suas atribuições ser um agente educador, levando a comunidade informações acerca da saúde e doença, orientando, informando e por fim, agindo com foco na detecção precoce de problemas ou potenciais problemas de saúde, bem como na promoção e prevenção da saúde, sendo seu trabalho essencial.

Em continuação do estudo e investigando os ACS sobre as atribuições dos mesmos na detecção precoce do câncer de mama, realizou-se um questionamento com múltipla escolha para que estes possam identificar o que não fazia parte das atribuições dos ACS em relação ao câncer de mama.

Os ACS responderam de formas diferentes ao questionamento, sendo que a maioria ficou entre o item “c” e o item “d”. Considerando que o item “c” esta incorreto, tem-se que 39% da amostra marcou como atribuição “saber reconhecer e identificar um caso suspeito e discutir os casos com os profissionais e gestores da Unidade de Saúde”.

O Resultado demonstra que ainda há necessidade sobre a formação e conhecimento dos ACS, tendo em vista que o percentual de profissionais que referiram não reconhecer suas atribuições sobre o assunto foram relevantes.

Considerando estes estudos, tem-se que os ACS poderiam auxiliar tanto na educação e orientação destas mulheres, principalmente, na discussão sobre os fatores de risco e ainda auxiliando na aproximação destas mulheres á Unidade de Saúde e aos profissionais.

## **CONCLUSÃO**

Esta pesquisa descreveu o câncer de mama, o qual ao longo dos anos tem ampliados seus indicadores morbidade e mortalidade, tornando-se na atualidade um problema importante na saúde pública e que por isso deve ser constantemente investigado e analisado, a fim de reconhecer os fatores, as formas de prevenção e conseqüentemente conseguir minimizar os altos índices de pacientes com câncer de mama. Ao abordar o câncer de mama, referiu-se também sua magnitude, fatores de risco, a importância do diagnóstico precoce, os exames e acompanhamento, e, sobretudo, a importância das Unidades Básicas de Saúde no desenvolvimento das ações que abordam este tema.

No íterim das Unidades de Saúde, destacou-se o papel do Agente Comunitário de Saúde, sua relação com o território, a comunidade e as atribuições que desenvolve em conjunto com as famílias e que são importantes para a prevenção de doenças como o Câncer de mama, bem como promoção da saúde.

Em relação ao ACS este estudo permitiu investigar o conhecimento e trabalho destes profissionais acerca do câncer de mama, principalmente das atribuições e atitudes para a prevenção do câncer.

Os dados, após coletados e analisados, fez perceber inicialmente que a maioria das ACS são do sexo feminino, ao analisar outros estudos, observou-se que esta predominância do sexo feminino em comparação ao masculino, dá-se na maioria das vezes a relação já cultural de que a profissão de Agente Comunitário de Saúde condiz a uma ação mais de cuidado e atenção as famílias,

Quando analisados sobre o conhecimento dos ACS sobre o câncer, obteve-se que os mesmos referem conhecer sobre câncer, mas quando direciona-se ao câncer de mama ainda há muitas dúvidas acerca do assunto, seja no reconhecimento dos fatores de risco, detecção precoce ou mesmo acompanhamento. Outro ponto importante a ser mencionado é que a maioria dos ACS realizaram curso introdutório há pouco tempo, o que somente deixa claro a necessidade de ações contínuas de educação permanente para estes profissionais.

Por fim, observou-se que apesar da importância do ACS como elo entre a comunidade e a Equipe Saúde da Família, o mesmo tem dúvidas sobre suas atribuições específicas, necessita de educação permanente e ajuda e monitoramento no desenvolvimento das suas ações.

Esta pesquisa serve como um alerta sobre a necessidade do desenvolvimento de ações de educação permanente para os ACS, a fim de qualificá-los e transformá-los em verdadeiros agentes da prevenção das doenças e da promoção da saúde.

## **REFERÊNCIAS**

AMARAL, Maria Carmélia Sales do; PONTES, Andrezza Graziella Veríssimo e SILVA, Jennifer do Vale e. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de

enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Interface (Botucatu) [online]. 2014, vol.18, suppl.2, pp.1547-1558. ISSN 1807-5762.

BATISTON, Adriane Pires. Detecção precoce do câncer de mama: conhecimento e prática de mulheres e profissionais da estratégia saúde da família em Dourados-MS. Disponível em: < <http://repositorio.cbc.ufms.br:8080/jspui/bitstream/123456789/114/1/Deteccao%20precoce%20do%20cancer%20de%20mama.pdf>> Acesso em: 06 de dez de 2016

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional do câncer implantando o viva mulher-Programa Nacional do controle do câncer do colo de útero e mama. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de câncer; 2006

CORIOLOANO, Maria Wanderleya de Lavor ET AL. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 37-59, mar./jun.2012 Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/7120/S1981-77462012000100003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 02 de dez de 2016

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Detecção Precoce. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce)> Acesso em: 17 de Nov de 2016

JARDIM, Naina Yuri Vieira et al. Capacitação dos ACS sobre câncer do colo de útero e de mama. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/660/658>> Acesso em: 07 de dez de 2016

MACHADO, Leticia Martins ET AL. Estratégia saúde da família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. Disponível em: <[http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22612/pdf\\_360G](http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22612/pdf_360G)> Acesso em: 20 de Nov de 2016

MOLINA, Luciana; DALBEN, Ivete; DE LUCA, Laurival A.. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 49, n. 2, p. 185-190, June 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000200039&Ing=en&nr=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000200039&Ing=en&nr=iso)>. access on 10 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000200039.x>

RAMOS, Maria Emilia S. P. ; SANCHEZ, Jaqueline Jesus; SANTOS, Lidiane Assis dos. A ação das políticas públicas na prevenção do câncer do colo do útero e mama na atenção básica em salvador-BA. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/410/641>> Acesso em: 20 de Nov de 2016

SILVA, Elaine Regina Prudencio da; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; CHEADE, Maria de Fátima Meinberg. Atuação dos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30359/19636>> Acesso em: 07 de dez de 2016

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## INTERLOCUÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FLUXOS E PRODUÇÃO DO CUIDADO

Isabella Lima Barbosa<sup>1\*</sup>, Nalyssa Chris da Silva Rodrigues<sup>2</sup>, Daniella Barbosa Campos<sup>3</sup>, Gerarda Selma Barbosa<sup>4</sup>, Christina Cesar Praça Brasil<sup>5</sup>, Anna Paula Sousa da Silva<sup>6</sup>

1. Doutora em Saúde Coletiva, Decente em Enfermagem na Fano|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil .
2. Enfermeira, Fano|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil.
3. Enfermeira, Preceptora Fano|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil
4. Assistente Social Prefeitura Municipal de Bela Cruz, Ceará, Brasil, .
5. Fonaudóloga, Doutora em Saúde Coletiva. Docente Universidade Fortaleza-Ceará-Brasil .
6. Doutora em Enfermagem, Docente em Enfermagem na Fano|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil.

Email:isabellaecampelo55@hotmail.com

Palavras-chave:.

### INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira reflete em uma nova sugestão de modificar a maneira de atuar com a doença mental no Brasil. Partindo de movimentos parecidos que ocorreram em diversos países, a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sugeriu a reestruturação da assistência à saúde mental (COELHO et al., 2014).

Tal movimento, compõe uma ação política e social que teve seu início na década de 1970, quando a institucionalização era o exemplo fundamental de cuidado no país. A indicação de alterar do modelo de assistência teve como influência as reformas que aconteceram na Europa e, em específico, o exemplo Italiano que tinha como foco o fim dos hospitais psiquiátricos e sua troca por serviços de atenção à comunidade e à saúde mental dos seus usuários.

Assim os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), surgem como cardeal ferramenta de operacionalização desse procedimento, pretendendo garantir um tratamento de alicerce territorial. São recomendados pelo Ministério da Saúde (MS) para atuarem como os organizadores das redes municipais de atenção em saúde mental (VASCONCELOS; PAULON, 2014).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam dispositivos estratégicos para a organização da Rede de Atenção em Saúde Mental. Devem estar circunscritos no espaço de convivência social daqueles usuários que os frequentam e interligado com a atenção primária à saúde, possibilitando o resgate das potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental (BARROS, JORGE, 2010).

Na atualidade, a Atenção Primária a Saúde coordena e organiza o fluxo dos pacientes em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), pelos meios de referência e contra-referência, onde o profissional de saúde se torna coo-responsável diante do seguimento deste usuário na rede de cuidados. Constituída por atuações e serviços de saúde articulados, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), atua em vários níveis de complexidade buscando priorizar a integralidade da assistência em saúde. Tendo como prioridade a Atenção Básica, que é sua principal forma de comunicação com o paciente, responsável por repassar uma atenção contínua, integral, multiprofissional e centralizada. Buscando resultados sanitários e para a economia (BRASIL, 2014).

Diante os vários tipos de RAS ressalto a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que busca organizar os serviços da rede de saúde mental, fundada pela Portaria Ministerial nº 3.088 em 2011, com intenção de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para os usuários com algum tipo de transtorno mental, e/ou necessidade de tratamento por consequência do uso de crack, álcool e outras drogas. Assim, por meio do acolhimento e acompanhamento o acesso à saúde psicossocial no geral no âmbito territorial e do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Nesse sentido à APS tem papel importante na reestruturação e reorganização dos serviços de saúde, visto que a mesma pode favorecer o acesso em saúde mental a um maior número de usuários e reduzir o número de encaminhamentos de pacientes com quadros menos graves para a atenção especializada (MUNIZ, et. al., 2015). Sendo assim, a APS ao utilizar de suas ferramentas, como apoio matricial, plano singular terapêutico, grupos de

apoio social, tem a possibilidade de qualificar o acesso e suprir as necessidade de pessoas em sofrimento mental e reduzir a demanda aos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Diante das circunstâncias visualizadas, busca-se determinar e visualizar como é feita a interlocução da Atenção Primária à Saúde com a Atenção Psicossocial, onde, seguindo essa linha de pesquisa vamos observar quais os potenciais problemas visualizado pelos usuários, trabalhadores e gestores. Analisando as potencialidades, fragilidades e desafios que ainda persistem na rede de cuidados, proporcionando aos gestores melhor resolutividade, ampliação e qualificação durante o tratamento terapêutico.

Este trabalho torna-se relevante, pois tal análise possibilitará uma compreensão do funcionamento e articulação da rede, permitindo a formulação e proposição de estratégias que permitam qualificar a atenção às pessoas em sofrimento psíquico, bem como, sensibilizando os profissionais de saúde a produzir a longitudinalidade do cuidado com vistas a alcançar a integralidade da assistência, através da formação de vínculos, confiança, empatia e corresponsabilização, e partir desse conhecimento para organizar um cuidado baseado nas necessidades singulares de cada indivíduo.

Diante dos aspectos teórico-conceituais apresentados, questiona-se como é organizada as contribuições da APS em relação aos usuários de saúde mental, assim sendo, surgiram os seguintes questionamentos: *Como se dá a interlocução da APS com o CAPS geral? Quais são os fluxos que os usuários utilizam para buscar o cuidado na rede de atenção primária à saúde e na atenção psicossocial? Como é o acesso desses usuários dentro da rede de atenção? Nesse sentido o trabalho objetiva* analisar a Interlocução do Centros de Atenção Psicossocial com a Atenção Primária à Saúde

## **METODOLOGIA**

Optou-se pela pesquisa qualitativa dentro de uma perspectiva crítica e reflexiva, por possibilitar o entendimento do fenômeno social e suas relações no campo da saúde. O estudo foi desenvolvido no município de Fortaleza-Ce que está administrativamente organizado em seis Coordenações Regionais em Saúde (CORES) (I, II, III, IV, V e VI). Optou-se investigar um CAPS Geral e uma unidade de atenção primária a saúde (UAPS) da CORES II.

Os participantes da pesquisa foram usuários atendidos na rede de atenção psicossocial e atenção primária, os gestores dos CAPS e das APS e por fim os enfermeiros do Centro de Atenção Psicossocial Geral e da Estratégia Saúde da Família importante ressaltar que dentre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Considerando fundamental ter um conjunto diversificado de informantes para possibilitar a apreensão das semelhanças e diferenças delimita-se neste estudo alguns critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos participantes (MINAYO, 2013).

- Critérios de inclusão: Enfermeiros precisam possuir no mínimo um (1) ano de trabalho na ESF ou CAPS; Usuários devem ser assistidos na rede de atenção primária e psicossocial e que sejam atendidos no CAPS geral; Gestores precisam ter pelo menos um ano de experiência na gestão da APS e CAPS geral.
- Critérios de exclusão: Enfermeiros e gestores que se encontram ausentes por férias ou licença no período da coleta de dados; Usuários que possuam quadro clínico que invalidem sua participação na pesquisa (intensa agitação, sob sedação)

A coleta de dados ocorreu no período de Maio de 2017, através da entrevista semiestruturada, a entrevista buscou abordar questões subjetivas e objetivas e possibilita a obtenção de informações a partir das falas dos entrevistados, permitindo que o informante desenvolva uma narrativa longa, rica e cronológica, enfocando o tema da pesquisa. Os dados foram coletados em dois momentos: primeiramente foi realizada uma visita na unidade de saúde, visando identificar a disponibilidade dos profissionais, fazendo uma observação não participante, para obter uma melhor compreensão do contexto da pesquisa. No segundo momento ocorreu a entrevista em cada unidade, no qual foi conduzida com as questões norteadoras.

Para organização das informações, seguiram-se três etapas propostas por Minayo (1999) e retraduzidas por Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados, tais fases são inter-relacionadas, dinâmicas e inter complementares. A ordenação dos dados envolve a transcrição de entrevistas, leitura do material empírico; organização dos dados em diferentes conjuntos, a classificação dos dados permite a construção dos dados empíricos e por fim, a análise final dos dados que enfatiza o encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais, que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social.

A análise final foi orientada pela análise de conteúdo, com base em Minayo (2008). A autora enfatiza que, entre as possibilidades de categorização no campo da saúde, a mais utilizada é a análise de conteúdo temática, configurando-se como uma técnica que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objeto analítico visado. Os aspectos éticos foram respeitados acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/

Ministério da Saúde, que aborda as pesquisas envolvendo seres humanos e teve aprovação pelo comitê de ética com **protocolo nº 2.005.057** (BRASIL, 2012).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Produção do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico ofertado pela a atenção primária à saúde (APS)**

A saúde mental é uma necessidade de grande parcela da população que frequenta a atenção primária, devendo esta, se organizar para ofertar serviços e ações voltadas para esse público alvo. Entretanto o que se observa é que persiste uma limitação constatada através de ações reducionistas, à exemplo da medicamentação do sujeito, onde há renovação 'descriteriosa' de receitas, conforme observa-se nos relatos a seguir:

"Normal, eu venho e sou atendida [...] Vão na minha ficha, [...] passa para um médico e ele renova minha receita."  
(P1 – Unidade Básica de Saúde)

Esta prática de renovação de receita médica na atenção primária à saúde favorece a utilização indiscriminada de medicações, sem reflexões sobre a verdadeira necessidade de sua utilização pelo usuário. Para Alencar, Cavalcante e Alencar (2013) pouco ou nada é feito em relação à renovação de receitas e quanto ao uso dos medicamentos para estes usuários que, diante das suas particularidades e subjetividades inerentes ao processo da doença mental, podem apresentar limitações diversas para o uso correto dos mesmos.

Outro ponto que foi descrito pelos usuários da atenção primária à saúde, é que permanecem práticas cristalizadas de saúde, onde os profissionais mantêm uma postura conservadora e se restringem a realizar encaminhamentos, muitas vezes, desnecessários ao CAPS, como podemos verificar nas falas a seguir:

"Quando eu vim pro posto eles me encaminharam o CAPS, me apoiaram aqui e eu continuei o tratamento."  
(Usuário 02)

Para Quinderé et. al. (2013), a falta de capacitação e instrumentalização dos profissionais para intervir na saúde mental, gera, muitas vezes, um encaminhamento precipitando desses pacientes para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Lucchese, et. al. (2014) corrobora e afirma que diante da dificuldade relacionada à falta de conhecimento dos profissionais da APS, é comum o encaminhamento para serviços especializados, gerando uma sobrecarga desnecessária e elevada nesses serviços.

Podemos perceber nas falas dos usuários que atualmente a busca pelos cuidados na APS se resume a realização de exames mensais de rotina, isso é resultado da falta de acreditação e credibilidade das unidades de atenção primária na percepção dos usuários, influenciados pelo paradigma biomédico- positivista que dificultam os cuidados das pessoas com problemas mentais.

"[...] Só procuro o posto para exames de rotina." (P1 – Centro de Atenção Psicossocial)

Os problemas mentais interferem intensamente na vida do paciente, podendo afetar tanto o lado emocional, como apresentar a doença propriamente dita de ordem psicológica. Mesmo que nos dias atuais os tratamentos já estejam avançados e apresentados de diversas formas, ainda deixam a desejar diretamente na retomada ao convívio social do indivíduo e assistência integralizada. Na prática ainda existem várias barreiras em relação ao cuidado semelhante dos pacientes da saúde mental e os diversos (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013).

### **Fluxo dos usuários entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Atenção Primária à Saúde**

A partir das entrevistas com profissionais da Atenção Primária à Saúde e do Centro de Atenção Psicossocial traçou-se um mapa do fluxo dos usuários em saúde mental que utilizam-se desses dois serviços para buscar o cuidado, através desse fluxo visamos entender os caminhos que estes usuários percorrem para resolução dos seus problemas de saúde, bem como quais recursos existem para produzir o cuidado em saúde mental, e a partir desse conhecimento identificar as fragilidades da Rede de cuidados.

Destarte, é importante compreender o movimento dos usuários dentro da rede de atenção à saúde, porque isso nos permite avaliar como foi realizada a organização do serviço, se há capacidade de atender a demanda da população, por fim a resolutividade, e através dessa compreensão pode-se encontrar as fragilidades e potencialidades do serviço, que servirão de base para reformulação e reorganização do mesmo.

### **A coordenação do cuidado entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Atenção Primária à Saúde**

A coordenação da APS está relacionada com a comunicação entre os diferentes serviços e profissionais de saúde, sendo pautada pela transversalidade do cuidado que deve ser uma responsabilidade fundamental para

alcançar a integralidade em saúde. Entretanto o que se observa nas entrevistas é a falta de instrumentos efetivos de comunicação entre os serviços de APS e CAPS, como podemos visualizar a seguir:

“Então assim, não existe no sistema pra gente colocar encaminhamento para o CAPS, não tem comunicação, nós atendemos e nós mandamos para o CAPS como o CAPS atende e nos encaminha.” (P2 Atenção Primária à Saúde).

“Bom, [...] a UBS não quer se responsabilizar por estes pacientes que são atendidos no CAPS, principalmente os pacientes para renovação de receita.” (Profissional 2 – CAPS)

O que podemos visualizar nas falas é que o CAPS segundo Manfrê (2015), demonstra que na prática não existe comunicação entre os serviços e também não existe entre as equipes de saúde de um mesmo serviço, portanto o cuidado permanece fragilizado, individualizado e fragmentado.

Percebe-se que o compartilhamento de informações entre os serviços da APS e do CAPS, ainda permanece além do que é proposto, sendo necessário a formulação e implementação de ferramentas de comunicação que permitam o fluxo do usuário dentro das redes de atenção à saúde. É notório o quanto é preciso reforçar a composição de estratégias de saúde que proporcionem a criação e análise em relação as práticas ativas na atenção primária a saúde, diante desta população (PEREIRA et al., 2015). É importante salientar que a assistência ao paciente em saúde mental é responsabilidade partilhada pelos dois serviços, por isso a necessidade de implementação de uma comunicação efetiva para produzir um cuidado dentro da rede de atenção à saúde.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados observamos que uma das práticas de cuidado com os usuários em sofrimento psíquico é o acolhimento e a escuta qualificada realizada por enfermeiros da atenção primária, entretanto, observa-se que esse cuidado ofertado ainda é fragmentado e baseado no modelo médico- hospitalar, divergindo do proposto para tal serviço. Ressalta-se que ao buscar atendimento na atenção primária o usuário se depara com uma prática baseada na renovação de receitas de modo discriminado, sem o devido acompanhamento necessário. Tal prática de renovação sem avaliação resulta no uso abusivo de medicações, as vezes de forma incorreta, inviabilizando a conduta adequada e individual para cada usuário.

Percebeu-se também que os profissionais realizam encaminhamentos, muitas vezes, desnecessários entre as redes, que acabam confundindo o usuário sobre o perfil de atendimento do serviço, refletindo na insatisfação e falta de credibilidade dos usuários com os serviços. Outro ponto a ser destacado é que profissionais se sentem despreparados para cuidar dos pacientes em sofrimento mental, seja assistencial ou em sua equipe.

Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde oferecem e não relatam ausência de estratégias para atuar com os usuários em sofrimento psíquico na comunidade e tornar este cuidado mais holístico. Além de tratamento social para a melhor interação destes pacientes em seu território.

Os fluxos utilizados pelos usuários demonstram a falhas na rede de atenção à saúde, visto que os usuários ficam perdidos no emaranhado da rede, pois a inexistência de instrumentos de referência e contra referência dificultam a comunicação entre os profissionais do CAPS e APS. Percebe-se que os encaminhamentos são realizados de modo aleatório, sem o devido acompanhamento dos profissionais com estes usuários.

Nesse sentido, o papel da atenção primária no que se refere a coordenação do fluxo do paciente na rede de atenção à saúde está sendo banalizado, visto que não há uma responsabilização dos profissionais no cuidado em saúde mental destes usuários.

Assim é importante reforçar a necessidade de reformulação de estratégias que facilitem o caminho do usuário na rede de atenção à saúde, para que ele possa ter acesso ao cuidado em todos os níveis de complexidade, de modo que tenha um fluxo único e resolutivo.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

BERTELLI, Maria Angélica. **ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE ENCANTADO-RS**. 2014. 26 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem,

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (sc), 2014. Disponível em:

<[https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167534/Maria Angelica Bertelli - Psico - Tcc.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167534/Maria%20Angelica%20Bertelli%20-%20Psico%20-%20Tcc.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 06 jun. 2017.

BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; BOTEGA, Neury José. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo,

Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 7, p.1415-1426, jul. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013000700015>.

COELHO, Vívian Andrade Araújo et al. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 8, p.3605-3616, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO).



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ZEBRAFISH NOVO RUMO NA PESQUISA CIENTÍFICA: UM OLHAR BIOÉTICO

Alexandre Pinheiro Braga<sup>1</sup>, Antonio Carlos Rodrigues<sup>1</sup>, Rosendo Freitas de Amorim<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>2</sup> Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: yorgovitch@bol.com.br

Palavras-chave: Zebrafish. Alternativas aos testes com animais. Bioética. Pesquisa farmacêutica.

### INTRODUÇÃO

Dentre os animais de laboratório, o *zebrafish* (ZF) ou peixe-zebra é o mais recente vertebrado no universo da ciência, um teleosteo (3 a 4 cm), da espécie *Danio rerio* e tropical de água doce. Seu uso é defendido pelo fato de ser um animal de pequeno porte, de fácil trato, de manutenção pouco onerosa, de reprodução rápida e de seu genoma e sua homologia serem próximas às dos mamíferos (SILVEIRA, 2012).

O uso de animais não humanos como auxílio para os testes da ciência é uma questão que instiga a Bioética desde suas origens. Nesse aspecto, Schanaider (2004) descreve a evolução legislativa no Brasil no qual se inicia como o Decreto Federal nº 24.645 de 1934, que define a não violação do animal, presume infrações com multa e prisão pelos maus tratos, mas certifica a ação feita na intervenção científica (a Lei Federal nº 6638 de 08/05/1979 também normatiza esse ato). A Lei 6638 de 08/05/1998 enfatiza essa questão sob uma visão de crimes contra o ambiente.

Neste caminho, existe a importante Resolução 196/96 que legisla os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) – órgãos encarregados pelo julgamento ético dos projetos de pesquisa, precisando orientar e direcionar seus integrantes e a sociedade quanto a sua atribuição no controle social (BATISTA, 2012). Algumas são as atribuições desses comitês tais como: avaliar os projetos sobre a Ética; manter os protocolos arquivados; desempenhar um papel consultivo e educativo; e manter a comunicação com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e o Ministério da Saúde (MS).

Frajblat (2008) argumenta no seu artigo que a vigilância ética tenta, além de muitos outros aspectos, garantir a segurança dos animais usados nas pesquisas científicas e assim minimizar sua sofrência. O bem-estar dos animais está ligado à condução bioética dos técnicos de laboratório e conseqüentemente a confiabilidade da pesquisa, que deve ser assegurada pelo treinamento maciço da equipe laboratorial bem como a supervisão constante dos órgãos competentes. Por isso, o fomento sobre a precisão de um método científico e a importância da pesquisa devem ser noções essenciais para a deliberação de um cientista num trabalho usando animais (DAMY, 2010). Em contrapartida, Zorzetto (2013) afirma que as exigências éticas, a luta contra o tempo e a questão financeira são obstáculos para efetivação dos trabalhos científicos, provocando assim uma certa redução e/ou limitação do número de bichos utilizados e logo uma diminuição desses estudos na área biomédica.

Nesse universo, o trabalho tem o objetivo de refletir sobre a conduta, numa perspectiva bioética, do uso do peixe-zebra nos laboratórios de pesquisa atualmente frente às bases de dados científicos e os *site* eletrônicos recentes que abordam tal matéria.

### METODOLOGIA

Esse estudo foi uma revisão reflexiva descritiva, baseada dos textos científicos catalogados nas bases de dados eletrônicos do LILACS, PUBMED, SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO e dos noticiários da internet, do *Google*, que abordam a relação bioética no uso de *zebrafish* nos testes de laboratório científico. Para ajudar a pesquisa, foram usadas palavras-chave como peixe-zebra; alternativas aos testes com animais; bioética; censura científica. Estes textos foram pesquisados em português para identificar a posição científica nacional sobre assunto no Brasil.

A pesquisa abrangeu o período de 1950 a 2017, usando a revisão sistemática que, segundo Castro, em 2001, é uma metodologia que aborda uma inquietação particular e utiliza passos bem definidos e sequenciados para identificar, para investigar e para direção reflexiva dos textos, para analisar e fomentar os estudos.

Também se teve em utilizar as redações que explorem o desenvolvimento ético da prática laboratorial do uso do peixe zebra no Brasil, para definir e para fomentar essa ação com interpelações mais atuais. Isso é um debate sendo elaborado.

Após a busca com as palavras-chaves, os textos selecionados foram orientados pela pergunta: Foram levantadas questões bioéticas, positivas ou negativas, envolvidas na utilização do *zebrafish* na pesquisa médica no Brasil?

Em seguida, os dados foram agrupados por temas, pela sua significância e sua harmonia na elaboração da defesa do escrito. Foram usadas outras conformações de apurar os relatos como apreciação dos resumos, das palavras-chaves e data de publicação. Todas as prerrogativas tinham que estar no centro das questões definidas para elaboração desse estudo.

Para a verificação dos dados, examinaram-se os textos agrupados por temáticas, grupo a grupo, o que trouxe uma visão analítica dos escritos de assuntos bioéticos construídos sobre o manejo do peixe-zebra nas pesquisas da medicina no nosso país, facilitando assim a execução desse trabalho.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O início de pesquisas científicas usando *zebrafish* foi em 1950 (GEBAUER, 2010), por isso a pesquisa partiu deste ano até as análises presentes. Optou-se também, para enriquecer a pesquisa, com abordagens de bases não científicas como *Google*, por ser um assunto recente, poder-se-ia não encontrar dados suficientes para reflexão.

A quantificação dos textos foi tabulada para facilitar a análise e discussões:

BASE DE BUSCA	TOTAL ENCONTRADO	SELECIONADOS
GOOGLE	982	11
GOOGLE ACADÊMICO	0	0
SCIELO	0	0
LILACS	0	0
PUBMED	0	0

Pode-se constar a pouca quantidade de trabalhos científicos brasileiros relacionando à prática laboratorial científica com *zebrafish* e as questões bioéticas. Mas mesmo com todos os avanços tecnológicos da ciência médica, a técnicas com animais é precisa. No caso do peixe-zebra, este mesmo tendo uma classificação científica inferior em relação aos mamíferos, a preocupação com os aspectos éticos para o uso do primeiro na pesquisa deve ser levada em consideração ao incluí-los na avaliação do bem-estar, percepção da dor e levantamentos de nocicepção e métodos de anestesia e eutanásia (SIMNETTI).

No Brasil, o trabalho científico com *zebrafish* se iniciou muitos anos após o trabalho estrangeiro. No entanto, se evidencia um aumento da produção brasileira científica, comprovada pela utilização de suas referências no exterior. Nesta ótica, outros pontos são observados como a internacionalização dos artigos brasileiros, o aumento progressivo das relações entre os grupos brasileiros (GHENO, 2016).

## CONCLUSÃO

A ciência busca sempre novos modelos bioéticos experimentais para rever, aprimorar e substituir o uso de modelos animais, como o *zebrafish*. Como discutido, o trabalho com o peixe-zebra tem vários atributos, dando a essa técnica a importância necessária, mas ainda há muito para investigar sobre esta espécie, e melhorar a segurança e os métodos dessa pesquisa.

O conceito de bem-estar faz parte da Bioética na pesquisa biomédica. A possibilidade do uso de animais na pesquisa requer preservar a saúde mental e física dos animais em questão. Portanto, mais esforços para o avanço da pesquisa biomédica com peixe-zebra são fundamentais.

## REFERÊNCIAS

- BATISTA, K. T.; ANDRADE, R. R.; BEZERRA, N. L. O papel dos comitês de ética em pesquisa. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 27, n. 1, p. 150-155, 2012.
- BLANK, M.; VIANA, M. R. M. Peixes como animais-modelo na pesquisa: cuidados básicos para manutenção e bem-estar do peixe-zebra (*Danio rerio*). In: FEIJÓ, A. G. S.; BRAGA, L. M. G. M.; PITREZ, P. M. C. (Org.) *Animais na pesquisa e no ensino: aspectos éticos e técnicos*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.
- CASTRO, A. A. Revisão sistemática com e sem metanálise, 2001. Disponível em URL: <http://metodologia.org/wp-content/uploads/2010/08/meta1.PDF>. Consultado em: 06/08/2017.

- DAMY, S. D. et al. Aspectos fundamentais da experiência animal: aplicação em cirurgia experimental. *Revista da Associação Médico Brasileira*, v. 56, n. 1, p. 103-111, 2010.
- GEBAUER, D. L. P. Avaliação de padrões comportamentais induzidos por ansiolíticos em zebrafish (*danio rerio*), 2010.
- FRAJBLAT, M.; AMARAL, VERA L. L.; RIVERA, E. A. B. Ciência em animais de laboratório. *Ciência e cultura*, v. 60, n. 2, p. 44-46, 2008.
- GHENO, E. M. et al. Zebrafish in Brazilian Science: Scientific Production, Impact, and Collaboration. *Zebrafish: Mary Ann Liebert, Inc.*, v. 13, n. 3, p. 217-225.
- SILVEIRA, T. R.; SCHNEIDER, A. C.; HAMMES, T. O. Zebrafish: modelo consagrado para estudos de doenças humanas. São Paulo: *Ciências e Cultura*, v. 64, n. 2, p. 4-5, 2012. SIMONETTI, Rajla Bressan et al. Zebrafish (*Danio rerio*): Ethics in animal experimentation.
- SCHNAIDER, T. B.; SOUZA, C. Aspectos éticos da experimentação animal. *Revista Brasileira Anestesiol*, v. 53, n. 2, p. 278-85, 2003.
- ZORZETTO, R.; GUIMARÃES, M. Um peixe modelo. São Paulo: *Pesquisa FAPESP*, n. 209, 2013.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus, a nossa família pelo apoio incondicional em todos os momentos. As oportunidades abertas na inserção na vida acadêmica em pesquisa científica. Aos colegas, amigos e professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PUÉRPERAS ATENDIDAS NO BANCO DE LEITE HUMANO

Thais Aquino Carneiro<sup>1\*</sup>, Maria Williany Silva Ventura<sup>2</sup>, Mariana da Silva Diógenes<sup>2</sup>, Fernanda Cavalcante Fontenele<sup>3</sup>, Marielle Ribeiro Feitosa<sup>4</sup>, Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira<sup>5</sup>.

1. Enfermeira. Residente Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.
2. Enfermeiras. Residentes Multiprofissionais em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.
4. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.
5. Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará- Brasil.

E-mail: thais.aquino@gmail.com

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Enfermagem. Banco de Leite Humano.

### INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral do binômio mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade (BRASIL, 2015).

Dentre as ações de promoção do aleitamento materno (AM) estão as que são fornecidas pelos Bancos de Leite Humano (BLH), que têm se configurado como um dos mais importantes elementos estratégicos da política pública em favor da amamentação, sendo responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao AM (BRASIL, 2008).

As orientações para o AM realizadas pelos enfermeiros dos BLH compreendem as ações que geram mais segurança para a puérpera, a família e toda a comunidade envolvida nessa prática. Estas ações abrangem os cuidados básicos da mulher e do seu bebê para a manutenção da lactação evitando, assim, possíveis transtornos e indicando caminhos para o sucesso da amamentação como parte do trabalho dos bancos de leite (BRANCO *et al.*, 2015).

O puerpério é um período de intensas mudanças físicas e emocionais na vida da mulher, sendo necessária uma adaptação ao ser puérpera. A participação do enfermeiro é bastante importante neste período, pois, como educadores/cuidadores dão ênfase nas orientações, apoio e suporte à essas mulheres, compreendendo as necessidades envolvidas, realizando uma avaliação eficaz das dificuldades e enfrentamentos nesse período de transição, principalmente no que se refere ao aleitamento materno (CUNHA; SIQUEIRA, 2016).

Dessa forma, a enfermagem tem papel fundamental na orientação dessas mulheres no período puerperal, momento de muitas dúvidas e queixas relacionadas ao aleitamento materno. Portanto, uma assistência planejada, utilizando os diagnósticos de enfermagem de maneira direcionada e padronizada pode traçar intervenções e cuidados de enfermagem que possam orientar e prevenir o desmame precoce, estimulando a amamentação exclusiva até os seis meses de idade (ADAMY *et al.*, 2017).

O desmame precoce ainda é uma problemática bastante comum, sendo definido como o abandono, total ou parcial, do aleitamento materno antes da criança completar seis meses de vida. São várias as causas que levam ao desmame precoce. Dentre as principais causas de interrupção da amamentação temos a insuficiência do leite materno; má interpretação do choro da criança relacionando-o a fome; conhecimento deficiente das mães quanto ao aleitamento materno, dentre outros (MONTESCHIO; GAÍVA; MOREIRA, 2015).

Considerando a importância do AM para a promoção da saúde do binômio mãe-filho, e que o enfermeiro é o profissional que mais diretamente pode difundir, proteger e apoiar esta prática, este estudo objetivou analisar a importância da atuação do enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem no BLH.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, com abordagem quantitativa, realizado no Banco de Leite Humano de uma maternidade terciária de referência no Estado do Ceará, nos meses de maio a julho de 2017.

A população do estudo foi composta por 63 puérperas, de idade que variava entre 15 e 43 anos, que buscaram atendimento de enfermagem no BLH, por terem dúvidas e dificuldades durante o aleitamento materno.

A coleta de dados foi realizada a partir da pesquisa as fichas de consultas de enfermagem dessas puérperas, por meio de um instrumento, elaborado pelo pesquisador, contendo questionamentos relativos à caracterização da

população estudada, como: nome, idade, procedência; tipo de parto, local e data do parto; existência do contato pele-a-pele do binômio mãe/bebê logo após o nascimento; experiência anterior à amamentação; sexo do bebê; motivos da procura ao BLH e tipos de estratégias utilizadas durante a consulta, como: orientações, massagem, ordenha, translactação, entre outros.

A partir dessas informações, os dados foram computados e organizados em tabelas para uma melhor análise dos resultados. Além disso, os motivos da procura ao BLH foram organizados com base nas características definidoras e fatores relacionados/fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem referentes à amamentação da NANDA *Internacional*, versão 2015-2017.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer sob o número 1281309.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As puérperas apresentaram idade entre 15 e 43 anos, com predomínio de parto cesáreo 66,6% (42) e parto normal equivalente a 33,3% (21). Esse fato pode estar associado a falta de orientação e informações sobre as vias de parto durante as consultas de pré-natal (WESCHENFELDER; PEIXOTO; MARTINS, 2012).

O contato pele a pele da mãe com o recém-nascido imediatamente após o nascimento esteve presente em 41,2% (26), enquanto 55,5% (35) não vivenciaram este contato, referindo que os bebês foram apenas apresentados à mãe e depois levados para os primeiros cuidados. Além disso, 3,1% (2) dessas mulheres não apresentaram respostas quanto ao contato pele a pele durante a consulta de enfermagem.

A maioria dessas puérperas eram primíparas, ou seja, não possuíam experiência anterior com a amamentação 84,1% (53). Essa inexperiência no aleitamento materno pode ser um fator contribuinte para o desmame precoce, pela insegurança que essas mulheres sentem durante a alimentação do lactente em contraposição com as mães que já tiveram vivências de aleitamento, que possuem maior auto eficácia e menos dificuldades, preocupações e dúvidas referentes ao AM, conseguindo mantê-lo por tempo mais prolongado (ARAÚJO; TREVISAN, 2014).

Alguns dos diagnósticos de enfermagem encontrados, com base nas queixas das puérperas e que influenciam no desmame precoce foram: conhecimento deficiente, risco de infecção, ansiedade, leite materno insuficiente e risco de integridade da pele prejudicada.

O diagnóstico de conhecimento deficiente 24 (38%), envolveu diferentes dúvidas das mães quanto ao aleitamento como: cuidados com as mamas, massagens, ordenha do leite materno e o seu armazenamento e a frequência e duração de amamentação da criança. O fator relacionado para este diagnóstico remete à falta de informações recebidas durante a gestação e, até mesmo, após o nascimento do bebê acerca do aleitamento materno. Esse fato, mostra a necessidade de atividades educativas acerca do AM durante o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal, salientando a relevância do AM e os principais cuidados a serem realizados com as mamas, para que não surjam complicações mamárias (SKUPIEN; RAVELLI.; ACAUAN, 2016).

Dentre as puérperas analisadas, 19 (30,1%) apresentaram risco de infecção nas mamas, pelo trauma causado pelo posicionamento e pega incorretos do recém-nascido. Além das mudanças biológicas, neste período ocorrem também as modificações e adaptações psicossociais que podem gerar ansiedade, verificada em 13 (20,6%) puérperas. Muitas relatavam apreensão e medo no momento da amamentação, pois se achavam incapazes de alimentar o bebê e sentiam dor durante as sugadas, remetendo esse momento específico a um sentimento de desconforto e apreensão. Cabe ao enfermeiro dar suporte e orientações para essas mães para que essa ansiedade não influencie negativamente no aleitamento, levando ao desmame precoce (SANTOS *et al.*, 2015).

O diagnóstico de leite materno insuficiente identificado em 6 (9,5%) mulheres estava bastante vinculado ao fato da mãe não sentir as mamas cheias, bem como a produção reduzida nos primeiros dias do puerpério, o que as deixavam temerosas quanto à sua capacidade para produzir o volume de leite adequado para o crescimento e ganho de peso da criança. Ao apresentarem dúvidas sobre a quantidade de leite que o lactente deveria ingerir, algumas mães tomavam a iniciativa de introduzir outro alimento, sem procurar auxílio profissional para uma avaliação, fato esse que compromete o aleitamento materno exclusivo e seus benefícios para o binômio mãe/filho (AMARAL *et al.*, 2015).

Uma parte das puérperas (6,3%) apresentou risco de integridade da pele prejudicada, tendo como fatores de risco predominantes a alteração na sensibilidade e a presença de pele úmida (mamilos e mamas úmidas), referentes a pega inadequada da criança na mama.

## CONCLUSÃO

O estudo apresentou um breve perfil das puérperas, possibilitando melhor conhecimento da população atendida pelos enfermeiros do banco de leite, permitindo assim potencializar as orientações voltadas as necessidades

dessas mulheres, como estratégias de prevenção para problemas mamários que podem ser evitados. Além disso, pôde identificar os principais diagnósticos de enfermagem que podem levar essas mulheres ao desmame precoce.

A avaliação desses diagnósticos de amamentação direciona a assistência de enfermagem durante a fase puerperal, o que contribui para humanização durante o atendimento no banco de leite humano, direcionando a assistência de enfermagem para as reais necessidades das puérperas frente à amamentação.

O cuidado de enfermagem deve ir além das dimensões técnicas, tornando o cuidado individualizado e humanizado, contribuindo com a compreensão sobre a amamentação e a forma como as puérperas e suas famílias vivenciam o aleitamento materno.

## REFERÊNCIAS

- ADAMY, E. K.; LOPES, P. L.; GOULAR, M. P.; FRIGO, J.; ZANOTELLI, S. S. Amamentação no puerpério imediato: relato de experiência da implementação do processo de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 11, n. 1, p. 462-469, Recife, jan. 2017.
- AMARAL, L. J. X.; SALES, S. S.; CRUZ, G. K. P.; AZEVEDO, I. C.; JÚNIOR, M. A. F. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, p. 127-134, 2015.
- ARAÚJO, R. C.; TREVISAN, J. A. A importância do enfermeiro no incentivo ao aleitamento materno: uma revisão de literatura. **ICESP, Faculdade Promove de Brasília**, Brasília, 2014.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília: ANVISA, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SAÚDE DA CRIANÇA – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Caderno de atenção básica, n. 23. Brasília, DF, 2015.
- BRANCO, M. B. L. R.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; SOUZA, R. M. P.; CRUZ, A. F. N.; MARINHO, T. F. Promoção do aleitamento materno nos bancos de leite humano do estado do Rio de Janeiro. **Rev. Enferm. UFSM**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 434-443, jul-set 2015.
- CUNHA, E. C.; SIQUEIRA, H. C. H. Aleitamento Materno: Contribuições da Enfermagem. **Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, Rio Grande, v. 20, n. 2, p. 86-92, 2016.
- MONTESCHIO, C. A. C.; GAÍVA, M. A. M. MOREIRA, M. D. S. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 5, p. 869-875, set-out 2015.
- SANTOS, G. M. R.; COSTA, S. L. B.; MENDONÇA, B. O. M.; BARROS, E. J.; MONTA, R. M.; OLIVEIRA, V. C. C.; NOGUEIRA, D. S. Mitos e crenças sobre aleitamento materno que levam ao desmame precoce nas estratégias saúde da família no município de Firminópolis-GO. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v. 8, n. 4, p. 177-202, 2015.
- SKUPIEN, S. V.; RAVELLI, A. P. X.; ACAUAN, L. V. Consulta de enfermagem: prevenção de complicações mamárias. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 01-06, 2016.
- WESCHENFELDER, S.; PEIXOTO, H. M.; MARTINS, R. G. G. Levantamento dos aspectos sócio- demográficos e motivacionais em doadoras de leite humano. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 6, n. 2, p. 267-273, 2012.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos profissionais do Banco de Leite Humano da Maternidade referida por todo o apoio ao estudo.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## USO DE TECNOLOGIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Cecília Freitas de Araújo Mota <sup>1\*</sup>, Islene Victor Barbosa <sup>2</sup>

1. Enfermeira. Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Mestrado Profissional – Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da UNIFOR. Enfermeira Assistencial do Instituto Dr. José Frota-IJF.

E-mail: ceciliafamota@gmail.com

Descritores: Promoção da Saúde. Tecnologia. Doença Crônica. Enfermagem

### INTRODUÇÃO

A promoção da saúde surge com o estratégia para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas. Partindo do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de conhecimentos técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) foi um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, e está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais, ou seja, reforça a ideia de que a promoção da saúde é responsabilidade de todos os setores, pelos problemas e pelas soluções propostas em torno do processo saúde-doença-cuidado.

A evolução tecnológica na assistência à saúde e o processo de transição demográfico- epidemiológica têm influenciado o perfil das doenças da população brasileira. As intervenções sobre o meio ambiente contribuíram para reduzir as doenças infectocontagiosas. Por outro lado, o progresso científico e tecnológico nas condições de vida da população têm levado ao aumento da expectativa de vida e conseqüentemente a um maior risco de desenvolver doenças crônico-degenerativas. (MARTINS, 1996)

As doenças crônicas, em geral, estão associadas a diversas causas, apresentam-se progressivamente, possuem prognóstico incerto com longa ou indefinida duração. Sua evolução muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um cuidado contínuo que nem sempre leva à cura. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A tecnologia é um o conjunto de conhecimentos e princípios científicos que se aplicam ao planejamento, à construção e à utilização; sendo um excelente instrumento de apoio para o Enfermeiro desenvolver suas ações de promoção à saúde. Classifica-se em leve (ligadas aos procedimentos das relações, mais usadas no processo ensino-aprendizagem), leve dura (agregadas aos saberes estruturados, tais como as teorias) e dura (os recursos materiais) (COELHO; JORGE, 2009). Considerando a importância da promoção da saúde e do uso de novas tecnologias, este estudo teve por objetivo verificar as evidências científicas da utilização de tecnologias para promoção da saúde dos portadores de doenças crônicas, a fim de subsidiar as ações do Enfermeiro.

O interesse pela temática surgiu com o ingresso no Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, pois através de estudos, verificou-se a importância das novas tecnologias na prática de saúde. Espera-se com este estudo demonstrar a relevância do uso de tecnologias para promover a saúde dos doentes crônicos.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma técnica de pesquisa que reúne e sintetiza o conhecimento científico produzido, por meio da análise dos resultados já evidenciados nos estudos de autores especializados (SOARES et al., 2014).

Para o alcance do objetivo proposto, seguiram-se as etapas: (1) identificação do problema ou da temática (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de descritores); (2) estabelecimento de critérios para inclusão/exclusão de artigos (seleção dos artigos); (3) categorização dos estudos de acordo com as competências;

(4) definição das informações a serem extraídas dos trabalhos selecionados; (5) análise e discussão; (6) síntese dos achados evidenciados nos artigos analisados (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Para alcançar o objetivo do trabalho, adotou-se a seguinte questão norteadora: *Quais as evidências científicas da utilização de tecnologias para promoção da saúde dos portadores de doenças crônicas?* O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consultas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), utilizando os descritores: “Promoção da Saúde”, “Tecnologia”, “Doença Crônica” e “Enfermagem”. A equação de busca foi (tw:(“promoção da saúde”)) AND (tw:(“Tecnologia”)) AND (tw:(“doença crônica”)) AND (tw:(“enfermagem”))

Os critérios de inclusão delimitados para a pré-seleção dos estudos foram: artigos que contemplassem o objetivo proposto; indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE, IBECS e BDENF; publicados no período de 2008 a 2017; em língua inglesa, portuguesa ou espanhola. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, trabalhos publicados em anais de eventos, teses, dissertações e artigos de reflexão. A busca ocorreu no mês de agosto de 2017.

Os artigos encontrados nas bases de dados foram submetidos à leitura exploratória, seletiva e analítica, classificados por áreas temáticas por meio da qual foram aplicados os critérios de inclusão, sendo a amostra final desta revisão integrativa constituída por 5 artigos (Quadro 1).

	LILACS	MEDLINE	IBECS	BDENF	TOTAL
Produção encontrada	4	5	0	6	15
Artigos em português, inglês ou espanhol	4	4	0	6	14
Publicado no período estabelecido	4	2	0	6	12
Aborda a temática em estudo	2	2	0	3	7
Repetido	0	0	0	2	2
Total selecionado	2	2	0	1	5

QUADRO 1 - Processo de seleção dos estudos nas bases LILACS, BDENF, MEDLINE e IBECS. Parnaíba, PI, Brasil, 2017

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na caracterização dos artigos selecionados, observou-se que as tecnologias são instrumentos facilitadores para a promoção da saúde das pessoas com doenças crônicas, pois potencializam o sucesso do tratamento dando suporte para práticas mais elaboradas, científicas e rápidas, além de favorecer o envolvimento do paciente enquanto sujeito ativo de sua terapia.

Os profissionais envolvidos como autores dos estudos eram enfermeiros. Abaixo segue a síntese dos artigos que compuseram esta revisão. Parnaíba, PI, Brasil, 2017. (Quadro 2).

Base de dados	Título	Periódico, Ano de publicação Idioma	Delineamento metodológico	Resultados
BDENF	Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na atenção primária à saúde / Tecnologías de promoción de la salud en ancianos con enfermedades crónicas en la atención primaria de salud / Health promotion technologies in elderly people with chronic diseases in primary health care	Rev. enferm. UFSM; 5(3): 406-414, jul.-set. 2015. Português	P e s q u i s a exploratória, com abordagem qualitativa e de caráter descritivo	Duas categorias emergiram: Tecnologias empregadas na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas e Estratégias para emprego de tecnologias no grupo de idosos na Atenção Primária à Saúde. Destacaram-se as tecnologias leves (acolhimento humanizado e vínculo) e duras (glicosímetro, tensiômetro e outras), que foram escolhidas pelos profissionais para as atividades de promoção da saúde.



LILACS	Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas / Educational technology as a strategy for the empowerment of people with chronic illnesses / Tecnología educacional como estrategia de empoderamiento de personas con enfermedades crônicas	Rev. enferm. UERJ; 22(5): 603-609, sept.-out. 2014. Português	Estudo descritivo	A tecnologia educacional pode ser usada como estratégia de empoderamento de pessoas, considerando o envolvimento delas no grupo e o estímulo à reflexão, ao raciocínio, à troca de ideias e ao respeito mútuo.
LILACS	Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas / Reflexiones sobre el uso de actividades grupales en la atención a portadores de enfermedades	Ciênc. cuid. saúde; 8(supl): 148-154, dez. 2009. Artigo em Português	Artigo de reflexão	Uma das intervenções possíveis no acompanhamento da evolução dessas doenças ou de sua prevenção tem sido o uso da tecnologia de grupo para educação em saúde, prevenção de agravos, treino de habilidades, entre outras ações.
	crônicas / Thinking about the group activities for caring chronic diseasespatients			
MEDLINE	The nursing contribution to chronic disease management: a discussion paper.	Int J Nurs Stud; 46(1): 119-30, 2009 Jan. Artigo em Inglês	P e s q u i s a Bibliográfica	Os princípios não devem ser limitados pelas regras, mas por coisas que definem um olhar distintivo de enfermagem no sistema de saúde e em relação a outras profissões. O olhar deve incorporar as necessidades do paciente individual e do sistema de cuidados que eles habitam.
MEDLINE	Innovation in practice: mobile phone technology in patient care.	Br J Community Nurs; 13(4): 160, 162-5, 2008 Apr. Inglês	Q u a l i t a t i v a descritiva	Os telefones celulares estão se tornando um método importante para incentivar uma melhor comunicação entre enfermeiro e paciente e, sem dúvida, aumentará a aplicação nos próximos anos. Este artigo apresenta desenvolvimentos recentes e aplicações de tecnologia móvel para promoção da saúde e monitoramento de pacientes em doenças crônicas.

QUADRO 2 – Apresentação dos artigos segundo base de dados, título dos artigos, periódicos, ano, idioma, delineamento metodológico e resultados. Parnaíba, PI, Brasil, 2017.

Constatou-se que os artigos possuem abordagens relacionadas a estudos descritivos, sendo elencados eixos temáticos por categorias: pesquisa exploratória; artigo de reflexão; estudos bibliográficos.

O enfermeiro enquanto agente de promoção da saúde se utiliza de várias práticas para obter sucesso em seu trabalho. Através de diversos dispositivos, ele atua como facilitador, intermediando o conhecimento através das tecnologias para o cuidado, realizando suas ações de forma segura, para melhorar a vida do paciente. Várias são as tecnologias, cada uma com suas peculiaridades e importância, e a seguir serão apresentadas as conclusões dos estudos.

Penha (2015) em seu estudo apontou as tecnologias empregadas pelos enfermeiros na promoção da saúde dos idosos com doenças crônicas na Atenção Primária em Saúde. Dentre as tecnologias, vale destacar as tecnologias

leves (acolhimento humanizado e vínculo) e duras (glicosímetro, tensiômetro, balança e fita métrica), as quais foram escolhidas para as atividades de promoção da saúde pelos profissionais.

A tecnologia educacional foi testada como estratégia de empoderamento das pessoas acometidas por doença crônica não transmissível. O envolvimento no grupo, a reflexão a partir da realidade do outro, ouvindo, estimulando o raciocínio, a troca de ideias e o respeito mútuo, são consideradas tecnologias educacionais leves. A estratégia do trabalho em grupo, apresentou-se como a mais vantajosa, somando-se as palestras, conversas, panfletos informativos, entre outros. (BERARDINELL, 2014).

As atividades grupais são tarefas que requerem do profissional de saúde conhecimentos, habilidades e atitudes que não são ensinadas na graduação; portanto, faz-se necessária uma capacitação para que as atividades grupais deixem de ser banalizadas ou relegadas a simples passatempo/brincadeira. Deseja-se que elas possam ser, de fato, eficientes e de grande potencial de ajuda no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e especialmente no emponderamento dos participantes. (MUNARI, 2010).

Forbes (2009) questiona o cargo de enfermagem em relação às tecnologias que definem os sistemas quanto às distinções na natureza do olhar de enfermagem e às relações de poder dentro da força de trabalho de saúde. Ele afirma que essas tarefas inerentes da enfermagem são realizadas de forma instintiva pelo Enfermeiro, sem que este seja preparado de forma correta.

Um outro fator observado foi o uso de telefones celulares que se tornou um método importante para incentivar a comunicação entre enfermeiro e paciente, aumentando as possibilidades de cuidado e promoção da saúde (BLAKE, 2008).

Assim, os estudos enfatizam as diferentes formas de tecnologia que podem ser empregadas pelos Enfermeiros para promoção da saúde dos portadores de doenças crônicas, a fim de melhorar a adesão ao tratamento, propiciando qualidade de vida a esses indivíduos.

## CONCLUSÃO

A saúde vem apresentando intensas mudanças após a Constituição Federal de 1988. A divisão entre setores da saúde em níveis de atenção (primária, secundária e terciária) trouxe o benefício da descentralização do sistema e reforçou as práticas de promoção da saúde. Com o advento das novas tecnologias, os profissionais de enfermagem ganharam um aliado para desenvolver o cuidado de maneira mais dinâmica e efetiva junto aos usuários do sistema, fortalecendo a prática do cuidar especialmente aos portadores de doenças crônicas.

## REFERÊNCIAS

- BERARDINELL, L. M. et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 5, p. 603-9, 2014.
- BLAKE, Holly. Innovation in practice: mobile phone technology in patient care. **British journal of community nursing**, v. 13, n. 4, p. 160-165, 2008.
- BUSS, M. P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009.
- FORBES, Angus; WHILE, Alison. The nursing contribution to chronic disease management: A discussion paper. **International journal of nursing studies**, v. 46, n. 1, p. 120-131, 2009.
- MUNARI, Denize Bouttelet; LUCHESE, Roselma; MEDEIROS, Marcelo. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas-DOI: 10.4025/ciencuccidsaude. v8i0. 9742. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, p. 148-154, 2010.
- PENHA, A. A G. et al. Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 406-414, 2015.
- POMPEO; D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. 2009; 22(4): 434-8.
- SOARES, C.B.; HOGA, L. A.K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D.R.A.D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(2): 335-45. DE OTTAWA, WHO Carta. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**, p. 11-8, 1986.
- MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica.

**Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. 2013.

### **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo dom da vida e pelas oportunidades concedidas. Ao meu marido pela compreensão e apoio.  
Aos meus filhos, Letícia e Tiago, por serem a minha inspiração. À Professora Islene Victor pela ajuda e incentivo.  
À Universidade de Fortaleza (Unifor) por subsidiar a pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A VIOLÊNCIA NO AMBIENTE UNIVERSITÁRIO

**Soraya da Silva Trajano<sup>1\*</sup>(PG), Carla Christina Pereira da Silva Godinho<sup>1</sup>(PG), Cleibiane Vituriano de Souza<sup>1</sup>(IC), Natasha Teixeira Medeiros<sup>2</sup>(PG), Ana Paula Vasconcellos Abdon<sup>3</sup>(PQ), Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>3</sup>(PQ).**

1. Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará

2. Doutorado em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará

3. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará

E-mail:soraya\_trajano@hotmail.com

Palavras-chave: Estudante. Universidade. Violência.

## INTRODUÇÃO

Violência é a intenção de utilizar-se de meios, seja pela força física ou poder, como forma de ameaça ou ação contra si próprio ou contra outras pessoas, em que o desfecho pode resultar em danos a sua integridade física, psicológica, óbitos, deficiência de desenvolvimento ou perda (ROSA et al., 2010).

Devido ao aumento gradativo da violência e por ter um efeito destrutivo, as instituições de ensino tem oferecido maior atenção a essas questões. Com isso, as universidades buscam desenvolver pesquisas de intervenção sobre a violência, considerando que é um fenômeno social, complexo, multicausal e histórico que atinge toda a sociedade em diferentes graus. As reflexões acerca desta temática, acabam por corroborar com a solução ou minimização da violência, necessitando que haja o envolvimento de diferentes setores e ações de intervenção (SILVA et al, 2016).

Podem ser exemplificadas situações que envolvem violência nas instituições de ensino superior o trote universitário e a homofobia. O primeiro é visto como uma relação de poder e desigualdade, em que veteranos impõem aos alunos calouros participações em atividades que rompem com as questões éticas (COSTA et al, 2013). Na segunda forma de violência, quando no ambiente universitário, a vítima sofre preconceito por parte dos professores e estudantes acarretando danos psíquicos e diminuição da qualidade de vida levando até mesmo a casos mais graves (ALBUQUERQUE; WILLIAMS, 2015).

Portanto, pode-se observar que as relações interpessoais estabelecidas na universidade estão sendo marcadas por relações hierárquicas, baseadas em comportamentos competitivos ao invés do estímulo à solidariedade. A naturalização das desigualdades sociais entre alunos, professores e demais profissionais favorece a prevalência de situações violentas (SCHERER et al, 2015).

O objetivo deste estudo foi avaliar a visão do discente sobre a violência no ambiente universitário.

## METODOLOGIA

Realizou-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal e analítico, desenvolvido na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Ceará, desenvolvido no período de abril a junho de 2017. Trata-se de um recorte do projeto intitulado "Promoção da Saúde em população jovem: qual o papel da Universidade?" com aprovação do comitê de ética da Universidade de Fortaleza, parecer de número 1.795.390.

A população de estudo foi composta por 192 acadêmicos dos cursos da área da saúde, independente do sexo e com idade igual ou superior a 18 anos. Foram incluídos no estudo, acadêmicos regularmente matriculados em um dos 09 cursos oferecidos pela IES (Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Medicina e Psicologia). Foram excluídos gestantes, deficientes físicos e visuais pelas especificidades dos instrumentos de coleta.

Os participantes foram recrutados por meio de convite público utilizando redes sociais e cartazes fixados nos diferentes locais na universidade. Após leitura e explicação dos objetivos, dos riscos e dos benefícios do estudo, os participantes assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que representará sua autorização.

Após a seleção, aplicou-se o questionário Instrumento de Avaliação da Promoção da Saúde na Universidade - IAPSU. Utilizou-se apenas as informações sobre a participação em atividades sócio- culturais, atividades acadêmicas e violência. Os dados foram analisados pela estatística descritiva e inferencial, sendo as variáveis qualitativas apresentadas por meio da frequência relativa e absoluta. Utilizou-se o programa SPSS versão 20.0.

## Resultados e Discussão

Na presente pesquisa, utilizando o IAPSU, foi detectado que 104 (54,2%) acadêmicos responderam “bem” para a pergunta “como você se sente na universidade?” pela a escala de Likert, e para a variável “você se sente seguro na sua universidade?” 79 (41,1%) alunos revelaram que sentem-se “seguros” (Tabela 1).

Apesar dos resultados apontarem autorrelatos de segurança no *campus*, destaca-se que mais de 40% dos alunos discordam. Esse fato pode ter sofrido influência de fatores externos ao ambiente acadêmico como a violência urbana como mostra os achados do estudo de Rosa et al (2012). Nesse estudo verificou-se a existência de medo e insegurança presente na vida das pessoas resultante do crescente aumento da criminalidade na região.

Tabela 1. Distribuição das variáveis “bem-estar” e “segurança” segundo os universitários. Fortaleza, 2017.

Perguntas	n	%
<b>Como você se sente na universidade?</b>		
Mal	1	5
Regular	15	7,8
Bem	104	54,2
Muito bem	72	37,5
<b>Você se sente seguro na sua universidade?</b>		
Nada seguro	9	4,7
Pouco seguro	17	8,9
Razoavelmente	51	26,6
Seguro	79	41,1
Muito seguro	36	18,8

O convívio no ambiente universitário está relacionado à bem-estar, no que refere a diversidade de métodos de ensino, autonomia e flexibilidade, estabelecimento de vínculos e novos comportamentos e papéis sociais entre os estudantes (OLIVEIRA; SANTOS, 2016).

Percebeu-se também a influência positiva da participação dos alunos em atividades que promovem a “convivência universitária” e “afetividade e relacionamentos interpessoais” na sensação bem-estar autorrelatada obtida na pergunta “como se sente na universidade”, apesar de não significativo ( $p=0,243$  e  $p=0,160$ , respectivamente). No entanto, para a participação em atividades que promovam “autoestima e autoconhecimento” o mesmo não foi observado ( $p=1,00$ ) (Tabela 2).

Um estudo com 24 estudantes de uma universidade do Rio Grande do Sul mostrou que os alunos que participaram de atividades extracurriculares se sentem independentes, engajados, motivados e se redescobrem em novas áreas e aptidões contribuindo para o bem-estar geral do indivíduo pois tendem a se sentir bem consigo próprio (OLIVEIRA; SANTOS, 2016).

Tabela 2. Análise entre as atividades promovidas pela universidade com a sensação de bem-estar dos universitários. Fortaleza, 2017.

Participação em atividades	Sensação de bem-estar	
	Não % (n)	Sim % (n)
Convivência universitária		0,243
Sim	3,8 (2)	96,2 (50)
Não	10,0 (14)	90,0 (126)
Afetividade e relacionamentos interpessoais		0,160
Sim	3,6 (2)	96,4 (53)
Não	10,3 (14)	89,7 (122)
Autoestima e autoconhecimento		1,000
Sim	8,3 (4)	91,7 (44)
Não	8,3 (12)	91,7 (132)

Quanto a variável “existem situações de violência na universidade?”, 58 (30,5%) responderam que existem, destes, 49 (57,0%) apontaram a violência psicológica como o principal tipo e 50 (58,1%) alunos afirmaram que ele é praticada pelos próprios alunos (Tabela 3).

Tabela 3. Situações de violência presenciadas segundo os universitários. Fortaleza, 2017.

Variáveis	n	%
Existem situações de violência na universidade	?	
Sim	58	30,5
Não	132	69,5
<b>Tipo de violência</b>		
Violência Física	29	34,1
Violência Psicológica	49	57,0
Violência de Gênero	32	37,6
Violência Sexual	28	32,9
Quem pratica?		
Alunos	50	58,1
Professores	17	20,0
Funcionários	6	7,1
Pessoas externas à instituição	27	31,8

Um estudo realizado em uma universidade pública em São Paulo verificou que uma grande parte dos alunos que relataram terem sido vítima de violência severa durante o curso, tiveram uma percepção negativa sobre a avaliação da sua qualidade de vida e a tendência dos mesmos apresentarem depressão e burnout. (PERES et al, 2014).

A prática de *bullying* tem sido frequente nas relações interpessoais estabelecidas no ambiente de ensino. O número de alunos que sofrem com esse tipo de violência é constante, sendo que o tipo de *bullying* mais relatado é o verbal, relacional e físico. A maioria das agressões são feitas por meio de apelidos ou xingamentos denegrindo a imagem e ocasionando o sofrimento psíquico da vítima (ALMEIDA DOS SANTOS et al, 2014).

Uma revisão sistemática sobre violência escolar percebeu que a grande prevalência de violência psicológica contribuiu para susceptibilidade a evasão escolar por parte das vítimas (NESSELLO et al, 2014).

Um estudo mostrou que a maioria dos alunos já vivenciaram uma situação de violência, porém quando questionados sobre a definição de violência há uma associação frequente da violência somente com o tipo físico. As vítimas revelaram sentimentos de raiva e indignação com o episódio de violência vivido, no entanto, foram passivos diante da procura de ajuda (ROSA et al, 2010).

## CONCLUSÃO

Ao analisar-se a visão do discente sobre a violência no ambiente universitário, utilizando o IAPSU, foi detectado que os acadêmicos responderam que se sentiam “bem” e “seguros” na universidade. As situações de violência psicológica foram o principal tipo referido, sendo praticada pelos próprios alunos. Identificou-se também a influência positiva da participação dos alunos em atividades que promovem a “convivência universitária” e “afetividade e relacionamentos interpessoais” na sensação bem-estar autorrelatada. Ressaltam-se a satisfação e engajamento manifestados pelos alunos que participam de vivências universitárias.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. P.; WILLIAMS, L. C. A. Homofobia na escola: relatos de universitários sobre as piores experiências. **Temas psicol.**, v. 23, n. 3, p. 663-676, 2015
- ALMEIDA DOS SANTOS, J. et al. Prevalência e Tipos de Bullying em Escolares Brasileiros de 13 a 17 anos. **Rev. salud pública**, v. 16, n. 2, p. 173-183, 2014 .
- COSTA, S. M. et al. Trote universitário: diversão ou constrangimento entre acadêmicos da saúde?. **Rev. Bioética**, v. 21, n. 2, p. 350-358, 2013 .

- NESELLO, F. et al. Características da violência escolar no Brasil: revisão sistemática de estudos quantitativos. **Revista Brasileira Saúde Matern. Infantil**, v. 14, n. 2, p. 119-136, 2014.
- OLIVEIRA, C. T.; SANTOS, A. S.; DIAS, Ana Cristina Garcia. Percepções de Estudantes Universitários sobre a Realização de Atividades Extracurriculares na Graduação. **Psicol. cienc. prof.**, v. 36, n. 4, p. 864- 876, 2016 .
- PERES, M. F. T. et al. Exposição à violência, qualidade de vida, depressão, e burnout entre estudantes de medicina em uma universidade estadual paulista. **Revista Med (São Paulo)**, v. 93, n. 3, p. 115-24, 2014. ROSA, E. M. et al. Violência urbana, insegurança e medo: da necessidade de estratégias coletivas. **Psicol. cienc. prof.**, v. 32, n. 4, p. 826-839, 2012 .
- ROSA, R. et al. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 32, p. 81-90, 2010 .
- SCHERER, Z. A. P. Manifestação de violência no ambiente universitário: o olhar de acadêmicos de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem [internet]**, v. 17, n. 1, p. 69-77, 2015.
- SILVA, P. L. N. et al. Prácticas educativas sobre la violencia contra la mujer en la formación de universitarios. **Rev. Bioética**, v. 24, n. 2, p. 276-285, 2016 .

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio e incentivo na realização dessa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SABERES E PRÁTICAS DE INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS TIPO II ACERCA DO AUTOCUIDADO COM OS PÉS

Lilian Mirian Almeida Moreira<sup>1</sup>, Riani Joyce Neves Nobrega<sup>2</sup>, Natalia Bastos Ferreira Tavares<sup>3</sup>, Raimundo Tavares de Luna Neto<sup>4</sup>

1. Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil.

2. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil. Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do adolescente, da Universidade Estadual do Ceará.

3. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil.

4. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil; Curso de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade Vale do Salgado-FVS- Icó-Ceará-Brasil.

E-mail: lilianmirian17@hotmail.com

Palavras-Chave: Conhecimento. Autocuidado. Diabetes Mellitus. Pé Diabético.

### INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) destaca-se dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por sua alta prevalência mundial e sua capacidade para o desenvolvimento de agravos agudos e crônicos, especialmente quando o seu controle não ocorre devidamente (GOMIDES et al., 2013).

De acordo com Cubas et al. (2013) o DM representa um importante problema de saúde pública, inclusive por acarretar altas taxas de mortalidade quando comparada a outras doenças crônicas não- transmissíveis (DCNT).

Trata-se de um transtorno metabólico e degenerativo de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, incapacidade da insulina exercer adequadamente suas funções e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013).

O DM tipo 2 envolve cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido pelo DM tipo 1, que responde por aproximadamente 8%, vale destacar o diabetes gestacional, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto (BRASIL, 2013).

Trata-se de uma condição que pode desencadear uma série de problemas, que podem ser sérios e afetar significativamente a qualidade de vida do indivíduo e de sua família. Nesse sentido, uma das situações mais temidas está relacionada a amputações, que geralmente ocorre devido a uma complicação conhecida por pé diabético (FAJARDO, 2006).

Ochoa, Vigo e Pace (2005) destacam que o pé diabético é um estado de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associados a alterações neurológicas, caracterizadas por lesões que surgem nos pés de indivíduos com diabetes, que podem se complicar e causar traumas e até gangrena, resultando muitas vezes em amputações.

Desse modo, destaca-se a importância de práticas educativas no âmbito da Estratégia Saúde da Saúde (ESF), de forma contínua no sentido de esclarecer a respeito de condutas de autocuidado, especialmente para aqueles indivíduos com maior risco de desenvolvimento de complicações, como o pé diabético, a fim de torná-lo corresponsável pelo seu próprio cuidado (BRASIL, 2013).

A assistência de enfermagem deve estar voltada para o processo educativo que auxilie os indivíduos com DM a conviver melhor com sua condição, além de intensificar o desenvolvimento de medidas que minimizem os riscos e, que nesse caso, supere problemas e mantenha além de tudo, sua autonomia para que se tenha um bom controle metabólico e terapêutico (BRASIL, 2013).

Objetiva-se com este estudo: Analisar os saberes e práticas de indivíduos com Diabetes Mellitus sobre o autocuidado com os pés.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr José Renê Holanda Barreira que compreende os ESF Cocobó e Altiplano, situado na zona urbana do município de Iguatu-CE, município este localizado na Região Centro-Sul do estado do Ceará, distante 384 km de Fortaleza, capital do Estado. A cidade de Iguatu apresenta uma área de 1.029,214 km<sup>2</sup>, com população de 98.138 habitantes com clima semiárido e temperatura média de 26° C (IBGE, 2012).



O estudo foi desenvolvido com 12 indivíduos que tem diagnóstico de DM tipo 2, residentes na área de abrangência do cenário citado, obedeceu ao critério de saturação das falas quando começou a ocorrer redundância ou repetição das informações fornecidas pelos participantes da pesquisa a mesma será encerrada.

Amostragem por saturação é empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde, entre outras, utilizada para formar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos participantes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para seleção dos sujeitos da pesquisa: Está presente no momento da pesquisa na UBS nas consultas de Hipertensão; pertencer a área de abrangência a qual transcorrerá o estudo.

E como critérios de exclusão, considerar-se-á inaptas à participação no referido estudo; Os diabéticos que, no momento da coleta de dados, apresentou-se incapazes de responder aos questionamentos propostos.

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada, composta por questões que abordam os aspectos socioeconômicos e clínicos, bem como sobre aspectos pertinentes a temática. A entrevista foi gravada com o auxílio de um celular mediante aceitação do participante, a fim de manter a fidedignidade das falas.

Os dados foram analisados conforme a Técnica de Análise de Conteúdo, através da modalidade de análise temática, que de acordo com Minayo (2013), fundamenta-se em elaborar os núcleos de sentido, compostos na comunicação e que tem significado para objeto analítico.

Foram respeitados todos os preceitos éticos e bioéticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde que trata de pesquisas com seres humanos, o estudo foi submetido através da Plataforma Brasil para análise do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA), para as devidas apreciações éticas e aprovado sob o número do Parecer 1.596.739.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi composta por 12 participantes, dos quais sete (58,3%) eram do sexo feminino, enquanto cinco (41,6%) eram do sexo masculino, De acordo com os dados expostos, percebe-se que há uma distribuição maior de pessoas do sexo feminino, ultrapassando de forma discreta a quantidade de indivíduos do sexo masculino, corroborando, portanto, com os achados do estudo de Ochoa-Vigo e Pace et al. (2006), em que se constatou uma maior frequência de indivíduos do sexo feminino, com diabetes mellitus tipo II.

Quanto à faixa etária, observou-se que um (8,3%) possui idade entre 30 e 40 anos, um (8,3%) entre 41 e 50 anos, seis (50%) entre 51 e 60 anos e quatro (33,3%) possuem mais de 60 anos, como evidencia a tabela 02.

No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que 10 (83,3%) são casados(as), um (8,3%) é solteiro(a) e um (8,3%) é viúvo, as características do contexto familiar, mais especificamente o estado civil, estão significativamente relacionadas ao comportamento de autocuidado do paciente, e o companheiro (a) por sua vez, é capaz de adotar mudanças no estilo de vida imposta pela doença para estimular o parceiro (MIRANZI et al., 2008).

A importância da participação e integração da família no plano de tratamento da pessoa com DM é primordial, tendo em vista o apoio fornecido no próprio domicílio incentiva o indivíduo a participar do seu próprio cuidado e a está atento para os riscos e danos que o DM pode proporcionar (MARTIN; 2012).

Evidenciou-se ainda que sobre a renda familiar quatro (33,3%) dos indivíduos participantes possuem renda de um salário mínimo, cinco (41,6%) possuem renda de até dois salários mínimos e três (25%) possuem renda de três ou mais salários mínimos, constatando-se que a maioria dos entrevistados possuem uma renda familiar relativamente baixa.

Quanto a escolaridade, quatro (33,3%) são analfabetos, seis (50%) possuem ensino fundamental incompleto, um (8,3%) possuem ensino fundamental completo e apenas um (8,3%) possui ensino médio completo, sendo que nenhum cursou o ensino superior.

Outro aspecto a ser investigado refere-se a ocupação dos participantes da pesquisa, em que constatou-se que 10 (83,3%) são aposentados (as), uma (8,3%) é dona de casa e uma (8,3%) é empregada doméstica.

Constatou-se que a maioria dos diabéticos convivem com a doença a menos de cinco anos (58,3%), seguido de três (25%) que convivem de 6 a 10 anos e dois (16,6%) que a mais de 10 anos.

Quanto a verificação da glicemia constatou-se que apenas um entrevistado (8,3%) faz a verificação da glicemia capilar diariamente, seis (50%) fazem semanalmente, um (8,3%) realiza mensalmente e quatro (33,3%) de forma trimestral.

No que concerne ao uso de tratamento medicamentoso 11 (91,6%) fazem o uso diário de algum tipo de medicamento e apenas um (8,3%) afirmou não fazer uso.

A respeito dos indivíduos que apresentam outras patologias, evidenciou-se que seis (50%) também possuem HAS, dois (16,6%) possuem problemas cardíacos e dois (16,6%) possuem problemas visuais.

## Importância dos Cuidados com Pés através da Concepção de Indivíduos com Diabetes Mellitus Tipo II

Nessa categoria buscou-se investigar sobre a concepção dos indivíduos com DM tipo II em relação à importância dos cuidados com os pés como uma prática diária relacionada a seu tratamento, o qual evidenciou que a maioria dos entrevistados reconhecem esse cuidado como sendo uma medida significativa do seu processo terapêutico e mesmo que de forma superficial conhecem, as complicações que podem acometer os membros inferiores devido à falta de cuidados. Como demonstrado nas falas:

“Muito importante, eu cuido, lavo sempre meus pés, coloco eles de molho pra tirar todas as sujeiras, mas não faço essa limpeza todo dia não, e depois lavo e seco eles”. (A2)

“Sei que esses cuidados são muitos importantes para evitar o aparecimento daquelas feridas, que as vezes podem até precisar cortar parte da perna ou até a perna inteira”. (A3)

“É muito importante, sei que se eu não realizar posso sofrer com as consequências depois, principalmente até perder um membro”. (A6)

“Acho muito importante esses cuidados, sempre fico olhando se tem rachaduras ou mesmo feridas, tenho sempre esses cuidados” (A9).

O conceito de promoção da saúde aponta para uma visão holística do processo saúde-doença e da forma de intervir nesse processo, e a partir disso a abordagem multiprofissional do indivíduo diabético remete a um cuidado integral, o qual reconhece a complexidade do seu sistema psíquico e somático que, por sua vez, necessita de informações importantes e indispensáveis dos profissionais de saúde sobre o controle, a prevenção e as complicações da sua doença, para que percebam a importância das práticas de autocuidado com vistas a prevenir severas complicações (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

## Práticas cotidianas de autocuidado com pés de indivíduos com Diabetes Mellitus Tipo II em relação ao autocuidado com os pés.

Essa categoria apresenta as práticas de autocuidado com os pés realizadas por indivíduos com diabetes *mellitus* tipo II. Inicialmente buscou-se investigar a respeito dos principais cuidados com os pés que esses indivíduos desempenham, constatando-se, através dos relatos, que a maioria procura desempenhar cuidados diários com os membros inferiores, destacando-se a utilização de calçados adequados, lavagem, secagem e hidratação dos pés, além de realizar cortes e limpeza das unhas como os principais cuidados mencionados.

“Lavo meus pés, coloco de molho, seco sempre”. (A2)

“Tenho sempre o cuidado de nunca ficar descalço mesmo que dentro de casa, brigo sempre com minha esposa que também é diabética, ela fica sem chinelo dentro de casa, sei que isso é ruim, pois tem o risco da gente se cortar e também evita as rachaduras desse tipo de coisa”. (A3)

“Sempre lavo meus pés, tenho o cuidado de seca-los, passar creme esse mesmo que uso no corpo e também sempre corto minhas unhas e as seco”. (A4)

“Sempre cuido dos pés, das unhas e principalmente sempre estou passando cremes nos pés”. (A6)

“Tento usar sempre sapatos adequados, também uso sempre uma pomada que o endocrinologista me passou, lavo os pés, seco e quando noto que vai aparecer alguma ferida ou coisa do tipo corro aqui no posto”. (A8)

A falta de cuidados ou sua realização inadequada podem causar sérias consequências como o pé diabético, representando um problema perigoso e devastador, o qual gera incapacidades que repercutem na sua vida e afeta o seu papel na família e na sociedade. De acordo com Coelho, Silva e Padilha (2009) o reconhecimento do pé diabético impulsiona os indivíduos a ter atitudes de cuidados, com vistas a preservar a vida e a enfrentar o medo diante dos pensamentos de preocupação.

## CONCLUSÃO

Observou-se que os indivíduos diabéticos reconhecem a importância de se realizar os cuidados com os membros inferiores, especialmente por medo da ocorrência de consequências, porém evidencia-se que não há uma preocupação com a efetividade destes cuidados.

Existe uma série de cuidados que podem ser desempenhados com vistas a prevenir a ocorrência do pé diabético, nesse sentido evidenciou-se que alguns diabéticos costumam lavar os pés, especialmente no momento do banho e que às vezes realizam a secagem e hidratação deste local, contudo não há uma rotina ou critério estabelecido para que estes cuidados sejam realizados de forma contínua, sendo que os sapatos escolhidos se relacionam mais ao fato do conforto do que mesmo a adequação da prevenção dessas lesões.

Diante disso, destaca-se a importância do papel dos profissionais da saúde, especialmente daqueles que atuam na atenção primária, uma vez que estão mais próximos da comunidade e podem enfatizar o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção de saúde com vistas a minimizar os problemas causados pelo DM.

Outro aspecto que vale ser enfatizado é o apoio familiar no desempenho dos cuidados com a saúde, haja vista a relevância da participação e integração da família no plano de tratamento da pessoa com DM tipo II, tendo em vista a necessidade do cuidado com a saúde e controle da doença, no sentido de evitar maiores consequências.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus**, Brasília, 2013.
- CHAVES, M.O.C.; TEIXEIRA, M.R.F.; SILVA, S.E.D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n.2, p.215-21, mar-abr; 2013.
- COELHO, M.S.; SILVA, D.M.G.; PADILHA, M.I.S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Esp Enferm. USP**, v.43, n°1, p.65-71, 2009.
- CUBAS, M.R. et al. Pé diabético: Orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisio ter Mov**, v. 26; n.3, p. 647-55, jul/set, 2013.
- FAJARDO, C. A importância do cuidado com o pé diabético: Ações de prevenção e abordagem clínica. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.2, n. 5, 2006.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27. Jan, 2008.
- GOMIDES, D.S. et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.3: p.289-93, 2013.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** - Cidades. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 04 nov 2015.
- MARTIN, I. S et al. Causas referidas para o desenvolvimento de úlceras em pés de pessoas com Diabetes Mellitus. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 218-224, 2012.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde.13. Ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- OCHOA-VIGO, K.; PACE, A.E. Pé diabético: Estratégias para prevenção. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.1, p.100-9, 2005.

## AGRADECIMENTOS

A Faculdade Vale do Salgado - FVS, onde comecei meus primeiros passos desta trajetória profissional, aos participantes da pesquisa e a Secretaria de Saúde de Iguatu-CE, pela abertura do seu espaço para a realização deste estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO - MOTIVOS QUE INFLUENCIAM A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAU

Germana Maria da Silveira<sup>1\*</sup>, Samy Loraynn Oliveira Moura<sup>2</sup>, Leidy Dayane Paiva de Abreu<sup>3</sup>

1. Mestranda do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará- Brasil.

2. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – UVA, Sobral – Ceará – Brasil.

3. Doutoranda do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará- Brasil.

Email: germanasilveira@hotmail.com

Palavras-chave: Câncer de Colo de útero. Prevenção. Papanicolau.

### INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero envolve alterações celulares, implicando em uma disseminação das células anormais de forma progressiva e gradativa. É uma grave doença crônico-degenerativa, em virtude do seu alto grau de letalidade e morbidade, porém apresenta possibilidade de cura se for diagnosticada precocemente (ROMAN, 2010).

Tendo em vista que o câncer de colo uterino é uma das causas mais importantes de morbidade feminina no Brasil, um dos grandes desafios dos países em desenvolvimento é a ampliação dos programas de prevenção e detecção precoce (BRASIL, 2013).

A elevada incidência de câncer no mundo faz desta doença um importante problema de saúde pública, por ser de evolução lenta e por exercer um impacto importante nas altas taxas de prevalência e na morbimortalidade em mulheres na fase produtiva de suas vidas (MELO, 2009). A incidência do câncer de colo de útero em países menos desenvolvidos é cerca de duas vezes maior quando comparado com países desenvolvidos (INCA, 2012).

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais indicada para o rastreamento do câncer de colo do útero. Essa recomendação apoia-se na observação da história natural deste tipo de câncer, em que realizando o exame citopatológico permite a detecção precoce de lesões pré- malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno. Assim, a cobertura da população feminina em relação à prevenção é um elemento primordial no controle da doença.

Aproximadamente 40% das mulheres brasileiras nunca foram submetidas ao exame de prevenção do colo uterino, o fato é que a mulher, na maioria das vezes, percebe o exame preventivo como um instrumento diagnóstico, não o incorporando como rotina preventiva (VASCONCELOS, 2010).

Alguns estudos brasileiros revelam que de acordo com avaliação realizada com mulheres na faixa etária entre 20 à 60 anos, os motivos apresentados para a não realização do exame foram: vergonha ao expor seu corpo, medo do exame em si pelo fato de sentir dor e desconforto, medo de receber resultado positivo para o câncer, dificuldade de marcação de consulta, não apresentar queixas ginecológicas, não ser solicitado pelo médico, descuido por parte da mulher e ainda por não saberem a importância do exame. Essas percepções, na maioria das vezes, independente da classe social, grau de instrução e idade, e contribuem para que não se considere o exame como um procedimento rotineiro e necessário (ARAÚJO, 2011).

O enfermeiro é um dos profissionais responsáveis pelo processo educativo da comunidade, sendo de sua competência divulgar informações a respeito dos fatores de riscos, desenvolver ações de prevenção e detecção precoce, orientar modelos de comportamentos e hábitos saudáveis para a saúde da mulher. Além disso, este também deve estar apto a detectar situações de risco durante o acolhimento ou durante a consulta ginecológica (VASCONCELOS, 2010).

Ante o exposto, pretendeu-se com esse estudo descrever a importância do exame preventivo e os motivos que levam algumas mulheres a não realizarem o mesmo

### METODOLOGIA

A pesquisa tem caráter exploratório-descritivo, de natureza qualitativo. O caráter exploratório da pesquisa instiga ao pesquisador buscar um conhecimento consolidado, proporcionando uma compreensão construtiva

sobre a situação problema estudada (GIL, 2012). Esta pesquisa faz parte de estudo maior, intitulado: Olhar dos enfermeiros frente à adesão à prevenção do câncer do colo do útero.

A pesquisa foi desenvolvida entre o período de março de 2015 e junho de 2016, no Município de Sobral/CE, mais especificamente na macro-área 4, que abrange 4 Centros de Saúde da Família. Esses territórios foram escolhidos por constatar nestes os menores índices de realização do exame citopatológico, sendo menor que 50% da sua meta anual (uma média de 1950 exames preventivos no ano pesquisado, porém a meta é em média de 4000 realizações) no período de 2012 a janeiro de 2014 (DATASUS, 2013)

Participaram da pesquisa 11 enfermeiros que atuam nos Centros de Saúde mencionadas. Para obtenção das informações, realizou-se aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada, composta por questões norteadoras que se referiam ao processo de trabalho do enfermeiro na promoção da adesão à prevenção do câncer do colo do útero.

As informações foram organizadas e analisadas conforme à análise com base na técnica de análise de discurso proposta por Minayo (MINAYO, 2010).

Salienta-se que a pesquisa foi orientada a partir dos princípios bioéticos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise das entrevistas, emergiu a categoria: Fragilidades na adesão das usuárias ao exame de prevenção do câncer ginecológico.

Nessa série os entrevistados responderam à pergunta: “Que aspectos você acha que fragilizam a adesão das mulheres às ações de prevenção do câncer de colo do útero?” Diante das falas observou-se que ainda existem diversos aspectos que atuam como barreiras para a adesão das mulheres às ações, conforme demonstra os depoimentos abaixo:

“A rotatividade de profissionais nas Estratégias de Saúde da Família, que acabam dificultando o estabelecimento de vínculo com as usuárias dos serviços. Outro fator para baixa adesão ao exame, possivelmente, devido ao déficit de assimilação ou de informação das usuárias, sendo assim, a prática do exame preventivo do câncer uterino depende muito da conscientização das mulheres.” (Enf.6)

“[...]ainda encontro mulheres com medo, vergonha e constrangimento.”(Enf.7)

“[...] reconhecem a importância desse exame, porém relataram o sentimento de vergonha, constrangimento, sentimento de medo na realização do exame, tabus e medo de se deparar com resultado positivo para câncer.” (Enf.1)

“[...]as mulheres que já criamos vínculo, são mais abertas para perguntar sobre a prevenção, e não vejo constrangimento no momento da coleta [...] .(Enf. 8)

As barreiras mencionadas por alguns dos colaboradores da pesquisa foram ao encontro de dificuldades identificadas em outro estudo (SOUZA, 2008), no qual as mulheres deixam de realizar o exame preventivo por medo, vergonha, ansiedade, nervosismo e dor. Os autores constataram que esses fatores estão relacionados à falta de conhecimento sobre o exame e o despreparo dos profissionais no momento da coleta do Papanicolau, além da falta de diálogo que é apontada como uma deficiência.

Cabe ao profissional de saúde desenvolver a sensibilidade para identificar nas mulheres esse tipo de sentimento e traçar condutas para minimizá-lo. Acredita-se que o ponto de partida para isso é estreitar laços de confiança entre usuária e profissional, inserindo práticas de acolhimento, consultas coletivas e individuais, estratégias essas que ajudem a mulher a notar o profissional como um aliado na busca de uma vida saudável (MOURA, 2013).

Através dos achados ora apresentados, todas as barreiras devem ser constantemente refletidas e trabalhadas pelo profissional de enfermagem para identificar as possíveis fragilidades nas estratégias de atendimento para que consecutivamente se possa trabalhar em cima das falhas identificadas a fim de potencializar o cuidado prestado às mulheres.

Os profissionais da saúde da família, por estarem mais próximos dos contextos familiares e coletivos, passam a desenvolver relações de vínculo com as pessoas, construindo assim relações de confiança para discutir as representações sociais/individuais/culturais sobre a sexualidade, e a importância da prevenção contra o câncer do colo uterino (MOURA, 2013).

Pode-se mensurar a partir disso que a consulta de enfermagem se adquire e fortalece vínculos entre paciente e profissional, favorecendo assim ao profissional desmistificar os mitos, tabus que envolvem a coleta do citopatológico e realizar as orientações importantes e necessárias sobre o exame de prevenção.

Foi mencionada também por alguns entrevistados como a organização do serviço influencia na adesão da mulher ao exame de prevenção do câncer do colo uterino, como se segue nas falas a seguir:

“O que percebo no território que dificulta a adesão das mulheres na realização do exame é a falta de disponibilidade das mulheres, muito por causa do trabalho e o horário da UBS geralmente é o mesmo horário do trabalho. Outro motivo é que as mulheres não reconhecem o exame como preventivo, embora sejam orientadas, e deixam pra realizar o exame quando estão com alguma queixa ginecológica.” (Enf.4)

[...] reconheço a dificuldade das mulheres que trabalham fora de casa procurar a UBS nos horários e dias que são disponibilizados... a gente que trabalha fora sabe como é difícil conciliar horário de trabalho e consultas [...].”(Enf.1)

Outra barreira é a demora do resultado do exame... muitas mulheres não querem vir porque demora o resultado chegar, demora de dois a três meses[...]. (Enf.11)

Existem várias alternativas para melhorar a organização dos serviços, principalmente os da atenção básica, sendo uma delas a instalação de um turno mais adequado para o acesso dos usuários que não podem utilizar os serviços durante o horário normal de funcionamento, ou por cuidar da casa ou trabalhar fora de casa. Outro estudo traz exemplos realizados por unidades básicas do Rio de Janeiro e de São Paulo que adotaram propostas diferentes, como o atendimento em turnos de 24 horas, atendimento aos sábados, em um terceiro turno (durante a noite) ou até mesmo no horário de almoço (BRASIL, 2013).

Essa proposta talvez seja uma saída viável para diminuir a espera de algumas mulheres e a oportunidade de outras que não conseguem conciliar suas atividades com o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde.

Outra barreira apontada pelos colaboradores do estudo foi a demora da entrega dos resultados dos exames, este fator, segundo elas, inviabilizam a continuidade do processo em busca de práticas preventivas. De acordo com outro estudo, revela que muitas mulheres procuram realizar o exame citopatológico em serviços particulares em decorrência da demora para a entrega dos resultados nas instituições públicas, levando a não adesão ao Programa e perda da credibilidade das usuárias no serviço ofertado.

## CONCLUSÃO

Os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família têm uma atuação importante na prevenção e controle do câncer de colo de útero. Estes profissionais tem a responsabilidade de orientar a comunidade, intervir na prevenção e na detecção inicial da doença.

A partir do discurso das enfermeiras, esse estudo possibilitou identificar fatores que interferem na adesão das mulheres ao exame preventivo do câncer do colo do útero, a saber: vergonha ao expor seu corpo, medo do exame em si pelo fato de sentir dor e desconforto, medo de receber resultado positivo para o câncer, não apresentar queixas ginecológicas e por não saberem a importância do exame.

Assim, para que as mulheres tenham o conhecimento real da importância da realização do exame de prevenção é necessário o desenvolvimento de ações efetivas no controle do câncer do colo do útero. e é indispensável à divulgação para garantir um número significativo de mulheres ao exame de prevenção, a partir daí vê-se que ações de educação em saúde são essenciais, possibilitando uma maior adesão das mulheres ao programa a elas destinado.

É preciso, ainda, que haja uma real preocupação com a gravidade dessa doença por parte de todos os responsáveis nos níveis federal, estadual e municipal visando garantir o acesso aos serviços de saúde, uma assistência de qualidade proporcionada por profissionais qualificados e dentro de uma infraestrutura adequada.

## REFERÊNCIAS

Araújo CS, Luz HÁ, Ribeiro GTF. Exame preventivo de Papanicolaou: percepção das acadêmicas de enfermagem de um centro universitário do interior de Goiás. Rev. Min. Enferm. v. 15, n. 3, jul./set. Belo Horizonte: 2011.

Disponível em: [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4e8da8407cc5a.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e8da8407cc5a.pdf). Acesso em: 10/06/2016

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS, 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defontm.exe?siscolo/ver4/DEF/uf/CECCOLO4.def>>. Acessado em: 07/01/2015

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2012

Instituto nacional do câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2012.

Melo SCCS, Prates L, Carvalho MDB, Marcon SS, Pelloso SM. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 602608, 2009. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S19834472009000400004&lang=plang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19834472009000400004&lang=plang=pt)>. Acesso em: 20 de junho de 2016

Minayo MCS, Gomes SFDR. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

Moura ADA, Silva SMG, Farias LM, Feitosa AR. Conhecimento e Motivação das Mulheres Acerca do Exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem, 2013.

Roman KEM, PANis C. Identificação dos fatores de risco a associados ao desenvolvimento de câncer de colo uterino em mulheres. Infarma, v.22, nº 7/8,2010.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e Acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. CadSaude Publica 2008;24(1):100-10

Vasconcelos CTM et al. Análise da cobertura e dos exames colpocitológicos não retirados de uma Unidade Básica de Saúde. Rev Esc Enferm USP .v . 44. N.2, p.324-330, 2010 [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Secretária de Saúde do Município de Sobral – CE, pelo empenho e dedicação ao meu projeto de pesquisa e pela colaboração, conquistando minha total admiração.

Aos coordenadores e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família pela participação, aceitação, compreensão e apoio ao projeto.

Agradecemos também a todos que participaram ativamente desta pesquisa. Sua contribuição aqui explicitada culminou com reflexões pertinentes sobre o processo de produção de saberes e práticas educativas que podem ser inovadoras e que tão bem contribuem para o discurso dialógico significativo no contexto da educação em saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Jaiane Pereira Martins<sup>1\*</sup>, Riani Joyce Neves Nobrega<sup>2</sup>, Natalia Bastos Ferreira Tavares<sup>3</sup>, Raimundo Tavares de Luna Neto<sup>4</sup>**

1. Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil.

2. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceara- Brasil. Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do adolescente, da Universidade Estadual do Ceará.

3. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil.

4. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil; Curso de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade Vale do Salgado-FVS- Icó-Ceará-Brasil.

Email: [jaianepereira2013@gmail.com](mailto:jaianepereira2013@gmail.com)

Palavras-chave: Saúde Mental. Transtornos Mentais. Epidemiologia. Serviços de Saúde Mental.

### INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, os indivíduos buscam formas para entender as manifestações mentais, as mesmas estão intimamente ligadas às transformações do conhecimento junto as práticas teóricas e experimentais. Influenciados por grandes pensadores como por exemplo, Hipócrates e Galeno, que na Idade Média explicam a saúde mental a partir de uma visão organicista. Desta maneira, a mesma é tratada como o desregramento entre corpo e espírito; esses argumentos despontaram na ciência as práticas de saúde, ficando como base para elevar os conhecimentos das épocas posteriores, assim como para rearranjos que fomentam a ciência psicopatológica atual (PINHO; KANTORSKI, 2011).

Uma extensa construção histórica é necessária para respaldar a psiquiatria. Sendo que a mesma nasce no início do século XIX, no mesmo período em que detém o conhecimento, transmitindo enunciados sobre as psicopatologias, influenciando domínio social e renovando as práticas comunitárias. Nos primórdios dos séculos seguintes as enfermidades mentais passam a restringir os sujeitos, confinando-os nos hospitais gerais. Este processo reclusivo desencadeia o movimento asilar, proposto primordialmente por Pinel que incentivou a humanização do cuidado através da vigilância, compartilhamento terapêutico grupal e individual. Esse seguimento histórico desperta na sociedade pública, o fomento de políticas para solucionar problemáticas advindas de toda essa historicidade segregada (MACHADO, 2009; VASCONCELOS et al., 2010).

As Políticas de saúde mental no Brasil decorreram de relevantes iniciativas para transformações na assistência ofertada no cenário de saúde, imbricadas nos princípios preventivos, comunitários e humanitários as mesmas foram realizadas primordialmente nos aludidos anos 1960 e 1970. Destarte, o país editou o primeiro documento sendo este o Manual de serviço para a assistência psiquiátrica no ano de 1973, pela Secretaria de Assistência Médica do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tal compêndio respaldou os recursos extra hospitalares, alocando amplamente os serviços, que posteriormente basearia o futuro Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma o sistema visava enfim, a criação de uma rede de serviços comunitários fincada na humanização do tratamento, tendo como meta a promoção da saúde mental para o despontar de artifícios resolutivos. (RIBEIRO; DIAS, 2011; REVEIZ et al., 2013).

As mudanças nos modelos de atenção surgiram a partir da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987 a mesma concretizou alternativas substitutivas ao modelo manicomial. Adiante, a saúde mental no país decorreria de um certo tempo para produzir transformações, que se consolidariam na lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Essa legislação cria os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos em hospitais gerais, residências terapêuticas, entre outras tantas ferramentas para o estabelecimento de um novo modelo de atenção, que acabem com a lógica manicomial e discriminatória, conferindo direito de cidadania aos doentes mentais (SCHNEIDER et al., 2013).

Por conta da necessidade construtiva de uma rede substitutiva de serviços, baseada na territorialização o governo sancionou a Portaria nº 3.088 de 2011, destinando-se instalar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de Crack, Álcool e outras drogas no âmbito do SUS. As RAPS baseiam-se nas necessidades municipais que apresentam alta incidência de transtornos mentais desencadeados pelo uso de substâncias viciantes (SANTANA; CHIANCA; CARDOSO, 2011; ROCHA et al., 2012).



## METODOLOGIA

Baseado nisso, objetiva-se: Delinear o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no CAPS I do município de Orós-CE.

Trata-se de um estudo de natureza documental, descritivo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na cidade de Orós, localizada na mesorregião do centro sul do estado do Ceará, na microrregião de Icó. A mesma possui uma área equivalente a 598km<sup>2</sup>, com uma população estimada em 21.389 no ano de 2010 e estimativa de 21.394 habitantes em 2015, densidade demográfica populacional/km<sup>2</sup> de 37.12, limitando-se ao norte com Jaguaribe, sul e leste de Icó, e oeste de Iguatu.

Os dados foram coletados no CAPS I do município de Orós, Ceará, utilizando como instrumento de coleta de dados um formulário, que contém informações oriundas dos prontuários dos pacientes como: idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda, transtorno mental, tratamento farmacológico e não-farmacológico, tipo de encaminhamento.

As informações coletadas foram expressas, organizadas e informatizadas por meio do programa estatístico Microsoft Excel® ano 2013, apresentando desta forma os dados estruturados em forma de tabelas e gráficos para uma melhor visualização, interpretação e compreensão da análise da amostra sendo articuladas a literaturas concernentes das variáveis.

A pesquisa obedeceu durante todo o seu percurso os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos através dos prontuários do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), o sexo com maior prevalência entre os usuários desse serviço atendidos ano de 2015 foi o feminino, com um total de 64,9% (n=398), em comparação ao sexo masculino que expõe um total de 35,1% (n=215).

A idade dos pacientes variou entre faixas etárias diferentes, com prevalência nos intervalos entre 40 a 59 anos com 38% (n=235), em seguida tiveram de 20 a 39 anos com 27% (n=164), acima de 60 anos com 24% (n=150), 10 a 19 com 8% (n=46) e de 01 a 09 anos com 3% (n=18).

Em relação ao Estado Civil encontrou-se uma predominância entre os pacientes casados 47% (n=288), seguidos de solteiros com 44% (n=269), separados com 6% (n=37), viúvos com 2,5 % (n=16) e os divorciados com 3% (n=3)

A pesquisa evidenciou que a ocupação dos pacientes foi de: 69% (n=424) aposentados por doença mental, 13,7% (n=84) estudantes, 12,9% (n=79) sem ocupação informada, 2,45% (n=15) donas de casa, 0,65% (n=4) agricultores, 0,48% (n=3) vendedores, 0,32% (n=2) professores, 0,16% (n=1) auxiliar de pedreiro e 0,16% (n=1) artesão Evidenciou-se ainda que a renda familiar mensal predominante entre os usuários era de 1 a 2 salários mínimos, 85% (n=519),

Os dados sobre a situação diagnóstica nos prontuários dos indivíduos com transtornos mentais evidenciaram que em 42% dos prontuários (n=254) os diagnósticos eram de origem suspeita, em 34% (n=210) não se sabia o diagnóstico e, os demais, 24% (n=149), possuem diagnóstico confirmado.

No tocante aos 24% da amostra dos pacientes diagnosticados, verificamos que a prevalência dos transtornos mentais são: os de ansiedade, depressão e epilepsia. Nunes et al. (2013) em seu estudo sobre a ansiedade e depressão evidenciou que a amostra obtinha índices maiores de ansiedade do que depressão, cerca de 35,4%, que se equiparam aos dados revertidos desta pesquisa, visto que os transtornos ansiosos estão entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes e sub diagnosticados.

Notou-se que 44% (n= 270) dos pacientes atendidos no CAPS I no ano de 2015 fazem uso de psicofármacos e 21% (n=130) dispõem de tratamento misto, farmacoterapêutico e não medicamentoso.

Essas medicações agrupam-se de acordo com cada patologia apresentada pelos usuários, sendo que as mesmas distribuem-se em: ansiolíticos/hipnóticos 18,7% (n=75) da amostra, antidepressivos/sedativos 36,71% (n=147), antipsicóticos 12% (n=48), estabilizadores de humor 10% (n=40) e anticonvulsivantes 22,5% (n=90).

Percebeu-se que 35% da população estudada realiza somente tratamento não farmacológico. A amostra inclui também os 21% dos pacientes que a realizam juntamente com a farmacoterapia. No CAPS I do município são realizadas variadas terapêuticas que se adequam a cada diagnóstico e a necessidade do paciente, dentre essas estão: a psicoterapia realizada pelo profissional psicólogo e psiquiatra, terapia ocupacional executada pelo terapeuta e oficinas expressivas/terapias em grupo realizadas por todos os profissionais da unidade.

O tipo de encaminhamento que se destaca nesta pesquisa são as referências das Estratégias de Saúde da Família, com 79% (n= 486), estes encaminhamentos são decorrentes das consultas médicas e da enfermagem

registradas em cada unidade. Neste caso, o profissional enfermeiro realiza a triagem, avalia o paciente e o médico encaminha a partir de um diagnóstico suspeito.

Em seguida estão os encaminhamentos recebidos de outras cidades pactuadas, nos quais os pacientes possuem algum vínculo com o município de Orós, como por exemplo, membros da família, início de tratamento no local e ocupação na cidade. Como os das ESF's do município de Jaguaribe com 10% (n=64), Icó com 4% (n=22), Solonópole com 0,32% (n=2), Quixelô com 0,16% (n=1), seguidos pelos atendimentos hospitalares com 4% (n=22), demanda livre com 3% (n=16), enquanto que o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) não possui nenhum encaminhamento.

## CONCLUSÃO

Sabe-se que o aumento dos usuários nos serviços de saúde mental tendem a serem cada vez maiores e, à medida em que somente medicamos os pacientes, tornamo-nos cada vez mais dependentes dessa rede, sendo necessário que medidas de intervenção ou prevenção sejam desenvolvidas para que as condições de uso sejam controladas, reduzindo a utilização em toda a comunidade.

A implantação do CAPS I na cidade de Orós fez-se de suma relevância, pois a mesma provém assistência aos que necessitam de atendimento nesse setor de saúde, além de recobrir demais cidades que não possuem esse serviço ou, se possuem, o indivíduo tem escolha de onde e quando se tratar.

Assim, espera-se que a pesquisa em questão colabore para que os profissionais, estudantes e população possam produzir formas claras e eficazes de tratamentos voltados às necessidades de cada um. Desta maneira, os dados epidemiológicos nesta pesquisa norteiam o sistema na construção de políticas, programas, serviços e tecnologias de atenção para a população usuária dos serviços de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

MACHADO, S.B. Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 12, n. 2, p. 217-228, 2009.

PINHO, I.L.B; KANTORSKI, L.P. Assistência psiquiátrica no contexto brasileiro. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 01-08, 2011.

REVEIZ, I. L. et al. Sistemas de política de prioridades de investigação e de saúde com foco em recursos humanos em saúde. **Revista Pan Americana de Saúde Pública**, Estados Unidos, Washington, v.34, n.5, p. 01-11, 2013.

RIBEIRO, J.M; DIAS, I. A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 01-11. 2011.

SANTANA, A. F. F.A; CHIANCA, T.C. M; CARDOSO, C. S. Direito e saúde mental: percurso histórico com vistas à superação da exclusão. **Psicologia em Revista**, v. 17, n. 1, p. 16-31, 2011.

SCHNEIDER, D.R. et al. Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira? **História Ciências e Saúde**, Manguinhos, v.20, n.2, p.01-13, 2013.

## AGRADECIMENTOS

A Faculdade Vale do Salgado-FVS, onde comecei meus primeiros passos desta trajetória profissional, os participantes da pesquisa e ao Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, pela abertura do seu espaço para a realização deste estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO CONTEXTO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR

Ítalo Arão Pereira Ribeiro<sup>1\*</sup>, Nayana Santos Arêa Soares<sup>2</sup>, Márcia Astrês Fernandes<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGEnf/UFP). Bolsista CAPES. Teresina-Piauí-Brasil. E-mail: italoaarao@hotmail.com;

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGEnf/UFP). Teresina-Piauí-Brasil;

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGEnf/UFP). Teresina-Piauí- Brasil;

E-mail: italoaarao@hotmail.com

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Pessoal de Saúde. Enfermagem. Transtornos Relacionados com o uso de Substâncias.

### INTRODUÇÃO

O trabalho é entendido como a atividade essencial para a vida do homem e se associa às necessidades objetivas e subjetivas do trabalhador. Dessa forma, os agravos à saúde do trabalhador desenvolvem-se de maneira multicausal, devendo-se levar em conta a interação entre os fatores patogênicos (MACHADO *et al.*, 2014). Quando direcionamos para o trabalho em saúde, encontra-se inserido nesse contexto, o setor de enfermagem, que se configura como um ambiente coletivo, permeado por regras e rotinas, complexo em sua organização e em seus processos laborais, os quais utilizam tecnologias arrojadas, insumos hospitalares sofisticados e apresentam relações hierárquicas e de poder extremamente demarcadas (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Deste modo, as relações de trabalho e condições de trabalho podem interferir na saúde dos profissionais de enfermagem, pois influenciam diretamente no aparecimento e/ou desenvolvimento de doenças em função de situações de risco como estresse e sobrecarga de trabalho, aos quais muitos profissionais são expostos (FORTE *et al.*, 2014). Advindo disso, e na busca por obter conforto diante de perturbações de ordem física ou psíquica, esses trabalhadores recorrem ao uso de terapias medicamentosas, principalmente utilizando-se da automedicação, e em particular, ao consumo de Substâncias Psicoativas (SPA) (VIEIRA *et al.*, 2013).

Na área hospitalar, especialmente, os trabalhadores de enfermagem ficam expostos a agravos à saúde física e psíquica, e quando em condições precárias de trabalho associadas às dificuldades cotidianas laborais podem favorecer o uso de substâncias psicoativas. Tal vulnerabilidade pode refletir em depressão, cansaço e doenças ocupacionais, que pode conduzir esses profissionais a procurar diversas alternativas, inclusive, a automedicação. E ao utilizar-se de medicamentos que alteram o estado de consciência, o indivíduo torna-se mais vulnerável a usar outras substâncias. É como se rompesse uma barreira moral que o leva a experimentar outras substâncias, chegando a níveis de dependência (MARTINS; CORRÊA, 2004; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2016).

Na prática diária da enfermagem, os profissionais lidam com medicamentos diversos, acumulando conhecimento empírico, vindo das variadas culturas e práticas familiares, e o saber científico, extraído dos cursos de graduação e pós-graduação, faz com que adquiram para si experiências e saberes quanto ao emprego dessas drogas na terapêutica cotidiana (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2014). E dentro desse contexto, se inserem as substâncias psicoativas, não somente as disponíveis nos serviços hospitalares, mas também aquelas drogas ilícitas. Assim, as substâncias psicoativas estão associadas tanto ao conceito de entorpecentes quanto ao de medicamento, podendo ser naturais como a cafeína, nicotina, ópio e maconha ou sintéticas, aquelas fabricadas em laboratórios (DIAS *et al.*, 2011).

Os ritmos e as complexidades que o trabalho alcançou neste mundo moderno por si só constituem um alto risco quanto ao uso de substâncias psicoativas. Tanto a falha no trabalho como as demandas que isto impõe quando o trabalhador é comprometido criam condições favorecedoras para o suposto mundo irreal de bem-estar, de tranquilidade ou de poder que oferecem as drogas socialmente aceitas, como álcool, os tranquilizantes e o tabaco, o que torna o fator mais nocivo e perigoso para a saúde, ao qual a sociedade moderna deve enfrentar (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

Nesse sentido, e levando em consideração a crescente problemática do consumo de substâncias psicoativas no Brasil e no mundo, a relação casuística do trabalho e o trabalhador, em especial, os profissionais de enfermagem, emerge a seguinte questão: qual a relação do consumo de substâncias psicoativas entre o contexto do trabalho de enfermagem? Considerando esta indagação, este estudo reflexivo tem por objetivo discutir sobre o consumo de substâncias psicoativas entre os trabalhadores de enfermagem.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo consiste em uma abordagem reflexiva sobre a temática substâncias psicoativas no contexto da enfermagem. Na construção dessa reflexão, a princípio foi realizado um levantamento narrativo da literatura sobre o assunto, o que proporcionou uma análise ampliada e contextualizada, e constatando a pouca pesquisa nessa vertente, o que revela a necessidade de maiores discussões e publicações nesse segmento.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Posto a análise e reflexões, os resultados foram apresentados em dois eixos analíticos que refletem sobre a relação e as consequências do uso de substâncias psicoativas para o trabalhador de enfermagem, quais sejam: Eixo I – O trabalho da enfermagem e sua relação com o uso de substâncias psicoativas; e Eixo II - Substâncias Psicoativas: riscos e consequências para o trabalho e saúde do trabalhador de enfermagem.

### **I - O trabalho da enfermagem e sua relação com o uso de substâncias psicoativas**

O sofrimento psíquico é comum entre esses profissionais, e como forma estratégica para aliviar a pressão sentida, os trabalhadores de enfermagem acabam utilizando os psicofármacos. Os profissionais de saúde como médicos e enfermeiros são os profissionais que tem mais tendências a se tornarem dependentes das drogas psicoativas, pois são as categorias da saúde que mais entram em contato direto e possuem acesso fácil a elas (VIEIRA *et al.*, 2016).

Os trabalhadores de enfermagem, na sua prática diária, manuseiam vários tipos de medicamentos e o acesso facilitado pode favorecer a autoprescrição e automedicação. Mesmo com conhecimento teórico e prático sobre o uso dessas substâncias e suas implicações, muitas vezes estão apenas tentando se livrar de situações incômodas para enfrentar a jornada de trabalho. A realidade de trabalhadores de enfermagem, envolvendo múltiplas jornadas, associada à complexidade do trabalho hospitalar, torna possível considerar que esses podem enfrentar momentos de dificuldades e/ou crises, tornando o consumo de fármacos como possibilidade para facilitar a condução de suas vidas (BARROS; GRIEP, ROTENBERG, 2009).

Nesse sentido, a problemática do uso de substâncias psicoativas associada ao estresse constante no trabalho desses profissionais revela o consumo entre categorias de trabalho, como no serviço de emergência (ambulância), trabalhadores rurais e enfermeiros. A sobrecarga de trabalho e a facilidade de acesso às drogas estão relacionadas aos motivos pelos quais a enfermagem faz uso. Ademais, o enfermeiro é um dos profissionais que está ligado diretamente com o público acometido por uso ou dependência de drogas (FÉLIX JUNIOR; SCHLINDWEIN; CALHEIROS, 2016).

A propósito disto, os estudiosos Baggio e Formaggio (2009), revelam que os profissionais possuem conhecimento sobre as drogas disponíveis, seus efeitos e dispõem, via de regra, de acesso facilitado, fato que favorece a automedicação. E assim, automedicam-se baseados em seus conhecimentos e prática, conforme suas necessidades. Porém, a automedicação sem o acompanhamento de outro profissional pode se tornar abusivo ou indiscriminado, podendo incorrer no risco de sofrer os efeitos indesejáveis e até irreversíveis provocados pela droga.

Tendo as condições de trabalho, como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem, o enfermeiro em seu cotidiano está exposto a elevada carga de trabalho, podendo causar sérios danos à saúde do trabalhador, visto que os mesmos convivem anos realizando esforço repetitivo que vão de baixa à alta complexidade, exigindo maior desempenho de suas competências e sobrecarga de trabalho (VIEIRA *et al.*, 2016).

Os pesquisadores, Martins e Zeitoun (2007), ressaltam que o uso de substâncias psicoativas com a finalidade de diminuir tensão, estresse e outros sintomas consistem em um mecanismo utilizado pelo trabalhador para negar ou minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer. Ao analisar os possíveis fatores de risco para o abuso de álcool e outras drogas, entre os trabalhadores, devem se considerar a convivência com os agentes estressores no ambiente de trabalho, a rivalidade entre colegas, a insatisfação com o trabalho e a função que desempenham (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

### **II- Substâncias Psicoativas: riscos e consequências para o trabalho e saúde do trabalhador de enfermagem**

Na área ocupacional, o consumo de tais substâncias por trabalhadores é uma realidade presente com consequências pessoais e profissionais diversas, dentre as quais se destacam o aumento do absenteísmo, atrasos constantes, ausência do local de trabalho durante o expediente, aumento significativo de acidentes pessoais e de trabalho, atritos pessoais com os colegas e, geralmente, padrões de vida precários. Em relação à organização, além das consequências citadas, pode haver danos ao patrimônio pela avaria de equipamentos e perda de material,

custos com demissões, licenças médicas e rotatividade da mão de obra, comprometendo a produtividade e a imagem da empresa perante os próprios trabalhadores, a clientela e a comunidade em geral (DIAS *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

O profissional, ao submeter-se ao uso inicial de substâncias psicoativas, frequentemente, prossegue com outras experiências descontroladas, revelando mudanças comportamentais. Desse modo, seu perfil modificado passa a desvelar um desempenho indesejável: baixo rendimento, altos índices de absenteísmo, não colaborativo com a equipe, convivência difícil e desconforto social no ambiente de trabalho, além de ser susceptível a erros e acidentes (DIAS *et al.*, 2011).

A enfermagem é considerada uma das profissões mais vulneráveis ao consumo de SPAs, e quando utiliza o seu conhecimento teórico-científico, ou até mesmo dos saberes adquiridos em sua prática diária, nos serviços de saúde, para se automedicar, dá espaço ao uso abusivo e acabam por se tornarem dependentes. O trabalhador de enfermagem soma elevado número de profissionais que sofrem desgastes físicos e psíquicos devido à exaustão enfrentada no trabalho. Passam a utilizar substâncias psicoativas, mesmo que sem orientação médica, na busca de alívio da sobrecarga de trabalho físico e emocional que compromete a qualidade de vida do profissional e as atividades realizadas (VIEIRA *et al.*, 2016).

Na visão destes profissionais, o uso de SPAs pode ser encarado como uma válvula de escape para a dura rotina e o estresse no trabalho, situação que pode levar ao esfacelamento da vida social, laboral, assim como o surgimento de efeitos deletérios (cognitivos e orgânicos). Ainda traz consequências devastadoras que repercutem em diversos contextos, tanto de âmbito econômico, quanto de saúde. Esse fenômeno não se limita apenas ao indivíduo que a consome, mas transgride a esfera individual, agredindo também as famílias e a sociedade, de modo geral (FÉLIX JUNIOR; SCHLINDWEIN; CALHEIROS, 2016; BRANCO *et al.*, 2013).

## CONCLUSÃO

A problemática das substâncias psicoativas tem perpassado os cenários sociais e seus efeitos têm sido atrativos para os principais atores que são considerados promotores da saúde e defensores da prevenção do consumo dessas substâncias. Podemos observar uma inversão de papéis, no qual os profissionais passam a ser pacientes e sujeitos ao consumo, vício e dependência. Essa situação é ocasionada por fatores diferentes, mas que se estabelece dentro de um mesmo contexto social, que assim como os outros, necessita ser percebido, detectado e de foco de intervenção.

O consumo de substâncias psicoativas tem se tornado uma realidade entre os trabalhadores da enfermagem e merece uma atenção especial, pois na medida em que se estabelece esse consumo com os aspectos que permeiam o trabalho, nos leva a ponderar sobre até que ponto a execução das funções laborais da enfermagem podem ser consideradas saudáveis; de como o trabalho influencia diretamente na qualidade de vida desses profissionais; e de quanto à enfermagem é vulnerável ao consumo de substâncias psicoativas.

Portanto, há necessidade de maiores discussões e estudos nesse segmento para que se possa desvelar a verdadeira relação que o trabalho exerce sobre a enfermagem, de tal modo que a influencia ao consumo de substâncias psicoativas, para que assim, sejam traçadas estratégias de prevenção, medidas de promoção da saúde dentro do ambiente laboral e estabelecer ações que resguardem a saúde e a qualidade de vida desses profissionais enquanto trabalhadores da saúde.

## REFERÊNCIAS

- BAGGIO, M. A. ; FORMAGGIO, F. M. Automedicação: desvelando o descuido de si dos profissionais de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 2, p. 224-228, 2009.
- BARROS, A. R. R; GRIEP, R. H; ROTENBERG, L. Automedicação entre os Trabalhadores de Enfermagem de Hospitais Públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, 2009.
- BRANCO, F. M. F. C. *et al.* Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção ao Usuário de Crack, Álcool e outras Drogas. **J Health Sci Inst [Internet]**, v. 31, n. 2, p. 161-5, 2013.
- DIAS, J. R. F. *et al.* Fatores Predisponentes ao uso próprio de Psicotrópicos por Profissionais de Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 3, p. 445-451, 2011.
- FELIX JÚNIOR, I. J.; SCHLINDWEIN, V. D. L. C.; VITÓRIA CALHEIROS, P. R. A relação entre o uso de Drogas e o Trabalho: uma revisão de literatura PSI. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 1, 2016.
- FORTE, E. C. N. *et al.* Abordagens Teóricas sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2014.

- GONÇALVES, F. G. D. A. *et al.* Modelo Neoliberal e suas Implicações para a Saúde do Trabalhador de Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, p. 519-525, 2014.
- MACHADO, L. S. D. F. *et al.* Agravos à Saúde Referidos pelos Trabalhadores de Enfermagem em um Hospital Público da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, 2014.
- MARTINS, E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G. As Condições de Trabalho como Fator Desencadeado do Uso de Substâncias Psicoativas pelos Trabalhadores de Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 4, p. 639-644, 2007.
- OLIVEIRA, A. F.; TEIXEIRA, E. R. Concepções sobre o Uso da Automedicação pelos Trabalhadores de Enfermagem em Terapia Intensiva Oncológica. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 10, n. 1, p. 24-31, 2015.
- OLIVEIRA, E. B. D. *et al.* Padrões de Uso de Álcool por Trabalhadores de Enfermagem e a Associação com o Trabalho. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 2, n. esp, p. 729-735, 2013.
- VIEIRA, G. C. G. *et al.* Uso de psicotropicos pelo enfermeiro: sua relação com o trabalho. **Cinergis**, v. 17, n. 3, 2016.
- VIEIRA, T. G. *et al.* Adoecimento e Uso de Medicamentos Psicoativos entre Trabalhadores de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.3, n.2, p.205-214, 2013.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus e a nossos pais, pela presença constante em nossas vidas;

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGENf/ UFPI), o qual fazemos parte, pelo apoio e incentivo à pesquisa;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela disponibilização das bolsas que compreendem o PPGENf/ UFPI;

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Astrês Fernandes pela orientação deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IDOSOS DEPRIMIDOS: UMA ANÁLISE DOS FATORES DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E APOIO INFORMAL

Maria Vieira de Lima Saintrain<sup>1\*</sup>, Carina Barbosa Bandeira<sup>2</sup>, Marina Arrais Nobre<sup>3</sup>, Rafaela Lais Pesenti Sandrin<sup>3</sup>

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

2 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza.. Fortaleza-Ceará- Brasil .

3 Acadêmicas do Curso de Medicina, bolsistas de iniciação científica da Universidade de Fortaleza e FUNCAP.

Email: mvlsaintrain@yahoo.com.br

Palavras-chave: Depressão. Idoso. Institucionalização.

### INTRODUÇÃO

O início da transição demográfica de uma população com mais crianças para outra com mais idosos teve início na Europa. Paralelamente, o progresso da ciência médica permitiu a maior sobrevivência da população, sobretudo em países desenvolvidos, nos quais a definição de idoso passou a ser de pessoas com 65 anos ou mais, e nos países em desenvolvimento permanece a definição anterior de 60 anos ou mais. O número de idosos aumentou 48% só em 2015 e prevê-se que terá triplicado em 2050 em relação ao ano 2000, segundo o *The World Population Ageing Report* (UN, 2015).

A alteração do perfil etário da população implica em aumento da prevalência de doenças crônicas, necessitando de aprimoração das ações relacionadas à prevenção de doenças, uma vez que na maioria dos países as políticas públicas em saúde são voltadas para a resolução de problemas agudos, incluindo-se as doenças de curso crônico (YARAHMADI, 2013; WHO, 2013; CHEVREUL, 2014). Desta feita, é necessário a ampliação dos estudos para detecção de fatores de risco para tais enfermidades, objetivando melhora na qualidade das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na comunidade.

Nesse contexto, uma das principais doenças crônicas que atingem a população envelhecida é a depressão maior, prejudicando a funcionalidade do idoso e tornando-se um grave problema de saúde pública, uma vez que há prejuízo na qualidade de vida e aumento nos gastos com serviços de saúde, além de, na maioria das vezes, ser este um problema que envolve também a família, pois os idosos se tornam dependentes.

Tem sido observado que a depressão maior nos idosos se manifesta de forma diferente das outras faixas etárias (PARK, 2017), principalmente no que diz respeito às diferenças de sintomatologia, devendo-se levar em conta as particularidades próprias da idade (FRANK, 2014). Entre as principais variáveis associadas à depressão, encontram-se idade avançada, sexo feminino, condições de saúde, como a incapacidade funcional, doenças crônicas e déficit cognitivo, além das condições socioeconômicas precárias, podendo ser a institucionalização uma situação estressante e desencadeadora de depressão (GÜLFIZAR, 2012).

Paralelamente, uma das maiores peculiaridades dos idosos é a ideia de aproximação do fim da vida, que os tornam mais suscetíveis a sentimentos de solidão e isolamento, o que pode resultar de eventos que diminuem a funcionalidade ou o impacto aprimorado do luto (HAGAN et al, 2014), levando à maior incidência de depressão em idosos (VAN BELJOUW et al, 2014). Em suma, a solidão é um preditor de severidade da depressão (BODNER; BERGMAN, 2016).

Estima-se que cerca de 15% dos idosos exprimem alguma sintomatologia depressiva, sendo 2% deles na forma mais grave. Em algumas populações, como em idosos hospitalizados ou institucionalizados, a frequência é maior, atingindo de 5% a 13% dos pacientes hospitalizados e 12% a 16% dos residentes em instituição de longa permanência para idosos (IPLI). Aproximadamente 13% dos idosos que vivem em IPLI desenvolvem episódio depressivo dentro de um ano após sua institucionalização (SIQUEIRA et al, 2009). Quando comparados os idosos da comunidade acometidos com os institucionalizados, a prevalência da comorbidade pode chegar ao dobro nesses últimos: 54,22% versus 18,92%, respectivamente (PLATI et al. 2006).

Nesse contexto, as famílias têm grande impacto nos cuidados de saúde de idosos, seja na adesão ao tratamento ou na progressão da doença, principalmente na depressão, podendo causar mudanças comportamentais a longo prazo, de modo que o apoio social é preditor independente de desfechos de depressão geriátrica. Os adultos jovens com apoio familiar positivo têm menores chances de serem institucionalizados devido ausência de cuidados (um dos principais motivos de institucionalização). Entretanto, embora o apoio familiar positivo seja protetor para o paciente, a hostilidade familiar é um preditor de pior evolução da doença, acarretando em maior taxa de suicídios (MARTIRE, 2007; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Diante desta problemática o objetivo desta pesquisa consiste em identificar a prevalência de depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência em um município de grande porte do Estado do Ceará-Brasil e verificar os motivos de institucionalização dos idosos.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal no qual se utilizou um instrumento de coleta de dados elaborado para realizar avaliação clínica concernente à depressão maior, utilizando os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2010; THAKUR, 2008). Serviu também para registrar os dados secundários obtidos dos prontuários dos pacientes idosos no intuito de complementar as informações relativos ao contexto da institucionalização.

A população do estudo consistiu de pessoas idosas institucionalizadas do Município de Fortaleza, *locus* desta pesquisa, que possui 2.500.094 habitantes, dos quais 242.430 pessoas com 60 anos e mais (DATASUS, 2012). Conta com nove ILPI, sendo duas de pequeno porte, cinco de médio e duas de grande porte. Podem ter natureza governamental ou pública e não governamental (privada ou filantrópica). Neste estudo, optou-se por examinar todos os idosos das duas ILPI de grande porte pelo fato de abrigarem o maior número de idosos, configurando-se, portanto, em um censo. Nestas duas instituições são abrigados, em média, 310 idosos (210 na não governamental e 100 na governamental) de um total de 512 institucionalizados no Município em questão.

Os critérios de inclusão eram: idosos residentes com idade de 60 anos e mais, que possuíam capacidade cognitiva para se submeter à entrevista na avaliação clínica e quiseram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se do programa *Statistic Package for the Social Sciences*, SPSS versão 20 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA), para o processamento, tabulação e análise dos dados. As variáveis foram submetidas à análise descritiva e analítica, considerando o nível de significância de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza - COÉTICA (número do Parecer 148.718/2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 237 idosos participou da pesquisa. A idade variou de 60 a 104 anos, tendo como média 75,3 anos ( $DP \pm 8,574$ ).

Constatou-se que, do total de idosos pesquisados, 82 (34,6%) apresentaram diagnóstico de Depressão Maior segundo os critérios do DSM-IV-TR. No diagnóstico de depressão por ILPI, verifica-se significância estatística entre as duas ILPI ( $p=0,042$ ).

Houve significância estatística entre motivo da institucionalização e tipo de ILPI; 24 idosos (29,3%) institucionalizaram-se por vontade própria na ILPI não governamental, enquanto nove (11%) chegaram à ILPI governamental abandonados por suas famílias ( $p=0,001$ ). Relativamente à visita de familiares, 40 (48,8%) recebiam-nas na ILPI não governamental, enquanto apenas cinco (6,1%) dos idosos deprimidos tinham contato com seus parentes na ILPI governamental ( $p=0,002$ ).

Quando comparados os motivos de institucionalização e a visita de familiares, os que receberam menos visitas foram aqueles institucionalizados devido abandono familiar (18,3%) e os devido suporte familiar insuficiente (15,9%), por outro lado os que mais receberam visitas foram os institucionalizados por vontade própria (25,6%).

Foi detectada a prevalência de 34,6% de idosos com diagnóstico de depressão maior segundo os critérios do DSM-IV-TR, apesar de este resultado ser elevado, pode se apresentar com menor prevalência do que em pesquisas que utilizam os instrumentos de rastreamento. Autores demonstram taxas mais elevadas como no estudo realizado em 14 lares para idosos em Bragança, onde há prevalência de 46,7% de casos de depressão (VAZ & GASPARI, 2011), constituindo motivo para maiores ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde. Em outro estudo realizado em ILPI de Goiânia, foi verificado um percentual de 40,7% pela escala de Depressão geriátrica abreviada de Yesavage (MENEZES et al, 2011). Idosos residentes em ILPI em Portugal apresentaram prevalência de 61,4% de sintomas depressivos (LEAL et al, 2014). Resultados semelhantes foram verificados em Hong Kong e Taiwan onde se evidenciou uma prevalência de 65,4% e 43,4% respectivamente, sendo esta diferença estatística demonstrada na pesquisa por pior status socioeconômico dos idosos de Hong Kong (TSAI, 2005). Esta diferença entre as prevalências pode ser explicada pela variabilidade no que concerne as formas de diagnóstico da depressão maior, os diferentes ambientes em que o idoso está inserido e o contexto clínico e social.

A prevalência de idosos com depressão foi maior nos solteiros e viúvos, sugerindo que a solidão ou luto pela morte de um cônjuge na senilidade pode ser fator de risco para desenvolvimento de sintomas depressivos. Carreira et al. (2011) também demonstraram que 46,7% dos idosos deprimidos eram solteiros, seguidos de 36,6% de viúvos



e 16,7% de divorciados, assim como em pesquisa realizada em ILPI em Minas Gerais, onde 57% dos idosos eram solteiros (GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010). Ressalta-se que em uma investigação realizada em 5 ILPI verificou-se prevalência de 49% de idosos com depressão pela Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, com predominância do gênero feminino (60,8%) e sem cônjuge (35,3%) (ROESLER e SILVA et al, 2012). Em estudo abrangendo quatro municípios brasileiros, a prevalência de sintomas depressivos foi de 48,7%, sendo mais prevalente em idosos na faixa etária de 70 - 79 anos, sem cônjuge, com menos de 5 anos de escolaridade (SANTIAGO; MATTOS, 2014), perfil semelhante ao encontrado nesta pesquisa.

Estudos observaram que variáveis como gênero feminino, doenças de etiologia somática, déficit funcional, neurosensorial e cognitivo, isolamento social, antecedente de depressão, solidão, viuvez, perda de entes queridos e a própria institucionalização são considerados fatores desencadeadores de quadros depressivos, assim como falta de suporte social e familiar inadequado ((IRIGARAY; SCHENEIDER, 2007).

Além do que a falta de cônjuge para assistir o idoso contribui para a ida e permanência definitiva em uma ILPI pela falta de alguém para supervisioná-lo em seus cuidados (CARREIRA et al, 2011). Da mesma forma, estudo conduzido em várias ILPI na China (TSAI, 2005) demonstrou predominância de sintomas depressivos nos idosos institucionalizados com pior suporte social que inclui a ausência de um companheiro. Houve significância estatística entre motivo da institucionalização e tipo de ILPI; 24 idosos (29,3%) institucionalizaram-se por vontade própria na ILPI não governamental, enquanto nove (11%) chegaram à ILPI governamental abandonados por suas famílias ( $p=0,001$ ). Relativamente à visita de familiares, 40 (48,8%) recebiam-nas na ILPI não governamental, enquanto apenas cinco (6,1%) dos idosos deprimidos tinham contato com seus parentes na ILPI governamental ( $p=0,002$ ). Pesquisa em idosos institucionalizados evidenciou que o nível de depressão tende a ser maior nos idosos que não ingressaram no lar por iniciativa própria, sugerindo que a falta de apoio social e familiar contribui para a maior frequência de sintomas depressivos (PIMENTEL; AFONSO; PEREIRA, 2012).

Na associação verificada entre depressão e tempo de institucionalização ( $p=0,001$ ), é importante destacar o maior percentual entre os idosos com até três anos de institucionalização (37,8% dos casos de depressão), levando-se a considerar que o pouco tempo de afastamento familiar e o processo de adaptação ao novo tipo de moradia possam constituir fatores de risco para a doença. Este fato pode estar relacionado com a significância estatística entre depressão e idosos que recebem visita de familiares ( $p=0,036$ ), cujo fato sugere que os vínculos familiares ainda perduram e se fortalecem a cada visita, tornando a separação mais intensamente penosa, fato este comprovado em pesquisa na qual 36,6% dos idosos que apresentavam sintomas depressivos estavam institucionalizados há menos de um ano (CARREIRA et al, 2011). Essa maior prevalência de depressão maior nos idosos nos primeiros anos de vivência em uma ILPI pode decorrer da desvinculação familiar recente e da adaptação ao novo lar e a novos companheiros de dia a dia, acarretando diversas mudanças, de cunho biopsicossocial, podendo ensejar desesperança e poucas expectativas em sua vida.

No que tange o apoio familiar, há sistemas familiares que são funcionais, mas existem os disfuncionais. O grupo familiar funcional é capaz de responder a situações de conflito com certa estabilidade emocional; o disfuncional, por outro lado, irá prejudicar o indivíduo em certas situações. Dessa forma, a qualidade familiar irá influenciar no status de saúde de forma significativa de modo que a deterioração do suporte familiar influencia na incidência de sintomas depressivos, já que pode provocar situações de solidão e sentimentos de abandono (MARINHO, 2010; PAIVA, 2011).

Paralelamente, outro fator que pode influenciar no surgimento de sintomas depressivos em idosos institucionalizados é o sentimento, por parte do paciente, de esperança de que sua família assumirá seu cuidado em determinado momento, principalmente aqueles que tiveram filhos (SILVA, 2008). Entretanto, pesquisas apontam que as visitas domiciliares diminuem em frequência a medida que o tempo de institucionalização aumenta, demonstrando que os laços familiares se fragilizam com o passar do tempo, corroborando com a piora dos sintomas depressivos por parte do idoso institucionalizado (PERLINI, 2007).

## CONCLUSÃO

Estudos demonstram que a depressão é o transtorno psiquiátrico mais frequente na população idosa, sendo diagnosticada através dos critérios do DSM-IV-TR e gerando incapacidade e piora na qualidade de vida na velhice. Ademais, sua prevalência é ainda maior em idosos institucionalizados. Os achados acima descritos aludem à ideia de que o tempo de institucionalização, a carência das relações interpessoais, a solidão e o fato de o idoso receber visitas de familiares neste período constituem fatores de risco para a depressão, levando a considerar que os vínculos familiares perduram, fortalecendo-se a cada visita, portanto, tornando a ruptura familiar ainda mais penosa, o que compromete o direito do idoso de envelhecer com dignidade.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. **DSM-IV-TR**: Diagnostical and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> edition (text revised), Washington: American Psychiatric Association, 2010.
- BODNER, E.; & BERGMAN, Y. S. Loneliness and depressive symptoms among older adults: The moderating role of subjective life expectancy. 2016. **Psychiatry Research**, 237, 78-82. doi: 10.1016/j.psychres.2016.01.074
- BRASIL. Ministério da Saúde, 2012. **População residente no Estado do Ceará**. DATASUS, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popce.def> Acesso em: 31 de agosto de 2017.
- CARREIRA, L. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.268-273, abr./jun. 2011.
- FRANK C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. **Canadian Family Physician**. 2014;60(2):121-126.
- GALHARDO VAC; MARIOSAS MAS; TAKATA JPI. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizado sem déficit cognitivo. **Revista Médica de Minas Gerais**, Pouso Alegre, v. 20, n. 1, p. 16- 21, 2010.
- GÜLFIZAR SÖZERI-VARMA. Depression in the Elderly: Clinical Features and Risk Factors. **Aging Dis**. 2012 Dec; 3(6): 465–471.
- HAGAN, R., MENKTELOW, R., TAYLOR, B.J., MALLETT, J., 2014. Reducing loneliness amongst older people: A systematic search and narrative review. **Aging Ment. Health**, 18, 683-693. doi: 10.1080/13607863.2013.875122
- Institute of Medicine. Health and Behavior: The interplay of biological, behavioral, and social influence. **The national Academied Press**; Washington D.C.: 2001.
- IRIGARAY TQ; SCHNEIDER RH. Prevalência de depressão em idosos participantes da Universidade para a terceira idade. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 1, p. 19-27, 2007.
- CHEVREUL, Karine; BRIGHAM, Karen Berg; BOUCHÉ, Clara. The burden and treatment of diabetes in France. **Global Health**. 2014; 10: 6.
- LEAL MCC; APOSTOLO JLA; MENDES AMOC; MARQUES APO. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among institutionalized elderly. **Acta Paul Enferm**. 2014; 27(3): 208-14.
- MARINHO PEM; MELO KP; APOLINÁRIO AD; BEZERRA E; FREITAS J; MELO DM; et al. Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions and in the community in Brazil. **Arch Gerontol geriatr**. 2010;50(1):151-5
- MARTIRE LM, SCHULZ R. Involving Family in Psychosocial Interventions for Chronic Illness. **Current directions in psychological science**. 2007;16(2):90–94.
- MENEZES RL et al. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 14 (3): 485-496, 2011.
- PAIVA ATG; BESSA MEP; MORAES GLA; SILVA MJ; OLIVEIRA RDP; SOARES AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare Enferm**. 2011; 16(1):22-8
- PARK Seon-Cheol. Screening for Depressive Disorder in Elderly Patients with Chronic Physical Diseases Using the Patient Health Questionnaire-9. **Psychiatry Investig**, 2017. Doi: 10.4306/pi.2017.14.3.306
- PERLINI NMOG; LEITE MT; FURINI AC. Em busca de uma instituição para as pessoas idosas morar: motivos apontados por familiares. **Rev Esc Enferm USP**. 2007; 41(2):229-36
- PIMENTEL AF; AFONSO RM; PEREIRA H. Depression and social support in old age. **Psicologia, Saúde e Doenças**. vol. 13, núm. 2, 2012, pp. 311-327.
- PLATI MCF et al. Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 28, n. 2, jun. 2006.
- ROESLER E SILVA E, SOUSA ARP, FERREIRA LB, PEIXOTO HM. Prevalence and factors associated with depression among institutionalized elderly individuals: nursing care support. **Rer Esc Enferm USP**. 2012; 46(6):1388-94.
- SANTIAGO LM; MATTOS IE. Depressive symptoms in institutionalized older adults. **Rev Saúde Pública**, 2014;48(2):216-224.

- SH YARAHMADI; K ETEMAD; AR MAHDAVI HAZAVEH; N AZHANG. Urbanization and Non-Communicable Risk Factors in the Capital City of 6 Big Provinces of Iran. **Iran J Public Health**. 2013; 42(Supple1): 113–118.
- SILVA LR; VÁZQUEZ-GARNICA EK; ELBA K. O cuidado aos idosos: considerações sobre o cuidado não familiar. **Texto Contexto Enferm**. 2008;17(2):225-31
- SIQUEIRA GR et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do abrigo Cristo Redentor através da aplicação da escala de depressão geriátrica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 253-259, 2009.
- THAKUR M; BLAZER DG. Depression in Long-Term Care. **J Am Med Dir Assoc**. 2008; 9: 82– 87.
- TSAI YF; CHUNG JWY; WONG TKS; HUANG CM. Comparison of the prevalence and risk factors for depressive symptoms among elderly nursing home residents in Taiwan and Hong Kong. 2005, **Int. J. Geriat. Psychiatry**, 20: 315–321.
- UN. (2015). **World Population Ageing**: United Nations Department of Economic and Social Affairs, population division, from <http://www.un.org/en/development/desa/population/>
- VAN BELJOUW, I.M.J.; VAN EXEL, E.; DE JONG GIERVELD, J.; COMIJS, H.C.; HEERINGS, M.; STEK, M.L.; VAN MARWIJK, H.W. “Being all alone makes me sad”: Loneliness in older adults with depressive symptoms. **Int. Psychogeriatr**. 2014, 26, 1541-1551. doi: 10.1017/S1041610214000581
- VAZ SFA; GASPAR NMS. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. **Revista de Enfermagem Referência**. 3ª. série, n. 4, jul, 2011, p. 49-58.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. **SIXTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY**. A66/A/CONF./1 Rev.1 25 May 2013.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especiais à Universidade de Fortaleza pelo apoio aos seus alunos nas áreas do ensino, pesquisa e extensão, à DPDI pelo apoio aos bolsistas de iniciação científica e a Profa. Maria Vieira pelo seu incansável desejo de tornar seus alunos pessoas do bem, melhores profissionais e excelentes pesquisadores.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O TEATRO NO OPRIMIDO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

Emanuella Cajajo Joca<sup>1</sup>; Maria Rocineide Ferreira da Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>2</sup> Professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-CE

Email: emanuellacajadojoca@gmail.com

Palavras-chave: Teatro do Oprimido; saúde coletiva; arte; humanização do cuidado em saúde mental.

### INTRODUÇÃO

Esse texto tem como objetivo apresentar um momento analítico reflexivo da pesquisa de mestrado *O Teatro do Oprimido como uma tecnologia de cuidado em saúde mental*. Esse recorte revela uma imagem que emergiu de uma intervenção inspirada na proposta da *Pesquisa Colaborativa* desenvolvida principalmente no campo da educação. Ibiapina e Teles (2009) afirmam que o motivo principal em escolher uma pesquisa colaborativa é por se caracterizar como uma “atividade de pesquisa e de desenvolvimento profissional capaz de articular processo de investigação acadêmica e formação de professores” (IBIAPINA; TELES, 2009, p.02). As pesquisadoras abordam a necessidade de aproximação do universo da pesquisa e o da atuação profissional, ou mesmo uma imbricação no qual a investigação do campo de prática seja uma ação coletiva e cotidiana, na qual o trabalhador possa construir significados a sua atividade.

Nesse sentido, a aproximação com essa perspectiva para a pesquisa em saúde se legitima pela necessidade de fomentar a reflexão crítica à prática profissional do trabalhador da saúde, colocando a análise do cuidado e dos processos de humanização em saúde (Ayres et al., 2015). E em se tratando de saúde mental, que se configura como um modelo que almeja superar ou transformar um modo de atenção em saúde que esteve marcado por exclusão e práticas que retiram das pessoas seus direitos, inclusiv e de manifestar-se como sujeito, é necessário que o trabalhador cotidianamente problematize suas práticas e de forma coletiva observe-se como ator do processo de construção de outros modos de cuidado.

### METODOLOGIA

Através do convite aos trabalhadores da saúde mental para de forma coletiva pensar a atividade com Teatro do Oprimido caminhou-se pelo encontro de cinco pesquisa(t)ores-trabalhadores convidados a compor esse momento que após acordarem a data e horário possível para todos foi-lhes entregue o material que é aqui nomeado como **dispositivo de conversação**. Esse consistiu no Diário de Campo da facilitação da metodologia teatral com usuários e familiares dos CAPS durante oitos meses.

O encontro com os trabalhadores-pesquisadores foi gravado e transcrito. O caminho escolhido, de utilizar indicadores, segue as proposições de González Rey (2002, p.114) para quem “os indicadores (...) são categorias que facilitam o seguimento dos complexos processos que caracterizam qualquer pesquisa contextualizada no estudo da subjetividade humana”. Esses indicadores de sentidos subjetivos expressos pelos sujeitos durante a intervenção são os materiais para análises das significações acerca da experiência foco deste estudo e analisada em grupo.

Foram delineadas, portanto, categorias constituídas com base nos indicadores que seguem os objetivos da investigação e das interrogações que surgiram durante o processo de pesquisa. Na compreensão histórico-cultural, conforme dito por González Rey (2002), as categorias são instrumentos do pensamento que expressam um momento do objeto estudado, que se desenvolve no contexto histórico e cultural em que esse momento surge como significado.

O **Processo de análise** seguiu os seguintes passos: transcrição de toda a conversação, leitura exaustiva e pontuação de indicadores de sentido para posteriormente serem delineados núcleos de sentido produzidos pelo coletivo. Cada participante foi nomeado de pesquisadores-flor mantendo o sigilo na pesquisa. Com a leitura deste material foi possível delinear quatro (04) categorias: 1. Compreensões sobre o Teatro do Oprimido na Saúde Mental; 2. Proposição teórico-prática do Teatro do Oprimido; 3. Trabalho na saúde mental; 4. A experiência com a Pesquisa Colaborativa. Essa apresentação enfoca a categoria Compreensões sobre o Teatro do Oprimido na Saúde Mental.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguindo o indicativo de sentido analisa-se a categoria *compreensões sobre o Teatro do Oprimido na Saúde Mental*. Nesta foram agregados indicadores que abordaram a proposição do Teatro do Oprimido na Saúde Mental. A primeira questão aqui abordada versa acerca da organização do grupo de TO e uma problematização posta por profissionais da área. Alguns trabalhadores da saúde mental no município de Fortaleza estranharam os grupos de Teatro do Oprimido serem abertos a multiplicidade de pessoas, ou seja, qualquer usuário poderia participar, desde que manifestasse o interesse em relação a proposta, sendo o mesmo, nesta condição, sujeito de escolha de como, quanto e quando participar. Mas as indagações problematizavam sobre o Teatro do Oprimido ser favorecedor de crise nos usuários dos serviços de saúde mental.

Tais questões presentes no Diário de Campo foi objeto de reflexão pelo grupo que se instaurou.

a primeira vista tinham mais psicóticos, mas tinha alguns neuróticos. E eu acho que hoje em dia, e até fica difícil colocar isso, porque não é estigmatizar, mas a condição é diferente e hoje em dia eu separaria sim. Tentaria separar mais pra ... que as vezes os questionamentos vem de forma bem diferente, assim. (ANGELICA)

da visão que eu tenho da arte, essa questão do teatro eu acho assim que não ... eu não levaria em conta o diagnóstico. Eu não levaria, porque eu acho que todo mundo tem essa capacidade. (ESTRELÍCIA)

Em pesquisa sobre o teatro no campo da saúde mental observando as pontuações de Foucault (1972) na investigação *História da Loucura na Idade Clássica*, principalmente, através dos textos médicos ele cita como foi sendo desaconselhado o teatro quando os médicos formulavam ou experimentavam terapêuticas para os transtornos mentais. Um expoente, Esquirol (1845) em sua importante obra *Mental Maladies: treatise on insanity*, referência para a psiquiatria, aborda nessa obra a questão do teatro como perigoso para as pessoas com males da mente. Afirma, ainda, que as apresentações teatrais poderiam influenciar as mentes fracas. Apesar de dizer que algumas artes traziam paz e compostura para os desvios da mente, ele desaconselha a frequência em representações teatrais como cita: "A theatrical spectacle can never be suited to the condition of the insane, and I much fear, not even to that of convalescents." (p.87). Isso tanto para assistirem quando para atuarem.

Essa questão posta desde de o início do Modo Psiquiátrico ainda vigora na perspectiva do campo hoje em construção que chama saúde mental. Seja que o Teatro pode levar o fraco a sucumbir, ou que leva o insano a ser objeto de comicidade por sua condição.

Uma questão posta pela condução do grupo era o vínculo dos participantes com a proposta do Teatro do Oprimido, um modo de fazer teatro que busca analisar vivências de opressão, analisar os conflitos vividos por eles, de ensaiar diálogos acerca de relações que eles vivenciam em suas vidas. E foi importante a percepção de uma participante acerca desse fato.

Como toca cada um. Tem coisas que eu vou fazer e dependendo que eu tenha ou não, eu não vou fazer porque aquilo não me agradou. Aquilo mexeu comigo eu não vou fazer. [...] eu não quero nem saber o diagnóstico dela eu quero saber que está com problema [...] Eu sempre deixo claro você não é obrigado a ficar você vem, tenta, e vê como é grupo de pronto. (ESTRELÍCIA)

É não da pra fossar a barra, não rolou. (CHUVA DE PRATA)

Importante, notar as colocações que acentuam o respeito aos sujeitos de escolha e para além do enquadramento psicopatológico. Bem como, colocar que o Teatro do Oprimido não constitui uma proposição de âmbito universal, ela pode ser ofertada aos diferentes sujeitos que se acreditam estar aptos a participar, no entanto nem todos sentiram a proposta como algo a se investir em suas vidas. Como o caso de uma usuária que ao ser proposto um jogo de extroversão saiu imediatamente do grupo e nunca mais voltou. O jogo chama *A luta de Galos* (BOAL, 1998, p. 222) e busca desenvolver a capacidade de questionar o outro, desenvolvendo a extroversão.

A esta questão que trata da condução do Teatro do Oprimido na saúde mental podemos perceber o fato de como o facilitador precisa de apoio. As conduções devem ser cuidadosas - como já disse Boal (2009) e compartilhadas. O manejo das técnicas que tratam de conflitos vividos pelos sujeitos deve ser observados com cautela, bem como divididas com um co-facilitador para apoio na condução do grupo e suas demandas. O fato de ser na saúde mental, dentro de uma política pública foi pensado como primordial para a necessidade de a condução de um grupo de Teatro do Oprimido ser compartilhada com profissionais experientes em saúde mental dado a profundidade que as técnicas chegam. E como cita Estrelícia,

[...] é o rico do Teatro do Oprimido, que ele disse assim que trabalha mesmo com a verdade e pois é a verdade deles né! De como eles podem, conseguem se apresentar. (ESTRELÍCIA)

No entanto a questão especificamente do Teatro do Oprimido na saúde mental como política pública foi pensado como uma prática que necessita estar dentro dos parâmetros de uma política de governo estatal e com determinadas construções anteriores que precisam ser observadas.

eu fiquei pensando, é uma questão delicadíssima, porque também essas pessoas não são só do CAPS porque elas podem fazer teatro em qualquer lugar da cidade. Ai pronto, só porque tem transtorno mental vai ter que ter uma pessoa da saúde ali, eu fico pensando, mas [...] tudo bem o sujeito pode fazer um pouco de teatro em qualquer lugar da cidade, mas se a proposta é Teatro do Oprimido na saúde mental é interessante que tenha um profissional de saúde junto com o facilitador. (ANGELICA)

se for aqui na saúde mental vai ter que ter um profissional de referência. Vai ter que ter um suporte. (ESTRELÍCIA)

Além de facilitação em dupla para os grupos de TO, os pesquisadores colaboradores pensaram que outra especificidade seria o vínculo com os profissionais de referência<sup>1</sup> no cuidado dos usuários. Isso estaria associado ao fato de os facilitadores de Teatro do Oprimido ao chegarem em locais/localidades fazerem interlocuções com as pessoas ligadas a esses espaços, como cita Barbara Santos (2016).

O trabalho comunitário deve ter o princípio da parceria como alicerce. [...] o contato inicial com moradores locais era sempre mediado por uma associação de moradores, setores atuantes da Igreja, outros grupos comunitários ou ONG's, parceiros que ofereciam apoio na introdução e no desenvolvimento da atuação local. (SANTOS, 2016, p. 367/368)

E como aparece na conversação entre trabalhadores.

Mas independente se for uma pessoa do CAPS é importante ter uma pessoa da área. (CHUVA DE PRATA)

Uma pessoa da área, seria um profissional vinculado com os usuários e que fazendo parte da equipe do serviço pudesse dar suporte ao trabalho realizado com o Teatro do Oprimido, no sentido de estar atento aos cuidados que os usuários demandassem.

Um dos aspectos suscitados pelo trabalho com Teatro do Oprimido no serviço oferecido pelo CAPS foi pontuado no sentido de que fortaleceu o cuidado bem como estimulou a inserção dos sujeitos em outras atividades dentro e fora do serviço.

como eu te digo: independente de diagnóstico. Uns foram tocados mesmo, foram afetados por isso, eu quero continuar, isso me fez bem, como isso que ele colocou aqui: "O teatro trouxe ânimo para me expressar." E assim essa pessoa já estava afastado dos grupos nessa época e retornou no teatro do oprimido e desde então ele começou aqui e está fazendo grupo de arte terapia, música e movimento. E em outro processo de teatro fora. Então como despertou, como foi importante [...] (ESTRELÍCIA)

mas a partir do momento que ele (participante do GTO sociedade CAPS) diz: ah não vou fazer TO, vou fazer teatro convencional! Isso é massa para o convívio social dele. (CHUVA DE PRATA)

## CONCLUSÃO

As pontuações acentuadas acima colocam aspectos positivos da prática com o teatro do oprimido na saúde mental observados pelos colaboradores, como: o sentir-se estimulado a expressar-se no mundo, a dizer de si; o retorno as atividades propostas pelo CAPS; a inserção social em demais ambientes; bem como a mobilização para ingressar em atividades extra CAPS. Tais aspectos observados pelos trabalhadores indicam uma análise acerca do cuidado e da necessidade de humanização (TRAJANO; SILVA, 2012) das práticas no sentido de superar o que em saúde mental esteve focado do alienado e passivo de intervenção. As reflexões e problematizações que foram possível nesse coletivo de trabalhadores propôs repensar as praticas que são propostas para os CAPS e além como está a perspectiva do trabalhador do modo psicossocial como estão suas práticas, manicomialis ou antimanicomialis?

<sup>1</sup> O termo referência está associado a proposta de cuidado para a política de saúde mental brasileira ao Projeto Terapêutico Singular, que consiste na construção compartilhada entre trabalhadores, usuário e família do projeto de cuidado que condiz com as possibilidades e desejos dos sujeitos envolvidos na demanda da saúde mental.

Essas questões são prementes para esse campo que convive com os modos de práticas libertaria e assujeitadoras.

## REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: GASTÃO, Wagner de Sousa Campos et al. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Pauli: Hucitec, 2015. p. 399-442.

BOAL, Augusto. **Jogos para atores e não atores**. Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

BOAL, Augusto. **A Estética do Oprimido**: reflexões errantes sobre o pensamento do ponto de vista estético e não científico. Rio de Janeiro: Funarte/Garamond, 2009.

ESQUIROL, J. E. D. Des Maladies Mentales Considérées sous le Rapport Médical, Hygiénique et Médico- Legal Paris, 1838. [tomos I e II]

GONZÁLEZ REY\_. **Pesquisa Qualitativa em psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

IBIAPINA, I. M. L. M; TELE, F. P. A pesquisa colaborativa como proposta inovadora de investigação educacional. Issn 1983 4748. **Diversa** (Parnaíba. Impresso), v.1, p. 1-10, 20

SANTOS, B. Teatro do Oprimido Raízes e Asas: uma teoria da práxis. Rio de Janeiro: Ibis Libris, 2016.

TRAJANO, Ana Rita Castro; SILVA, Rosemeire. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 16, 2012.

## AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores e usuários do serviço CAPS e a CAPES pelo apoio a pesquisa.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EPIDEMIOLOGIA DA MORTALIDADE NEONATAL NO CEARÁ NO PERÍODO DE 2005- 2015

Ana Nery Melo Cavalcante<sup>1</sup> (PG), Shirley Virino Silveira Lopes (PG)<sup>2</sup>, Maria Alix Leite Araújo<sup>2</sup> (PQ), Rosa Livia Freitas de Almeida<sup>2</sup> (PQ), Tássia Ívila Freitas de Almeida (PG)<sup>4</sup>

1. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE

2. Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE

3. Docente da Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE

4. Residente medicina Hospital Geral de Fortaleza-CE

E-mail:ananery.melo@bol.com.br

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Mortalidade Neonatal. Perfil Epidemiológico.

### INTRODUÇÃO

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um importante indicador que reflete as condições saúde de uma população. Nas últimas décadas, esse coeficiente apresentou redução em todo o mundo, persistindo taxas elevadas em países em desenvolvimento (DE PAULA JÚNIOR, 2017). De acordo com Victora et al., a TMI diminuiu nas últimas três décadas no Brasil, principalmente devido a melhoria das condições socioeconômicas e sanitárias e ao acesso aos serviços de saúde (GAVA; CARDOSO; BASTA, 2017).

O coeficiente de mortalidade infantil é definido pelas mortes de crianças em seu primeiro ano de vida, em relação ao número de nascidos vivos para o mesmo período. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera com um índice aceitável dez mortes para cada mil nascimentos (NORONHA; TORRES; KALE, 2012).

A TMI pode ser analisada segundo duas componentes: mortalidade neonatal representada pelos óbitos de 0 a 27 dias de vida e a mortalidade pós-neonatal, óbitos de 28 dias até um ano de vida. A mortalidade neonatal por sua vez é subdividida em neonatal precoce (óbitos de 0 a 6 dias completos de vida) e neonatal tardio (óbitos de 7 a 27 dias de vida) (FRANÇA; LANSKY, 2016).

O componente pós-neonatal predominou no Brasil até o final da década de 80. A partir de então prevalece o componente neonatal, que corresponde a cerca de 70% da mortalidade infantil atualmente. A redução da mortalidade infantil tem sido atribuída a diversos fatores, como a queda da fecundidade, maior acesso da população ao saneamento e serviços de saúde, aumento da prevalência de aleitamento materno, às ações de imunização, antibioticoterapia e terapia de reidratação oral, entre outras (SIMÕES, 2003). Contudo, para avançar ainda mais, especialmente para a redução do componente neonatal, o Ministério da Saúde, em parceria com os estados e municípios, vem implantando algumas estratégias como a Rede Cegonha, reforçando a qualidade no pré-natal, na assistência ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2011).

Em 2000, a ONU fixou metas sociais para os países e estipulou prazo até 2015 para que os países atingissem os objetivos de desenvolvimento do milênio. A base de comparação é o ano de 1990. No caso do Brasil, a meta era de que as 58 mortes registradas para cada mil crianças nascidas vivas em 1990 fossem reduzidas para 19 por mil nascidos vivos em 2015. Porém, no final de 2011, a taxa já tinha sido alcançada. (CEARÁ, 2014).

Segundo a pesquisa Estatísticas do Registro Civil 2015, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mortes de crianças com até 1 ano de idade passaram de 4% do total de óbitos registrados em 2005 para 2,5% em 2015 (PORTAL BRASIL, 2015).

O Brasil ainda apresenta coeficientes altos em relação a outros países, ocupando a (107<sup>a</sup>) na tabela de mortes de crianças, principalmente em relação às crianças menores de 5 anos, mesmo com a redução dos coeficientes de mortalidade infantil e da infância, e da tendência de homogeneidade segundo alguns determinantes sociais. Além disso, tem-se observado desigualdade regional, pois os melhores resultados permanecem concentrados nas regiões mais ricas do País e os óbitos infantis permaneceram desproporcionalmente concentrados nas regiões mais pobres. Entre 2000 e 2012, 47,6% do total de óbitos no País ocorreu no Norte e Nordeste do Brasil (CEARÁ, 2014).

No estado do Ceará, TMI apresenta redução progressiva, semelhante à situação epidemiológica nacional. Foi observada uma redução de 57% no período entre 1997 a 2013, com expressiva queda do componente pós-neonatal e estabilização do componente neonatal. O Estado do Ceará no ano de 2016 apresentou uma TMI de 12,9 por mil nascidos vivos, a menor registrada nos últimos anos. Entretanto observa-se que não há uma homogeneidade dentro dos municípios. Dos 184 municípios do estado, 24 atingiram TMI superior à 22,8 para cada mil nascidos vivos, representando 13,0% (CEARÁ, 2017).



Neste contexto, este estudo teve por objetivo descrever a taxa de mortalidade infantil traçando o perfil epidemiológico dos óbitos neonatais no Estado do Ceará entre os anos 2005 e 2015.

## METODOLOGIA

Estudo epidemiológico do tipo transversal, descritivo, analisou os óbitos do componente neonatal no período de 2005 a 2015, para o estado do Ceará, utilizando os óbitos registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). O levantamento dos dados foi realizado no DATASUS através do site <http://datasus.saude.gov.br/>. Inicialmente, foram coletados os números de óbitos em menores de um ano e de nascidos vivos de residentes no Estado do Ceará, para executar as taxa de mortalidade infantil, neonatal (precoce e tardia) e pós-neonatal no período. Posteriormente, foram analisadas variáveis da mãe e das crianças no período neonatal. Nas crianças foram avaliadas: faixa etária, sexo, peso e idade gestacional ao nascer, causa básica do óbito segundo capítulo do CID-10; e na genitora foram avaliadas: escolaridade, faixa etária, tipo de parto e relação do óbito com o parto. Os dados foram analisados no Programa Microsoft Excel 2013®, pertencente ao pacote Microsoft Office 2013®, for Windows® e apresentados em tabelas com os valores absolutos e percentuais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Ceará, no período de 2005 a 2015, foram registrados no SIM, 114.593 óbitos em menores de um ano, segundo local de residência. Destes 14.593 ocorreu no período neonatal, sendo 11.389 de 0-6 dias e

3.204 7-27 dias. O número de nascidos vivos, considerando Ceará como o local de residência mãe, contabilizou 1.444.568 para o período. Resultaram-se na TMI de 14,7 /1000 Nascidos Vivos (NV), 7,9/1000 NV para a taxa de mortalidade neonatal precoce, 2,2/ 1000 NV na taxa de mortalidade neonatal tardia e 4,6/1000 NV para a taxa mortalidade pós-neonatal. O componente neonatal precoce e tardio correspondeu a 68,9% da TMI no período em estudo.

Na tabela 1, está apresentado o perfil das crianças que evoluíram para óbito com menos de 1 ano. Em relação à idade 11.389 (78%) estavam na faixa de idade de 0-6 dias (período neonatal precoce) e 3.204 (22%) de 7-27 dias (período neonatal tardio). Esses resultados são compatíveis com vários estudos, como o estudo ecológico e exploratório realizado em microrregiões do estado de São Paulo de 2006 a 2010, através da avaliação de dados do DATASUS (ALMEIDA; GOMES; NASCIMENTO, 2014). Constata-se com estes resultados, que muito ainda precisa ser realizada pela Atenção Primária a Saúde (APS), uma vez que a mortalidade neonatal, quando ocorre em período precoce de nascimento, está associada à deficiência na assistência ofertada às gestantes e atenção não adequada aos recém-nascidos (MARENGA, 2008)

Quanto ao sexo, 8.225 (56,3%) eram do sexo masculino, 6.224 (42,7%) do sexo feminino. Os dados obtidos segundo a Idade Gestacional (IG) foram que a 8.848 (60,7%) foram prematuros (menores de 37 semanas) e destes, 2.901 (19,9%) apresentaram IG de 22-27 semanas (prematuridade extrema) e 3.460 (23,7%) eram a termo. Segundo o peso, 9.336 (64,1%) apresentaram peso < 2500g (baixo peso ao nascer) e destes 4.404 (30,2%) evoluíram para óbito com peso menos de 1000g (extremo baixo peso). Todos esses dados corroboram com estudo descritivo exploratório realizado no município de Ubá, Minas Gerais, para obter o perfil epidemiológico da mortalidade neonatal de 2008-2010. Nesse estudo, o coeficiente de mortalidade neonatal mostrou-se elevado para o sexo masculino, 62,07%. Quanto ao peso ao nascer, 82,76% foram os óbitos com peso inferior a 2500g, no qual, 58,62% com menos de 1000g, considerado baixo peso extremo. Em relação ao tempo de gestação, verifica-se que 86,20% dos óbitos ocorreram em recém-nascidos com menos de 37 semanas, 62,07% no período compreendido entre 22 e 27 semanas.

Uma das explicações para a maior TMI no sexo masculino é que esses recém-nascidos apresentam menor velocidade no processo de maturação dos pulmões durante o desenvolvimento fetal, o que os levaria a um maior risco de óbito quando comparados aos recém-nascidos do sexo feminino (NORONHA, TORRES; KALE, 2012).

A prematuridade é a principal causa de óbito neonatal em todas as regiões do Brasil (FRANÇA; LANSKY, 2016). Nessa casuística, esses dados deduzem a estreita relação entre mortalidade neonatal, prematuridade e baixo peso ao nascer (NORONHA; TORRES; KALE, 2012).

Quanto a causa do óbito segundo capítulos do CID-10, a maioria 14.041 (96,2%) foram algumas afecções originadas no período neonatal e malformações congênitas. Segundo estudo de coorte sobre a mortalidade neonatal na pesquisa Nascer no Brasil, a causa de morte neonatal mais comum foi a prematuridade e suas complicações (1/3 dos casos), seguidos pela malformação congênita (22,8%), as infecções (18,5%), os fatores maternos (10,4%) e asfixia/hipóxia (7%). Embora classicamente se aponte uma maior dificuldade na redução das mortes por malformações, deve-se ressaltar que a prevenção de uma parcela importante das malformações é possível, sobretudo as do sistema nervoso central, através do uso do ácido fólico (AMORIM, 2006).

Na tabela 2, está apresentado o perfil das genitoras cujos filhos evoluíram para óbito com menos de 1 ano. Foi observado que a maioria, 7.533 (51,6%) a faixa etária era de 20 a 34 anos. Segundo estudo de coorte retrospectiva realizado em 2005 no Rio de Janeiro, a probabilidade de morte entre os que nasceram de parto vaginal foi 50,0% maior quando comparada à mesma probabilidade para os que nasceram de parto cirúrgico. A Faixa etária materna mais comum foi de 20-34 anos 69,8% (NORONHA; TORRES; KALE, 2012).

Em relação a escolaridade, 9.161 (62,8%) apresentaram menos de 12 anos de estudo, o nascimento por parto vaginal ocorreu em 8.410 (57,6%) e o óbito aconteceu após o parto em 12.299 (84,3%). O grau de instrução é considerado por diversos autores como um marcador da condição sócio econômica da mãe e de sua família. Além disso, é um fator relacionado ao perfil cultural e a comportamentos ligados aos cuidados de saúde que têm um efeito importante na determinação da mortalidade infantil (MORAIS NETO et al, 2000).

**Tabela 1.** Faixa etária, sexo, peso ao nascer, duração da gestação e causa básica do óbito em crianças no período neonatal. Ceará, 2005 – 2015.

Variáveis neonatais	n=14593	%
Faixa Etária		
0 a 6 dias	11389	78
7 a 27 dias	3204	22
Sexo		
Masculino	8225	56,3
Feminino	6224	42,7
Ignorado	144	1
Peso ao Nascer		
<500	872	6
500 a 999	3532	24,2
1000 a 1499	1874	12,9
1500 a 2499	3058	21
2500 a 2999	1365	9,3
3000 a 3999	1929	13,2
4000 ou mais	238	1,6
Ignorado	1725	11,8
Duração da Gestação		
< 22	835	5,8
22 a 27	2901	19,9
28 a 31	2159	14,8
32 a 36	2953	20,2
37 a 41	3341	22,9
>42	119	0,8
Ignorado	2285	15,6
Causa Básica - Capítulo CID-10		
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	11801	80,9
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2240	15,3
Outras causas	552	3,8

Fonte: DATASUS/SIM

Tabela 2. Faixa etária, escolaridade, tipo de parto e relação com o parto das genitoras das crianças que evoluíram para óbito no período neonatal. Ceará, 2005 – 2015.

Variáveis Maternas	n=14593	%
Faixa Etária		
<20	3135	21,5
20-34	7533	51,6
>35	1505	10,3
Ignorado	2420	16,6
Escolaridade		
Nenhuma	699	4,8
1 a 3 anos	1592	10,9
4 a 7 anos	2970	20,3
8 a 11 anos	3900	26,8
12 anos e mais	983	6,7
Ignorado	4449	30,5
Tipo de Parto		
Vaginal	8410	57,6
Cesárea	4581	31,4
Ignorado	1602	11
Relação com o parto		
Antes	16	0,1
Durante	8	0,1
Após	12299	84,3
Ignorado	2270	15,5

Fonte: DATASUS/SIM

## CONCLUSÃO

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um importante indicador que reflete as condições saúde de uma população. Nos últimos anos, observamos uma diminuição dos valores com a melhora das condições de vida da população. Mas, o componente neonatal, principalmente o precoce, representa o maior percentual da TMI nos dias atuais. Sendo de extrema importância investir na assistência ao pré-natal, parto e puerpério para obter menores valores da TMI.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Milena Cristina Silva; GOMES, Camila Moraes Santos; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Análise espacial da mortalidade neonatal no estado de São Paulo, 2006–2010. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 32, n. 4, p. 374-380, 2014.

AMORIM, Melania Maria Ramos de et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 6, supl.1, p. s19- s25, May 2006.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. *Boletim Epidemiológico Mortalidade Infantil*, 2014.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. *Boletim Epidemiológico Mortalidade Materna, Infantil e Fetal*, 2017.

DE PAULA JÚNIOR, José Dionísio et al. Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/MG, Brasil (2008-2010). *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, v. 18, n. 3, p. 24-31, 2017.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. *Anais*, p. 1-29, 2016. GAVA, Caroline; CARDOSO, Andrey Moreira; BASTA, Paulo Cesar. Infant mortality by color or race from Rondônia, Brazilian Amazon. *Revista de saúde pública*, v. 51, 2017.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, p. 192-207, 2014.

MARENGA, TARCIANA ALBUQUERQUE et al. Mortalidade determinada por anomalias congênitas em Pernambuco, Brasil, de 1993 a 2003. *Rev Assoc Med Bras*, v. 54, n. 2, p. 122-6, 2008.

MORAIS NETO, Otaliba Libânio de et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. *Cadernos de saúde Pública*, 2000.

NORONHA, Gisele Almeida de; TORRES, Tania Guillén de; KALE, Pauline Lorena. Análise da sobrevivência infantil segundo características maternas, da gestação, do parto e do recém-nascido na coorte de nascimento de 2005 no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 419-430, set. 2012.

PORTAL BRASIL. <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/11/mortalidade-infantil-continua-em-queda-no-brasil>. Acesso em: 26 ago. 2017.

SIMÕES, C.C. A mortalidade infantil na década de 90 e alguns condicionantes sócioeconômicos. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003.

VICTORA C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL M.C.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C. ; SZWARCOWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## “VISITANDO HISTÓRIAS”: A ESCRITA LITERÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO/APRENDIZAGEM PARA O CUIDADO EM SAÚDE

Ana Paula Antero Lôbo<sup>1\*</sup>, Ellen Rafaela da Costa Silva<sup>1</sup>, Sabrina Silva dos Santos<sup>2</sup>

1. Residência Multiprofissional em Saúde - Escola de Saúde Pública, Fortaleza - Ceará - Brasil

2. Programa de Pós-Graduação - Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, Redenção - Ceará - Brasil.

E-mail: anapaula\_lobo@hotmail.com

Palavras-chave: Equipe Multiprofissional. Metodologia de Ensino Aprendizagem. Formação Continuada. Atenção Primária a Saúde.

### INTRODUÇÃO

A partir da Reforma Sanitária e do processo de redemocratização do Brasil, que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o modo de conceber e produzir saúde foi modificado. A saúde passou a ser vista de forma ampliada, perpassada por seus determinantes, sendo considerado um direito universal e dever do Estado (MOREIRA; DIAS, 2015).

Nesse contexto, a Constituição garantiu legalmente vários avanços sociais e impulsionou o campo das políticas públicas, que se tornou um grande espaço de atuação de diversas categorias profissionais (FERREIRA NETO, 2011). Inevitavelmente, essas transformações influenciaram nos processos de formação acadêmica, fundamentados, até então, em um modelo conteudista, com abordagem disciplinar, e desarticulado no âmbito teoria e prática (DAMIANCE et al., 2016).

Em decorrência disso, entre os anos de 2001 e 2004, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a área da saúde, tendo como referência a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, dentre outros documentos, consolidando a articulação entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) (DAMIANCE et al., 2016).

As diretrizes se constituem em orientações gerais para a elaboração de currículos e projetos políticos pedagógicos por parte de todas as Instituições de Ensino Superior (IES). O foco é a construção de um perfil acadêmico e profissional, pautado no desenvolvimento de competências, habilidades e conteúdos, capaz de atuar com qualidade, eficiência e resolubilidade, respeitando o processo de Reforma Sanitária (BRASIL, 2001).

Para promover mudanças na formação inicial e a aproximação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, o MS desenvolveu também projetos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET – Saúde) (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, as Residências Multiprofissionais em Saúde foram regulamentadas em 2005, como estratégia para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no SUS, especialmente, em áreas prioritárias, atendendo às necessidades socioepidemiológicas da população (BRASIL, 2005).

As residências multiprofissionais devem ser orientadas por estratégias pedagógicas capazes de formar profissionais críticos, conscientes de seus valores éticos e políticos, além de intencionar uma formação capaz de extrapolar os limites clínicos da condição de saúde-doença da população (PEDUZZI et al.; 2013).

Para isso, é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam uma visão humanista e integradora da realidade, sejam capazes de atuar em equipe, compartilhar saberes, desenvolver ações orientadas à comunidade, resolver problemas, tenham capacidade de gerência, dentre outras competências que se constroem a partir da aproximação entre formação e cenários de prática, juntamente com os sujeitos envolvidos nesse contexto (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006, 2010).

Autores como Perrenoud (1999) e Morin (2001) destacam ainda que os conhecimentos não devem ser tratados como centrais no processo educativo, mas utilizados como ferramentas no desenvolvimento de competências para os complexos problemas cotidianos. A educação, nessa perspectiva, critica a compartimentalização do conhecimento, privilegia o método de ensino e corresponsabiliza o aluno pela sua própria aprendizagem (PEREIRA; LAGES, 2013).

A concepção da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire (1987) corrobora com os pensamentos anteriormente mencionados, à medida que intenciona e propõe a emancipação e autonomia do sujeito. Na perspectiva do cuidado em saúde, o método freireano reflete no modo de “fazer saúde”, tendo em vista que, ao invés de processos

mecanizados, engessados, baseados em fatores isolados, o profissional de saúde/educando deverá estar envolvido na tríade ação-reflexão-ação.

Dessa forma, esse trabalho tem por objetivo relatar uma experiência metodológica de ensino/aprendizagem, desenvolvida no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Escola de Saúde Pública do estado do Ceará (ESP – CE), como forma de contribuir para uma formação que promova uma visão ampliada do processo saúde-doença e de seu respectivo cuidado por parte dos profissionais residentes.

## **METODOLOGIA**

As diretrizes pedagógicas inseridas na matriz curricular da Residência Multiprofissional em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS – ESP/CE), têm seu embasamento na educação permanente em saúde; aprendizagem pelo trabalho em ato; produção da saúde em defesa da vida; promoção da saúde e educação popular em saúde. Outrossim, o Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência apresenta um conjunto de atividades que objetiva a construção de sujeitos (profissionais-residentes) capazes de desenvolver competências a partir do ser, do fazer e do saber. As atividades pedagógicas do curso compreendem: I – Aprendizagem pelo trabalho (prática); II - Aprendizagem teórico-prática; III – Aprendizagem teórico-conceitual (OLIVEIRA; 2007, SANTOS; 2010).

Para a condução e formação dos residentes, levando em consideração as competências de aprendizagem teórico-prática e teórico-conceitual do Projeto Político Pedagógico da RIS, são designados preceptores de núcleo (específicos de cada categoria profissional) e preceptor de campo. Este tem por finalidade a condução de forma integral e integrada dos conteúdos pedagógicos, promovendo a inter e a multidisciplinaridade dentro da formação do residente. A preceptoría desenvolve suas práticas docentes a partir das vivências dos profissionais, que são discutidas em momentos denominados de “Roda de Núcleo” e “Roda de Campo”, priorizando a utilização de metodologias ativas e de teorias de ensino/aprendizagem, como de Paulo Freire (1987).

As rodas ocorrem semanalmente, no horário de serviço, pois a ideia é pensar o modelo de trabalho com espaços para discussão e empoderamento de ideias, de referências, que visem à melhoria e a qualidade da assistência prestada.

A Residência Multiprofissional em Saúde é composta por dois eixos: Comunitário, que compreende as ênfases Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Saúde Coletiva; e o eixo Hospitalar, dividido em especialidades (cancerologia, cardiopneumologia, enfermagem obstétrica, infectologia, neonatologia, neurologia e neurocirurgia, pediatria e urgência e emergência).

A experiência relatada nesse trabalho refere-se à residência do eixo comunitário da ênfase Saúde da Família e Comunidade – SFC, desenvolvida no município de Icapuí, litoral leste do estado do Ceará, cuja turma teve início em março de 2017. A equipe de residentes é formada por 02 fisioterapeutas, 01 psicóloga, 01 assistente social, 01 nutricionista e 02 enfermeiras, alocadas em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A ênfase Saúde da Família compreende a formação de profissionais para atuação no campo da Estratégia Saúde da Família (ESF), na sua forma individual e comunitária. Como base para a formação, além das conduções pedagógicas, os profissionais atuam junto às equipes de referência dos municípios onde a residência acontece, ou seja, no próprio território das equipes de saúde.

No mês de junho de 2017, a partir das rodas de campo, passados os processos de territorialização e de ambientação com as propostas metodológicas da ESP, as residentes, juntamente com a preceptora de campo, propuseram a construção de textos, em forma de crônicas literárias (narrativa histórica baseada em fatos cotidianos, a partir da visão crítica do autor) (FERREIRA, 2010), das histórias e vivências ouvidas/vividas nos atendimentos domiciliares.

O atendimento domiciliar é uma prática comum na residência, que ocorre semanalmente, seja de forma individual, por um só profissional, ou por duplas de categorias profissionais diferentes. Este último funciona no intuito de compartilhar potencialidades e saberes, gerando experiências para os profissionais e atendimento integral efetivo aos usuários (BRASIL, 2009).

As pessoas e/ou famílias atendidas são de diferentes faixas etárias; apresentam demandas clínicas singulares e diversificadas as quais podem necessitar de atendimentos pontuais e emergentes, bem como de acompanhamento longitudinal. Dessa forma, a construção dos textos, em forma de crônicas, intenciona a amplitude do olhar das profissionais residentes para além de diagnósticos e prognósticos individuais e coletivos, à medida que proporciona a construção das histórias, a partir do que percebem nas situações e, também, do que lhes afeta. Os textos são sistematizados e apresentados nas rodas, como forma de contribuir para a discussão dos casos e/ou dos conteúdos a serem abordados no círculo de discussão. Não existe a obrigatoriedade da produção dos textos, todavia a sua construção é estimulada, pois se acredita que a possibilidade de aprendizagem que esse método gera é, antes de tudo, humanizado e cheio de significações pedagógicas e metodológicas para a formação em saúde das residentes. Até o momento, foram contabilizados quatro escritos, assim intitulados: “O contar da vida”,

“A loucura invadiu o Olimpo”, “Incondicionalmente” e “A energia de si” (dois textos de autoria da residente psicóloga e dois da residente fisioterapeuta, respectivamente).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a mudança no modelo de atenção à saúde, reforçada com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), o perfil de competências dos profissionais que atuam na área deveria se aproximar das necessidades sociais e dos processos de trabalho, assim como ser condizente com os princípios e diretrizes do SUS (MOREIRA; DIAS, 2015). O trabalho na ESF requer dos profissionais atributos como atenção, comprometimento, sensibilidade, dentre outras competências capazes de promover o fortalecimento dos vínculos e o cuidado efetivo (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; RONZANI; SILVA, 2008).

Na crônica intitulada “O contar da vida”, a residente de psicologia descreve o local do atendimento domiciliar, desde a chegada, atentando-se para os detalhes, muitas vezes, escondidos pela dinâmica atribulada dos processos de trabalho. Constrói o texto, baseado no caso, cuja demanda era fisioterápica, e retrata sua percepção a partir dos sentimentos, histórias e lembranças extraídas do sujeito do atendimento domiciliar e de sua família, que estavam por trás dos sintomas apresentados.

Para Mitre et al. (2008), é necessário ter sempre diante dos olhos — e dentro do coração — o respeito à autonomia do paciente no processo de produção e educação em saúde, expressão e apreensão do conhecimento, numa perspectiva de transformação da realidade, pois conhecer também é transformar. A construção da crônica, então, excede o simples ato de escrever um texto. Faz parte de um processo de potencialização dos serviços onde a reflexão coletiva, o diálogo, o reconhecimento do contexto e território são o alicerce da integralidade em saúde, buscando sempre o equilíbrio entre teoria e prática, ciência e crença, razão e emoção.

Ainda de autoria da profissional de psicologia, o texto “A loucura invadiu o Olimpo”, destaca a discriminação da comunidade e de alguns profissionais de saúde com relação à uma família, cujos membros apresentam transtornos mentais. O olhar da psicóloga recai também sobre a prevenção e promoção da saúde e traz uma reflexão acerca dos diagnósticos atribuídos no caso, fazendo uma analogia à mitologia grega.

Neste cenário, os desafios e as perspectivas que se propõem para um cuidado integral, versam por conduções que estão além dos paradigmas clínicos. É necessária a amplitude do olhar patológico, de modo que este se dirija para o cuidado multi e interdisciplinar (MERHY, FEUERWERKER, 2009).

Em “Incondicionalmente”, a fisioterapeuta retrata uma história, baseada em um caso de tentativa de suicídio que culminou em uma paralisia dos membros inferiores. Porém, o que chamou sua atenção foram outros fatores que extrapolavam sua clínica, sua especialidade. Foram os afetos demonstrados no atendimento que conduziram seu olhar e sua escrita, destacando outras necessidades mais urgentes daquela pessoa: a reconstrução de sua família.

O texto “A energia de si”, que relata o viver e o lidar com as adversidades de um idoso acometido por uma grave fratura, também parte da premissa da singularidade do sujeito e da percepção de que cada pessoa reage de forma diferente aos acontecimentos da vida. Por isso, a importância da escuta e da suspensão dos valores pré-concebidos.

A escuta e o respeito constituem-se como base para o acolhimento, sendo este a construção de uma relação de confiança e compromisso, onde o outro é reconhecido em sua legítima e singular necessidade de saúde. Percebe-se, portanto que, a abordagem da profissional, se pautou na humanização em saúde que, sendo uma política transversal, ultrapassa as fronteiras dos núcleos profissionais no intuito de estabelecer um vínculo com o paciente que perpassa o tratamento cínico na intenção de promover o cuidado de forma libertadora, com autonomia e empoderamento, valendo-se de práticas pautadas nas tecnologias leves, no interprofissional e nas necessidades de saúde do sujeito, fundamental no processo de cuidado (BRASIL, 2004).

Ao serem compartilhadas nas rodas de campo, as crônicas contribuíram para uma discussão ampliada do processo saúde-doença, enriquecendo os diagnósticos, não prescindindo da percepção dos afetos envolvidos e respeitando a singularidade dos sujeitos.

O sentido de “Roda” diz respeito à forma como a condução do ensino/aprendizagem entre docente e discente (preceptor e residente) ocorre. Na roda, todos são capazes e competentes para contribuir; os conhecimentos são somados e disseminados entre todos. Não há “educação bancária” (FREIRE, 1987) por parte do preceptor (só deposita o conhecimento sem qualquer retaliação de quem recebe), pois o diálogo nesse processo é horizontalizado, o conhecimento se desenrola e circula por meio de todos. O conhecimento se constrói por meio do que se adquire no campo de atuação e se materializa com as referências teóricas pautadas na roda. É formação no e pelo serviço; é a materialização do conceito e da teoria na prática e/ou a prática que reforça o que está posto pelos educadores.

Desse modo, mesmo com a incorporação das denominadas tecnologias duras no processo de cuidado, como equipamentos e aparelhos permanentes e suas normas, corrobora-se a ideia de que, o binômio profissional-sujeito (paciente) nunca poderá operar e construir cuidado de forma separada, não sendo esta prática passiva da operacionalização de maquinários. Outrossim, são as práticas criadas, inventadas e reinventadas por meio das tecnologias leves que remetem à valorização do cuidado integral e humanizado, pois permitem a inclusão de ações que valorizem, por exemplo, a história de vida ou de doença do sujeito, permitindo olhar o outro dentro das suas condições de vida individual e coletiva (MERHY, FEUERWERKER, 2009).

Assim, ao passo que concede aproximação com o sujeito, o uso da construção de crônicas literárias como estratégia metodológica de ensino/aprendizagem, enriquece e potencializa também o trabalho em saúde vivo e em constante atuação, abrindo precedentes para o equilíbrio entre as tecnologias leves e tecnologias leve-duras, consolidando uma assistência que extrapola os muros do técnico-científico e visualiza outras formas, igualmente exitosas, do cuidado humanizado em saúde.

As limitações do estudo recaem sobre a prematuridade da experiência, não sendo possível ainda contar com a participação de toda a equipe, nem de uma sistematização dos resultados alcançados. Porém, isso não prescinde de sua importância, quando são observados nos textos construídos e nas discussões fomentadas, a articulação dos conhecimentos adquiridos com os determinantes de saúde, singulares para cada território e caso; a busca pela formação técnica e humanística, impulsionada pelas próprias residentes e potencializada pela preceptoria, a partir de uma relação horizontal de construção do conhecimento; e por fim, a concretização dos objetivos da residência, tornando-a potencial instrumento de transformação social, a partir de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença.

## CONCLUSÃO

O método da escrita, como forma de registrar o que se vive e se deixa afetar na prática cotidiana dos serviços de saúde, representa a construção de saberes, a partir de espaços que envolvem um olhar disposto a enxergar o outro na sua totalidade. Assim, a construção das crônicas pelas profissionais residentes suscitou a reflexão dos casos, a partir de uma outra perspectiva: a do sujeito integral, holístico.

Os Programas de Residências vêm mostrando, portanto, sua importância em um cenário de grandes transformações e conflitos políticos, no momento em que concebe, em seu Plano Político Pedagógico, a ideia da formação no cenário de prática, junto aos conflitos de trabalhos, profissionais e sujeitos reais, na intenção de disparar reflexões que não estão pautadas, apenas, em conteúdos, mas que fomentam a construção da criticidade e reflexão pelo trabalho vivo em ato.

Considera-se ainda o potencial para reescrever essa experiência ao final da residência, a fim de analisar novos resultados e ter, como produção final, a publicação de um livro intitulado "Visitando histórias", cujos preceitos éticos serão respeitados. A partilha dessas vivências poderá proporcionar o incremento de métodos cada vez mais diversificados de produzir saúde, favorecendo mudanças no estado de saúde do paciente, e também, na condição de cuidado e assistência oferecida pelo profissional.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Parecer nº 1.133, de 7 de outubro de 2001.** Dispõe as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Odontologia. Brasília: Ministério da Saúde/Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da saúde, 2009.

DAMIANCE, P. R. M. et al. Formação acadêmica para o SUS X Competência pedagógica do formador: algumas considerações para o debate. **SALUSVITA**, Bauru, v. 35, n. 3, p. 453-474, 2016.

FERREIRA, A. B. H. Dicionário da língua portuguesa. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS.** São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig,



2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro; 17a ed. Paz e Terra, 1987.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, p. 29-74. 2009.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, p. 2133-2144, 2008.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 3, p. 300-305, 2015.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **REME – Rev. Min. Enf.**; v. 10, n. 4, p. 435-439, out./dez. 2006.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

OLIVEIRA, F. R. **Residência multiprofissional em saúde da família: limites e possibilidades para mudanças na formação profissional** [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 4, p. 977-83. 2013.

PEREIRA, I. D. F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, maio/ago. 2013.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família: segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, jan./fev. 2008.

SANTOS, F. A. **Análise crítica dos projetos políticos-pedagógicos de dois programas de residência multiprofissional em saúde da família** [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; 2010.

## **AGRADECIMENTOS**

À Escola de Saúde Pública do estado do Ceará (ESP – CE) e à Prefeitura Municipal de Icapuí (CE).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA: UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA INFÂNCIA.

**Maria Williany Silva Ventura<sup>1\*</sup>, Dayanne Rakelly de Oliveira<sup>2</sup>, Doelam Coelho dos Reis<sup>3</sup>, Maria de Fátima Esmeraldo Ramos Figueiredo<sup>4</sup>, Thais Aquino Carneiro<sup>5</sup>, Simone Soares Damasceno<sup>6</sup>.**

1. Enfermeira, graduada pela Universidade Regional do Cariri; Residência multiprofissional em saúde da mulher e da criança, Universidade Federal de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Enfermeira, Doutora, Docente da Universidade Regional do Cariri-URCA; Crato-Ceará-Brasil.

3. Enfermeira graduada pela Universidade de Fortaleza; Fortaleza-Ceará-Brasil.

4. Enfermeira. Mestre. Docente da Universidade Regional do Cariri-URCA;

5. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

6. Enfermeira. Mestre. Docente da Universidade Regional do Cariri-URCA Crato-Ceará-Brasil. (Orientadora).

E-mail: williany\_ventura@hotmail.com.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Saúde da criança. Aleitamento Materno.

### INTRODUÇÃO

A evolução das políticas mundiais de apoio à amamentação culminou na criação em 1990 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Resultado do encontro “Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative” organizado pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, na cidade de Florença na Itália. Na atualidade, sua origem ainda é considerada um dos marcos mais efetivo para o fortalecimento do aleitamento materno e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2011a; UNICEF-BRASIL, 2016b). Neste evento os governantes, ONGs e defensores da amamentação de todos os países do mundo chegaram a um consenso sobre as ações para melhorar os índices de amamentação, criando a Declaração de Innocenti onde se estabeleceram metas a serem alcançadas até o ano de 1995: Criação de um comitê nacional de aleitamento materno; implementação em todas as maternidades dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”; execução de um Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno; e elaboração uma legislação para defesa do direito ao aleitamento para mulheres que trabalham (DECLARAÇÃO DE INNOCENTI, 1990). Estipulou-se, então que o hospital que conseguisse aderir aos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” seria intitulado como “Hospital Amigo da Criança”. Segue a descrição cada um dos dez passos: “1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde. 2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política. 3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno. 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos. 6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica. 7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia. 8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda. 9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas. 10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade” (UNICEF-BRASIL, 2016c). Antes da instituição da IHAC, o Brasil já atuava no incentivo a amamentação através da criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em 1981, estratégia que visava melhorar os indicadores relacionados à amamentação, com especial atenção aos recém-nascidos em situações de alto risco. Após o surgimento IHAC no contexto mundial o Brasil integrou-a as suas estratégias (BRASIL, 2014a; SOUSA et al, 2015). Além das regras estabelecidas pelos órgãos internacionais para adesão da IHAC, anos depois da sua implementação, o governo brasileiro adicionou outros critérios para a aprovação dos hospitais na IHAC, abaixo citamos alguns: Garantir livre acesso da mãe e pai ao recém-nascido; cumprir o cuidado amigo da mulher; garantir acompanhante durante a internação da maternidade, reduzir procedimentos invasivos e cesarianas. Destacamos que as Portarias nº. 756/16 de dezembro de 2004 e nº 80, de 24 de fevereiro de 2011 já estabeleciam a redução das cesarianas como fator essencial para aprovação dos hospitais. Esta recomendação resultou na redução do número de hospitais credenciados, sendo que desde 2004 a adesão vem se tornando mais lenta (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2004). Para incentivar a inserção da IHAC nas maternidades brasileiras o governo adotou um sistema de beneficiação financeira, acrescentando-se 17% no valor do parto normal, 8,5% no cesáreo e 8,5% na assistência ao recém-nascido em sala de parto (BRASIL, 2014b). Uma das últimas ações do governo brasileiro voltadas ao tema foi a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em agosto de 2015, através da Portaria nº 1.130, a qual sintetiza os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança, objetivando proteger a saúde infantil e o aleitamento materno, com vistas à redução da morbidade e

mortalidade infantil (BRASIL, 2015b; KALIL, 2015). A PNAISC é voltada a sete eixos, e um deles refere-se ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Este eixo vem reafirmar as vantagens do aleitamento materno para a criança, mãe, família e a sociedade, e cita nove ações estratégicas na qual está incluída a IHAC, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA); Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (EAAB); implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e mobilização social em aleitamento materno (BRASIL, 2015b).

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de abordagem quantitativa, realizada de agosto a outubro de 2016, com intuito realizar um panorama da produção científica brasileira acerca do tema exposto nos últimos cinco anos. Para isto utilizou-se o levantamento dos artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com a palavra-chave “Iniciativa Hospital amigo da Criança” na qual encontraram-se 108 artigos, após a utilização do filtro “artigos disponíveis” e restrição dos anos de 2011 a 2015, restaram-se 25 artigos. Após a leitura do título e resumo excluíram-se três artigos por serem repetidos e cinco por não se adequarem à temática, totalizando ao final da busca 17 estudos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos artigos encontrados, os anos que mais publicaram foram 2011 e 2013 com cinco artigos cada, seguido 2012 com três, 2014 com dois e 2015 com apenas um artigo. Percebe-se, assim certa diminuição de estudos publicados sobre a temática no decorrer do tempo. Quanto aos locais de realização das pesquisas, destacam-se São Paulo com seis publicações, seguido do Rio de Janeiro com cinco, Bahia e Paraná com dois artigos cada e Pernambuco e Espírito Santo com um artigo cada. Destaca-se a inexistência de artigos sobre a temática realizados no Ceará e em outros estados brasileiros. Escolhemos distribuir esses artigos em temáticas em comum, e através disso facilitar a compreensão do assunto exposto, dessa forma segue essa divisão: Cinco artigos (29,41%) avaliaram a promoção ao aleitamento materno em HAC, três artigos (17,64%) avaliaram somente o quarto passo para sucesso do aleitamento materno, três artigos (17,64%) realizaram revisões bibliográficas relacionadas ao HAC, três artigos (17,64%) compararam hospitais cadastrados na IHAC e não cadastrados, um artigo (5,88%) trouxe a descrição da implementação da IHAC em um hospital, um artigo (5,88%) abordou a utilização do monitoramento computadorizado para HAC e um artigo (5,88%) avaliou a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses em crianças nascidas em HAC. Dessa forma, nota-se o maior percentual de artigos na temática “Avaliação da promoção ao aleitamento materno em HAC”. Salienta-se que todos os cinco artigos utilizaram como método de análise o questionário de autoavaliação elaborado pela OMS com enfoque a obtenção de 80% de respostas satisfatórias em cada um dos dez passos. Desses estudos Lopes et al, (2013) identificaram o seguimento dos passos 4º ao 9º, já a pesquisa de Souza et al (2011), relatou-se a dificuldade na adesão dos passos 4º, 5º e 10º (LOPES et al, 2013; SOUZA et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2012; OLIVEIRA; SANTO, 2013; PASSANHA,

2012). Três estudos focaram em analisar somente o quarto passo da IHAC, que trata da ajuda às mães para iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, estes abordaram os fatores que interferem o seguimento de tal passo e a importância do contato pele a pele para a promoção do aleitamento materno (BOCCOLINI et al, 2011; PEREIRA et al, 2013; D'ARTIBALE; BERCINI, 2014a). Observa-se que 17,64% das pesquisas foram revisões de literatura, todos os artigos verificaram o impacto da iniciativa no aumento da amamentação e diminuição das práticas hospitalares que influenciam ao desmame precoce. Figueredo, Mattar e Abrão (2012) sobressaíram por realizarem a separação e discussão dos artigos analisados em seu estudo de revisão de acordo com dez passos. (UEMA et al, 2015; SILVA; MONTEIRO, 2014). Observa-se que três estudos compararam hospitais cadastrados na IHAC e não cadastrados. Ortiz et al, (2011) compararam o seguimento dos passos de 4 a 10 dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em hospitais possuem o título HAC e os que não possuem em Salvador – BA, verificando-se as vantagens do hospital com a iniciativa quanto aos passos 5, 6, 8 e 9 no HAC, sendo idênticos os passos 4, 7 e 10. O segundo artigo (SAMPAIO et al, 2011) mostrou que as taxas de AME eram duas vezes maiores em crianças nascidas em HAC, do que em hospitais sem o título. O terceiro estudo (NASCIMENTO et al, 2013), evidenciou que as orientações as gestantes sobre como amamentar, livre demanda, não uso de bicos e outros leites, são mais amplas em HAC. Estas pesquisas reafirmam a importância desta iniciativa para a promoção do aleitamento materno no contexto brasileiro. Apenas um estudo descreveu a implementação da Iniciativa em um hospital, este mostrou os benefícios gerados por esta ação no referido hospital: “Salientamos o aumento do índice de aleitamento materno exclusivo em torno de 95% [...] A melhora do entrosamento e da integração entre os diversos setores envolvidos com a IHAC foi um fator que proporcionou harmonia às equipes.[...] Mudanças no processo de cuidar do recém – nascido e da mãe [...] Maior monitorização das dificuldades das mães em relação ao manejo do aleitamento materno foi capaz de diminuir o estresse da mãe e do recém-nascido, o número de fissuras, ingurgitamentos” (VANNUCHI; MONTEIRO; RÉA,

2012, p. 106). Uma pesquisa relatou a utilização monitoramento do computadorizado para HAC, sendo exposto a sua facilidade, eficiência e economia comparado à avaliação externa. Destaca-se também a importância deste método principalmente em países de difícil acesso geográfico (TOMA; REA, 2011) A pesquisa sobre a prevalência de aleitamento materno exclusivo em um hospital cadastrado na iniciativa (IHAC) demonstrou que o aleitamento exclusivo foi alto no início do acompanhamento (99%) e decrescendo com o passar do tempo (dos meses 1 a 6 as prevalências foram de 75%, 67%, 52%, 33%, 19% e 6% respectivamente). Os motivos para diminuição foram a volta a rotina de trabalho, não recebimento de orientações sobre a pega e posição, problemas mamários entre outros. (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013).

## CONCLUSÃO

Notou-se a partir deste trabalho a importância da IHAC para o estabelecimento do aleitamento materno e consequentemente na promoção da saúde infantil através da prevenção das morbidades e mortalidade nessa fase da vida. Verificou-se nos estudos aqui descritos, o diferencial que possuem os hospitais que são credenciados na iniciativa e a repercussão dessa estratégia na promoção da amamentação, principalmente nos seis meses de vida. Percebeu-se o caráter multifatorial dos assuntos abordados nos artigos, no qual houve a descrição desde o processo avaliativo da IHAC até a monitorização computadorizada. Observamos a inexistência de publicação de estudos sobre a temática no Ceará e em outros estados brasileiros e a diminuição de produção de artigos no decorrer dos anos, dessa forma salienta-se a necessidade de estudos que abordem o assunto nos mais amplos locais do nosso país e o fortalecimento das pesquisas no decorrer dos anos.

## REFERÊNCIAS

- BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C.; VASCONCELLOS, A. G. G. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 69-78, Fev. 2011.
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. 19p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf) Acesso em: 21 de agosto de 2016.
- \_\_\_\_\_. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2014a.
- \_\_\_\_\_. Portaria n.º 80, de 24 de fevereiro de 2011. Estabelece normas para o processo de habilitação do hospital amigo da criança integrante do sistema único de saúde - SUS. **Diário oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 01 Mar, 2011b. Seção 1, p. 50.
- \_\_\_\_\_. Portaria n.º 756/16, de dezembro de 2004. Estabelece normas para o processo de habilitação do hospital amigo da criança integrante do sistema único de saúde – sus. **Diário oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 17 Dez. 2004. Seção 1, p. 99-100.
- \_\_\_\_\_. Portaria n.º 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 28 Mai, 2014b. Seção 1, p. 43-45.
- \_\_\_\_\_. Portaria n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 06 Ago. 2015b, Seção 1, p. 38-39.
- D'ARTIBALE, E. F.; BERCINI, L. O. A prática do quarto passo da iniciativa hospital amigo da criança. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 356-364, 2014a.
- DECLARAÇÃO DE INNOCENTI: Sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno. Agosto, 1990. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_innocenti.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_innocenti.pdf) Acesso em: 12 de outubro de 2016
- FIGUEREDO, S. F; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO A. C. F. V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47 n. 6, p.1291-1297, 2013;
- \_\_\_\_\_. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012.

- KALIL, Irene Rocha. Características gerais do modelo estatal de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e suas estratégias. In: **De silêncio e som: A produção de sentidos nos discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros**. 2015. 270f. Tese (Doutorado em Ciências) Programa De Pós-Graduação em Informação e Comunicação Em Saúde – PPGICS, Rio de Janeiro, 2015, p.101-103.
- LOPES, S. S.; LAIGNIER, M. R.; PRIMO, C. C.; LEITE, F. M. C. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: avaliação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. **Rev. Paul. Pediatría**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 488-493, 2013.
- NASCIMENTO, V. C.; OLIVEIRA, M. I. C.; ALVES, V. H.; SILVA, K. S. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2 p. 147-159 abr./jun. 2013.
- OLIVEIRA, L. S.; SANTO, A. C. G. E. O processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob o olhar dos avaliadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 13, n. 4, p. 297-307, out./dez. 2013.
- OLIVEIRA, M. I. C.; HARTZ, Z. M. A.; NASCIMENTO, V. C.; SILVA, K. S. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, **Brasil**. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 12, n. 3, p. 281-295, jul./set. 2012.
- ORTIZ, P. N.; ROLIM, R. B.; SOUZA, M. F. L.; SOARES, P. L.; VIEIRA, T. O.; VIEIRA, G. O.; LYRA, P. P. R.; SILVA, L. R. Comparing breast feeding practices in baby friendly and non-accredited hospitals in Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 405-413, out./dez. 2011.
- PASSANHA, Adriana. Resumo. In: **Padrão de aleitamento materno em menores de seis meses do município de Ribeirão Preto, segundo apoio recebido nas maternidades e no acompanhamento ambulatorial**. 2012. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2012, p. 8.
- PEREIRA, C. R. V. R.; FONSECA, V. M.; OLIVEIRA, M. I. C.; SOUZA, I. E. O.; MELLO, R. R. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 16 n. 2 p. 525-534, 2013.
- SAMPAIO, P. F.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E.; OLIVEIRA, A. S. D.; LOBATO, G. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.7, p. 1349-1361, jul. 2011.
- SILVA, M. M.; MONTEIRO, J. C. S. Atuação dos profissionais de saúde na realização das ações pró-amamentação: revisão da literatura. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 19 n. 1 p. 153-158, Jan./Mar. 2014.
- SOUZA, F.; CLARO, M. L.; SOUSA, A. L.; LIMA, L. H. O. Avanços e desafios do aleitamento materno no brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Promoc. Saúde**, Fortaleza, v. 28 n. 3, p. 434-442, jul./set. 2015.
- SOUZA, M. F. L.; ORTIZ, P. N.; SOARES, P. L.; VIEIRA, T. O.; VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. **Revista Paulista de Pediatría**, v. 29, n. 4, p. 502-8, 2011.
- TOMA, T. S.; REA, M. F. La iniciativa hospital amigo de la niñez y la herramienta computarizada para su monitoreo y sustentabilidade. **Rev Panam Salud Publica**, Washington – US, v. 30, n. 5, p. 505-506, 2011.
- UEMA, R. T. B.; SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; CAPELLINI, V. K. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 349-362, ago. 2015.
- UNICEF-BRASIL. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9994.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm) Acesso em: 01 de setembro de 2016b.
- \_\_\_\_\_. **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9999.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm) Acesso em: 12 de outubro de 2016c
- VANNUCHI, M. T. O.; MONTEIRO, C. A.; RÉA, M. F. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um hospital universitário. **Cienc Cuid Saude**, Paraná, v. 11, n. 1, p. 102-107, 2012.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a professora Mestre Simone Soares Damasceno pela disponibilidade e atenção dada no decorrer do desenvolvimento dessa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## FATORES INTERVENIENTES DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NO PUERPÉRIO PELA PERSPECTIVA DA TEORIA DO CONFORTO.

**Yane Maia Romcy<sup>1\*</sup>, Glícia Mesquita Martiniano Mendonça<sup>2</sup>, Marinnara Higino Gomes de Sousa<sup>3</sup>, Raquel Silveira Mendes<sup>4</sup>, Francisca Samara Sousa Alves<sup>5</sup>, Ana Virginia de Melo Fialho<sup>6</sup>**

1. Discente de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará/Fortaleza. Bolsista PIBIC/CNPQ do Grupo de Pesquisa GRUPESME – Saúde da mulher.

2. Mestranda em Enfermagem pelo Programa Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Santa Quitéria, Ceará-Brasil.

3. Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

4. Mestre em cuidados clínicos em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará/Fortaleza

5. Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

6. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Líder do GRUPESME/UECE

Email: yaneromcy@hotmail.com

Palavras-chave: Puerpério. Teoria do conforto. Enfermagem. Qualidade de Vida.

### INTRODUÇÃO

O puerpério é caracterizado por grandes alterações anatômicas, fisiológicas, sociais, emocionais e as modificações deste período podem estar ligadas a questões psicológicas, sexuais e, inclusive, familiares (BRASIL, 2016)

O puerpério imediato representa a fase pós-parto onde a mulher passa por intensas modificações físicas e emocionais até que retorne para seu estado inicial anterior a gravidez, porém além de vivenciar essas intensas modificações a mulher precisa em paralelo se adaptar a sua rotina de exercer sua maternidade.

Ressalta-se que apesar do puerpério ser um período de grande vulnerabilidade para a mulher, a atenção da equipe de saúde neste período direciona-se de modo prevalente para o recém-nascido. Assim, a puérpera, muitas vezes, deixa de ser percebida como um ser que necessita de cuidados (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

Portanto ao cuidar da puérpera, o enfermeiro deve compreender o puerpério como um período variável no qual ocorrem as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna. Ressalta-se que os cuidados de enfermagem têm o objetivo inicial de ajudar na adaptação aos processos de vida e nas situações de saúde/doença vivenciadas pela pessoa que recebe os cuidados, e colaboram também para a ação de outros profissionais na resolução dos agravos de saúde que acometem o indivíduo. Esses cuidados não estão limitados à competência técnica, mas devem incluir o sentido do humano (MENDES, 2009).

Um estudo realizado em Salvador, Bahia, para identificar as necessidades de cuidado de 25 puérperas, observou: necessidade de ser respeitada, de ser ouvida e se sentir segura, de orientação e informação, de cuidado com o corpo, de aeração do ambiente e lazer, de ter uma melhor alimentação e de descanso (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Qualidade de vida é um conceito multidisciplinar, ainda possui muitas divergências em sua definição. Para muitos QV é sinônimo de bem-estar (ALMEIDA, 2012).

Segundo Kolcaba (2003) QV é definida como um resultado comum de assistência ao paciente que demonstra satisfação acerca de seu papel social e sua capacidade de exercer este papel de modo desejável.

Observa-se, portanto, que qualidade de vida (QV) é um conceito complexo e com variâncias de definições que pode ser influenciada por diferentes fatores que cabe a cada mulher perceber na sua vivência de puerpério quais desses fatores estão influenciado diretamente ou indiretamente na sua qualidade de vida.

Assim os profissionais de saúde devem se preocupar com estes fatores, objetivando identificá-los e buscando intervir para a sua melhoria, conforme proposto pela Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual objetiva promover a QV e reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2010)

Esta pesquisa objetiva a identificação dos fatores intervenientes do conforto e da qualidade devida de puérperas e as necessidades de conforto relacionadas nos contextos ambiental e sociocultural, a partir do referencial teórico de Kolcaba.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no durante o mês de janeiro/2017, no Hospital Municipal de Maracanaú, referência em saúde da mulher no estado do Ceará.

Foi utilizado um instrumento, produzido em parceria com as enfermeiras que prestam o cuidado para as puérperas contendo os dados sociodemográficos, dados obstétricos e questões norteadoras acerca das necessidades de conforto da puérpera nos contextos: físico, ambiental, psicoespiritual e sociocultural. O fechamento amostral se deu por saturação teórica.

Primeiramente a puérpera foi convidada a participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após os devidos esclarecimentos. As entrevistas foram gravadas mediante autorização prévia das participantes do estudo, e transcritas para que nenhuma informação importante pudesse ser desconsiderada ou esquecida pelo pesquisador.

A partir da observação dos fatores intervenientes do conforto e da QV de puérperas foram planejadas ações de cuidado clínico de enfermagem, fundamentadas na teoria do conforto de Kolcaba, que foram implementadas. Após implementação dos cuidados de enfermagem as puérperas foram questionadas sobre como se sentiam após as ações de cuidado. A análise dos dados foi feita a partir da teoria de Kolcaba como forma de fundamentação teórica.

O estudo ocorreu em consonância com a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,2012), garantindo o sigilo e o anonimato, no intuito de preservá-los em sua identidade e privacidade e foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE com aprovação sobre o número do parecer: 1.691.585.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados da pesquisa foram organizados em categorias que demonstram os fatores intervenientes do conforto e da qualidade de vida de puérperas e as necessidades de conforto relacionadas nos contextos ambiental e sociocultural, a partir do referencial teórico de Kolcaba.

Ressalta-se que o puerpério imedito é o período puerperal em que a mulher vivencia modificações e adaptações que podem influenciar seu conforto e QV gerando necessidades particulares à este período que requerem atenção do enfermeiro que assiste à mulher durante sua internação hospitalar após o parto.

Torna-se relevante conhecer os fatores intervenientes que estão relacionados aos contextos ambiental e sociocultural das mulheres em puerpério imediato pois estão relacionados com seu bem-estar e conforto no puerpério imediato com seu retorno para o domicílio e família.

Para Kolcaba (2003) o contexto ambiental relaciona-se ao plano externo da experiência humana (temperatura, luz, som, odor, cor, mobiliário, vista da janela, acesso à natureza).

Neste contexto foram elencadas os discursos identificados pelas pesquisadoras onde as mulheres expressaram suas percepções relacionadas ao ambiente e o conforto na promoção de qualidade de vida.

“O calor incomoda, fala que é quente o ambiente na maioria das vezes. (PEC10- PC)”

“Um pouco quente... mas se diminuir o ar condicionado será que é bom para ele (referindo-se ao filho)? (PEC13-EPC1)”

“Ar condicionado muito frio para ela (RN). Traga o controle do ar condicionado para diminuir. (PEC24-EPC1)”

“Ambiente sem privacidade alguma’ (PEC23-PC)”

“Apenas as muriçocas incomodam durante a noite, o restante está muito bom. (PEC4-PC)”

Através dos discursos é possível perceber que as puérperas se sentem incomodadas com a temperatura do ambiente e com perturbações provocadas pela presença de mosquitos durante sua internação.

Contudo, é perceptível no discurso dessa nova mãe o direcionamento de sua preocupação com a promoção do conforto de seu filho, confirmando a constatação apresentada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) onde ressalta que a principal preocupação da mãe, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido. Podendo indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância do período puerperal (BRASIL, 2011).

Os discursos apresentados evidenciam, também outro ponto de grande relevância que trata-se da presença de mosquitos no ambiente de internação e reforça os cuidados relacionados à transmissão de doenças por vetores como o *Aedes Aegypti*, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou um alerta e decretou estado de emergência internacional em função do aumento da incidência de microcefalia em zonas endêmicas com proliferação do vírus Zika (GULLAND, 2016).



Outro contexto analisado nesta pesquisa como forma de identificar fatores intervenientes para promoção do conforto e qualidade de vida de puérperas foi o contexto sociocultural.

Para Kolcaba (2003) o contexto sociocultural é relativo as relações interpessoais, família, sociedade (finanças, ensino), assim como cultura, com suas tradições familiares, rituais e práticas religiosas.

Foram apresentados os discursos das participantes relacionados à este contexto a seguir:

“Durante a noite não encontrou os profissionais para ajudá-la. Está sentindo-se bem apoiada pelo companheiro e não demonstra outras necessidades. (PEC5- PC)”

“Falta de atenção dos profissionais. Reclamou que ela que tem que cobrar de 3 em 3 horas o complemento da alimentação da sua filha. Falta de compromisso dos profissionais. (PEC23-PC)”

“Desconforto pela pouca atenção da equipe noturna. (PEC28-PC)”

A partir dos discursos observados das participantes percebe-se que estas sentem a assistência fragilizada e expressam a expectativa de um cuidado humanizado. Líbera et al (2010) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar o pré-natal na perspectiva da puérpera e chegaram à conclusão que, por mais que as puérperas tenham encontrado na maternidade uma assistência diversificada em termos das especialidades e tecnicamente capaz, outros elementos precisam ser incorporados para proporcionar um ambiente mais acolhedor e uma prática assistencial alicerçada pela humanização do atendimento.

Dessa forma, reforça-se a importância da utilização de teorias de enfermagem na prática assistencial da equipe com o intuito de promover conforto e qualidade de vida para mulheres que estão vivenciando o período pós-parto, sendo a Teoria do Conforto de Kolcaba um importante instrumento na busca desse cuidado.

## CONCLUSÃO

Diante da diversidade de aspectos encontrados o estudo apontou que os fatores intervenientes na qualidade de vida das puérperas, estão relacionados principalmente a falta de conforto, possibilitando a compreensão das necessidades da puérpera permitindo que o cuidado realizado de fosse individualizado. Considera-se que o presente estudo serviu para despertar nos profissionais de enfermagem um maior interesse em identificar os fatores intervenientes relacionados às necessidades das puérperas e que baseado numa teoria facilite a identificação dos problemas e as decisões a serem tomadas a fim de que seja proporcionado para essas puérperas um cuidado qualificado e humanizado que contribua com sua qualidade de vida no momento do puerpério.

Espera-se que este estudo possa contribuir com o ensino e direcionamento dos enfermeiros para relacionar as ações de enfermagem e as teorias de enfermagem no cuidado clínico prestado. Permanece o desejo de que a equipe de Enfermagem possa assumir um papel mais enfático, voltado às necessidades individuais, porém baseado em ações planejadas, de maneira que a puérpera se sinta confiante em compartilhar suas necessidades de conforto, o cuidado de enfermagem fundamentado em uma teoria, pode-se viabilizar o trabalho durante o atendimento ao cliente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.S; S.I.A. **Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador**, Bahia, Brasil: *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.2, pp.347-354. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200019>.

ALMEIDA, M. A. B. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das mulheres.

Brasília, 2016. 230 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. 1. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.



DELLA LÍBERA, Beatriz et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, 2011.

Gulland. **Zika virus is a global public health emergency, declares WHO**. BMJ, 352 (2016), p. i657.)

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice: a vision for holistic care and research**. New York: Springer Publishing Company, 2003.

MENDES, G. A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 165-169, Mar. 2009 .

OLIVEIRA, J. F. B.; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. **Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério**. Rev Rene., v. 13, n. 1, p. 74-84, 2012.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos aos membros do grupo de pesquisa GRUPESME – Saúde da Mulher da Universidade Estadual do Ceará (UECE) em especial a professora Dra. Ana Virginia de Melo Fialho pela contribuição na elaboração deste estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ADESÃO DO PACIENTE COM ÚLCERA VENOSA AO TRATAMENTO DE TERAPIA COMPRESSIVA.

Saionara Leal Ferreira<sup>1\*</sup>(PG), Jennifer Ferreira Figueiredo Cabral<sup>2</sup> (PG), Luís Rafael Leite Sampaio<sup>3</sup> (PQ), Islene Victor Barbosa<sup>4</sup> (PQ).

1. Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.
2. Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.
3. Enfermeiro Estomaterapeuta, Doutor em Farmacologia pela UFC. Docente do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - Ceará- Brasil.
4. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da UNIFOR. Enfermeira Assistencial do Instituto Dr. José Frota – IJF

Email: [enfermara@yahoo.com.br](mailto:enfermara@yahoo.com.br)

Palavras-chave: Úlcera venosa. Adesão do paciente. Enfermagem. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

A úlcera de perna de etiologia venosa constitui a causa mais comum da ulceração dos membros inferiores no mundo ocidental, com prevalência estimada em 1% em adultos e até 3% em pessoas com 65 anos ou mais (DONNELLY, 2009). Independente da faixa etária acometida é observado impacto tanto no aspecto físico como psicossocial, que incluem a dor, dificuldades na locomoção, limitações nas atividades da vida diária, e vergonha de expor os membros. Portanto é necessário cuidado apropriado e o mais resolutivo, com vista ao restabelecimento da saúde das pessoas e seu retorno às atividades cotidianas.

Considerando a importância de um atendimento adequado a esta população, há necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional, na qual está inserida a enfermagem, que se destaca por prestar atendimento, na avaliação ampliada das pessoas com úlceras venosas, avaliação das lesões, realização de curativos e encaminhamentos necessários, além de ações com vistas à evolução favorável do processo de cicatrização e prevenção do aparecimento de lesões e as recorrências (SANT'ANA, et al, 2012).

Apesar dos avanços nos tratamentos para úlceras venosas e a indicação generalizada da terapia compressiva (uso de faixas e meias elásticas) como principal suporte do atual manejo conservador, significativa proporção de úlceras na perna apresenta dificuldade de cura ou a ocorrência de recidivas após um período de tempo. Estudos afirmam que uma média de 28% das pessoas afetadas por esta lesão apresentarão mais de dez episódios de ulceração na vida, com taxas elevadas de recorrência/recidiva (ABBADÉ, 2005; NELSON, 2014). O diagnóstico precoce e o tratamento são importantes, embora a adesão do paciente ao tratamento de compressão também seja um fator importante, não só para cura, mas também para prevenir a recorrência.

As diretrizes de manejo identificaram a terapia de compressão como primordial no tratamento de úlceras venosas (O'MEARA et al 2009). As taxas de recorrência mais baixas são relatadas em pessoas que são tratadas com o maior grau de compressão e recomenda-se que as pessoas usem o mais alto nível de compressão que seja confortável (NELSON, 2014). No entanto muitos pacientes não toleram, ou não aderem à terapia compressiva. Há necessidade de melhor compreender os métodos que estimule à adesão dos pacientes à terapia compressiva bem como as suas dificuldades, sendo este um desafio para a equipe de saúde na implementação e consolidação de ações que visam acelerar o processo de cicatrização e diminuir as recidivas das lesões.

Face ao exposto, o presente estudo teve como objetivo identificar as publicações científicas acerca da adesão do paciente com úlcera venosa ao tratamento compressivo e discutir sobre os resultados alcançados nestes estudos a fim de analisar a maneira como esta temática vem sendo trabalhada no âmbito da enfermagem.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, uma vez que esse tipo de estudo é apropriado para descrever e refletir o desenvolvimento de um determinado tema, sob ponto de vista teórico ou contextual, realizado por meio de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor, têm um importante papel para a educação continuada já que permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

O levantamento de artigos científicos foi realizado a partir de pesquisa eletrônica em sítio com acesso público na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base

de dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), dentre outras. O acesso ocorreu entre os dias 21 a 26 de agosto de 2017. Os descritores utilizados para o levantamento dos artigos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: “úlceras venosas” e “adesão do paciente” e “enfermagem” por meio do campo “título, resumo, assunto”, foram encontrados 22 trabalhos, entre as bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE. Para a inclusão dos artigos determinou-se como parâmetros: pesquisa em sítio eletrônico de acesso público, estudos disponíveis online e na íntegra. Foram excluídas as publicações que não estivessem em formato de artigo científico, após levantamento preliminar no sítio eletrônico escolhido, foram realizadas leituras dos títulos e resumos dos artigos a fim de refiná-los para a composição final deste estudo sendo criada uma lista de artigos a serem incluídos no estudo. Os resumos foram compilados e direcionados segundo os objetivos para a construção do artigo. Além de considerar os critérios de inclusão, foram excluídos da amostra os artigos repetidos em mais de uma base de dados e os que não estavam disponíveis na íntegra.

Desta forma, foram selecionados estudos que discorriam sobre o uso da terapia compressiva pela Enfermagem em pacientes com úlceras venosas, os quais 03 artigos foram da BVS. Ressalta-se que no levantamento por meio da BVS surgiram apenas artigos oriundos das bases de dados MEDLINE, LILACS e BDENF.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A terapia compressiva é considerada atualmente peça chave no tratamento conservador da úlcera de perna de etiologia venosa, visto que tem ação direta sobre os mecanismos da fisiopatologia que ocasionam o surgimento da lesão, contribui para a melhora das condições clínicas e acelera a cicatrização (SBACV, 2015).

O estudo de Annells et al (2006), que teve como objetivo descrever e explorar motivos de uso ou não da terapia compressiva por parte dos enfermeiros. Apresentou como um dos resultados que a facilidade de implementar o cuidado usando a terapia compressiva é ter um paciente disposto a concordar com a terapêutica e para que isso seja alcançado o profissional enfermeiro deve mostrar bases científicas e evidências que forneçam o entendimento desta pessoa quanto aos ganhos que ela conseguirá aderindo a terapia compressiva.

Camacho et al (2015), comparam a capacidade funcional de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas, em um estudo observacional do tipo transversal. Dentre os resultados encontrados, os autores pontuaram a importância da clientela conhecer a doença que o acomete e ser coparticipante no processo de tratamento para saber o que deseja e o que é esperado em cada conduta instituída, colaborando, dessa forma, com sua própria adaptação à nova realidade.

Weller et al (2016), buscaram avaliar os benefícios e os danos das intervenções destinadas a ajudar as pessoas com úlcera venosa em membros inferiores a aderir à terapia compressiva, melhorar a cicatrização e prevenir recidivas. O estudo analisou três ensaios controlados randomizados, sendo um deles realizado na Austrália que comparou o atendimento padrão de feridas em uma clínica comunitária com o mesmo atendimento de ferida em casa por uma enfermeira. Outro estudo, realizado na Holanda comparou um programa de inclusão de exercícios físicos, além de cuidados habituais com a ferida e utilização da terapia compressiva com “cuidados habituais” sozinhos. Um terceiro estudo comparou uma intervenção educacional do paciente para melhorar o conhecimento da doença venosa e do tratamento da úlcera. A intervenção foi entregue através de um vídeo ou através de um panfleto escrito para pessoas que frequentam uma clínica de pesquisa de cura de feridas em Miami. Ao final os autores consideraram que não ficou claro se as intervenções destinadas a ajudar as pessoas a aderir à terapia de compressão melhoram a cura da úlcera venosa e reduzem a recorrência e pontuou que há falta de estudos de intervenções que promovam a adesão à terapia de compressão para úlceras venosas.

Corroborando como estudo citado acima, Cullum et al (2001) pontuaram a necessidade de pesquisas sobre a terapia por compressão ou terapias alternativas baseadas em evidências para úlceras venosas na perna. Considerando as restrições existentes desta terapia, e incluindo a necessidade de ter um paciente colaborativo que aceite a terapia prescrita. Considera ainda que uma equipe de enfermagem que detenha do conhecimento teórico e prático quanto ao manejo e avaliação correta das lesões venosas e dispostas a sanar as dúvidas, estabelecer relação de confiança e encorajar o paciente podem minimizar algumas das barreiras, mas provavelmente não todas, da adesão do paciente à terapia de compressão.

As Intervenções educativas e de grupo de apoio, intervenções médicas e de enfermagem, equipe multidisciplinar e intervenções do sistema de saúde, sozinhas ou associadas, podem favorecer a adesão à terapia compressiva (EDWARDS et al, 2009).

Há autores que defendem que o país deve implementar política de diretrizes voltadas ao tratamento de úlceras de pernas incluindo estratégias que incentive o paciente com a lesão a fazer uso da terapia compressiva e desenvolver uma prática educacional que forneça informações pertinentes ao diagnóstico clínico, terapia prescrita e o empoderar quanto ao autocuidado. No que diz respeito a recursos econômicos, os curativos e bandagens devem ser gratuitos para aqueles que não possuem condições financeiras para adquiri-lo e ainda fornecer ajuda

no que diz respeito à manutenção de higiene, para auxiliar o uso das bandagens por compressão (EDWARDS et al, 2009).

O enfermeiro deve estar atento aos motivos da resistência do paciente na adesão da terapêutica compressiva no intuito de traçar estratégias para que tais problemas sejam abordados no sentido de sanar ou minimizá-los, na tentativa de manter o tratamento até a total cicatrização da lesão. No entanto, também deve haver um foco em cuidados adicionais para suporte dos incômodos que venham a surgir com o uso da compressão, a exemplo do uso de analgesia, elevação e exercícios de perna, contando sempre com o apoio de uma equipe multiprofissional (ANNELLS; O'NEILL; FLOWERS, 2006).

## CONCLUSÃO

É necessário o conhecimento da realidade clínica para orientar o uso ideal de faixas ou meias de compressão para cicatrização eficiente de úlceras venosas em membros inferiores para as pessoas que recebem cuidados de enfermagem.

Na base de dados utilizada para a construção deste estudo, foi visto a limitação de publicações no Brasil quanto a temática, chamando atenção para a necessidade de pesquisas voltadas a este grupo de pacientes, levando em conta que a terapia de compressão é considerada padrão ouro no tratamento das úlceras venosas. É importante saber das dificuldades, especificidades e limitações enfrentadas pelos profissionais de saúde que lidam diretamente com este público nas várias regiões do Brasil, para que seja possível elaborar estratégias com vistas a otimizar o tratamento.

Não pode-se ignorar a questão social que enfrentamos, muitos dos pacientes com lesão sequer possuem recursos econômicos para prover suas necessidades básicas, ignorando a prescrição do uso de bandagens por não poder adquiri-la. Implementar ações políticas e sociais voltadas a esta população, facilitaria a integralidade do cuidado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde destas pessoas.

## REFERÊNCIAS

ABBADE, Luciana P. Fernandes; LASTORIA, Sidnei. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. **International Journal Of Dermatology**, [s.l.], v. 44, n. 6, p.449-456, jun. 2005. Wiley- Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.02456.x>. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2004.02456.x/abstract>>. Acesso em: 21. Ago. 2017.

ANNELLS, Marilyn; O'NEILL, Janine; FLOWERS, Charne. Compression bandaging for venous leg ulcers: the essentialness of a willing patient. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 17, n. 3, p.350-359, 14 jan. 2008. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01996.x> Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.01996.x/abstract>>. Acesso em: 24. Ago. 2017.

DONNELLY Richard, Londres N. ABC of Arterial and Venous Disease. 2ª edição. Chichester, Reino Unido, Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell / BMJ, 2009. Disponível em: <<http://med.utq.edu.iq/images/books/ABC%20of%20Arterial%20and%20Venous%20Disease%202009.pdf>> Acesso em 23. Ago. 2017.

EDWARDS Helen; COURTNEY Mary; LINDSAY Ellie; SHUTER Patricia; FINLAYSON Kathlen. (2009). A randomised controlled trial of a community nursing intervention: improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers. **Journal of Clinical Nursing**, 18: 1541–1549. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02648.x Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02648.x/abstract;jsessionid=B683F425BBA66C6B3E52CC40E5865CE5.f02t03>> Acesso em: 25. Ago. 2017

NELSON E Andrea, Bell-Syer SEM. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 9. Art. No.: CD002303. DOI: 10.1002/14651858.CD002303.pub3. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002303.pub3/abstract>>. Acesso em: 24. Ago. 2017.

O'MEARA Susan; CULLUM Nicky; NELSON E Andrea. Compression for venous leg ulcers. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 1. Art. No.: CD000265. DOI: 10.1002/14651858.CD000265.pub2. Disponível em:<<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000265/frame.html>>. Acesso em: 23. Ago. 2017.

ROTHER, E Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 20, n. 2, p. V-vi, junho de 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt\\_BR&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt_BR&nrm=iso)>. Acesso em: 24. Ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SANT'ANA, Sílvia MS Carvalho et al. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 637-644, Aug. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400013&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400013>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA VASCULAR. **Projeto Diretrizes SBACV**. Insuficiência venosa crônica diagnóstico e tratamento. São Paulo: 2015. Disponível em: <<http://www.sbacv.com.br/lib/media/pdf/diretrizes/insuficiencia-venosa-cronica.pdf>>. Acesso em: 25. Ago.2017.

WELLER Carolina D.; BUCHBINDER Rachelle; JOHNSTON Renea V. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2016, Issue 3. Art. No.: CD008378. DOI: 10.1002/14651858.CD008378.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008378.pub3/full>>. Acesso em: 23. Ago. 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por sua infinita bondade e o sustento nos momentos de angústia.

Ao meu esposo por ser um incentivador ao alcance de meus objetivos e minha filha por tornar meus dias mais doces e alegres.

Aos orientadores Luís Rafael e Islene, pelo suporte e incentivos no pouco tempo que tivemos.

Ao COFEN/COREN/CAPES pelo convênio firmado, desenvolvendo o brilhante projeto de financiamento das bolsas do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem, contribuindo para a formação e qualificação continuada da Enfermagem.

A colega Jennifer, coautora deste trabalho pela colaboração e parceria.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## INTERVENÇÕES NA PREVENÇÃO DE LESÕES DE SEPTO NASAL NA UTILIZAÇÃO DO DISPOSITIVO DE PRESSÃO POSITIVA CONTINUA

**Maria Waldenora Pereira<sup>1</sup>, Eloah de Paula Pessoa Gurgel<sup>2</sup>, Evelynne Lobo Gurgel<sup>3</sup>, Maria Izélia Gomes<sup>4</sup>, Mylena Nonato Costa Gomes<sup>5</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim<sup>6</sup>.**

*1*Enfermeira Especialista em Enfermagem Neonatal e Pediátrica na Faculdade Metropolitana de Fortaleza-Ceará- Brasil  
*2*Enfermeira Doutora, formada pela Universidade Federal do Ceará. Enfermeira da unidade neonatal e Líder da Comissão de prevenção e tratamento de pele da Maternidade Escola Assis Chateaubriand UFC.

*3*Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.  
*4*Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC, Fortaleza-CE.

*5*Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.

*6*.PhD pela Universidade de Rouen, França. Coordenadora do Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.

Email: wal-maria@hotmail.com

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Neonatal.

### INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos ocorridos nos últimos anos nos cuidados de recém-nascidos (RN) de risco, principalmente os prematuros de baixo peso, têm contribuído para a redução da mortalidade (COUTINHO et al., 2014). Aproximadamente mais de 95% das crianças nascidas antes das 28 semanas de gestação e com peso de nascimento inferior a 1.250 gramas sobrevivem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (LEGENDRE et al., 2011).

Dentre essas tecnologias a Pressão Positiva Contínua pelas Vias Aéreas (CPAP) vem sendo adotada com mais frequência como assistência ventilatória não invasiva (ROSENZVAIG, 2010). O CPAP constitui uma modalidade de assistência não invasiva administrada pelas vias aéreas superiores por meio de uma interface do tipo pronga nasal. Com o objetivo de manter o oxigênio residual funcional, recrutamento alveolar, atelectasia, estimular a produção do surfactante endógeno, permitindo uma troca gasosa eficiente, diminuir riscos de shunt, e corrigir distúrbios respiratórios (OTA; DAVIDSON; GUINSBURG, 2013).

O material da pronga é em silicone bastante flexível com numerações diversas. Porém a sua instalação requer preparo prévio da pele, com uma breve limpeza da área utilizando solução salina, tendo o cuidado de não remover todo ácido graxo da pele, e aplicar proteção no septo nasal e columela, abas do nariz mucosa interseptal e buço (BONFIM et al., 2014). A fixação das traqueias na touca com alinhamento à altura das orelhas do RN, torna-se um componente importante na promoção de conforto, assim como a escolha adequada do tamanho da pronga em relação as narinas, e proteção do septo. Em caso de instabilidade da touca, poderá ocorrer mobilidade do dispositivo e levar a ocorrência de lesão do septo, por fricção da pronga na mucosa interseptal onde houver maior contato. (NUNES et al., 2012).

Inúmeros procedimentos são realizados durante a admissão do RN na UTIN, e requer a utilização de fixações de sondas; instalações de sensores de temperatura; oximetria de pulso e dispositivos venosos, tendo como base a pele do recém-nascido por vezes necessárias para compor o andamento do processo admissional do recém-nascido na unidade, tais artefatos poderão causar danos a pele.

Apesar dos avanços tecnológicos, e a fragilidade de um ser em amadurecimento, a busca é incessante pela promoção de cuidados efetivos. Portanto a assistência ao RN portador de Síndrome de Desconforto Respiratório (SDR), extubações programadas, e não programadas ainda depende dessa modalidade para sobreviver. E reflete bastante na melhora do quadro clínico do cliente, porém a sua utilização, poderá levar ao desenvolvimento de lesões de septo e columela, e muitas vezes poderá evoluir conforme o tempo de uso, ocasionando hiperemia, ulceração e necrose com desfiguramento total do septo (SILVA et al., 2010).

O septo nasal é responsável por manter as vias aéreas abertas, afim de facilitar a respiração. Em contrapartida faz parte da estética facial. A perda dessa estrutura, poderá acarretar em ptose nasal e a vários distúrbios relacionados a respiração e a auto estima do cliente em sua vida futura. Sousa (2013) ao investigar a prevalência e fatores associados a lesões de septo nasal em RN prematuros, sob uso de ventilação não invasiva em um estudo transversal em uma UTIN no Nordeste do Brasil, mostrou que 68,1% de lesões, está associado ao tempo de permanência do uso da pronga, e ao baixo peso ao nascer. Um percentual bastante significativo, e chama a atenção das equipes de saúde no que diz respeito a esse tipo de evento.

Em outro estudo as lesões de septo nasal, foram classificadas como eventos adversos decorrentes do tratamento do uso da pronga. O pesquisador utilizou o 'instrumento de gatilho', composto por 14 tipos de eventos (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012). A literatura pertinente aponta meios a partir do hidrocoloide, por possuir propriedades que mantem o PH e a umidade da pele, também promove a ausência do contato direto do dispositivo (pronga) a pele. Embora ainda não tenha, um protocolo definido para esse cuidado, a enfermagem poderá buscar recursos por meio da Sistematização da Assistência (SAE) visando atingir especificamente esse público que utilizam essa tecnologia, na busca da prevenção de lesões de septo nasal.

Diante da problemática, este estudo foi desenvolvido visando responder a seguinte questão: Quais os cuidados da equipe de enfermagem quanto a prevenção de lesões do septo nasal em RN sob CPAP nasal? Com o objetivo de identificar o conhecimento da equipe de enfermagem em relação aos cuidados com RN em uso de CPAP que utilizam pronga nasal.

## **METODOLOGIA**

Estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. As pesquisas descritivas estão juntas com as exploratórias, que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. São também as mais solicitadas por organizações como instituições educacionais, empresas comerciais partidos políticos (GIL, 2002). A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública de nível terciário, na área de abrangência da regional III, localizada no município de Fortaleza, Ceará, no período de setembro a novembro de 2015. É uma instituição de referência em atendimento obstétrico e neonatal de alta complexidade no estado do Ceará, que possui UTIN.

Possuem um quadro preenchido por equipes multiprofissionais especializadas em Neonatologia, que trabalham em regime de escala. Os participantes da pesquisa foram 21 profissionais de Enfermagem, onde 15 são de nível superior enquanto seis são de nível médio, que atuam na UTIN, que realizam manejo de RN em uso dessa tecnologia. Estes foram entrevistados e após os dados foram organizados e analisados conforme Bardin (2011), seguindo as três etapas: pré-análise, exploração do material tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Utilizou-se como critério de inclusão, trabalhar no mínimo um ano em unidade neonatal. A fim de garantir o anonimato dos participantes, foram identificadas no texto por nomes fictícios, com a denominação da letra P, seguida do numeral que corresponde a sequência do instrumento coletado (P1...P2...P21), considerando o que preconiza a Resolução n.466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. OFÍCIO CEP/MEAC N0 116/15, Protocolo nº 020/15.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As participantes são predominantemente do sexo feminino, com faixa etária que compreende entre 21 a 59 anos de idade. Das 21 participantes, dez são casadas (47,6%), uma divorciada (4,8%), quatro solteiras (19%), quatro tem união estável (19%) e duas participantes disseram ser viúvas (9,5%). A maioria respondeu que tem domicílio em Fortaleza em um percentual de 90,5%, e não moram 9,5%.

Das entrevistadas 71,4% concluíram nível superior e possuem de três a vinte anos de profissão. Enquanto 28,6% são de nível médio e trabalham na área entre nove e trinta anos. Sendo que, 4,8%, possuem Doutorado 23,8%. Mestrado 33,3%, são Enfermeiros especialistas 23,8% e 9,5% são Bacharéis em enfermagem, e Técnicos em Enfermagem foram 19%. A busca pelo saber desses profissionais é incessante, mesmo com uma carga horária exaustiva, sempre procuram por atualizações no intuito de prestar assistência de qualidade, eles abdicam até mesmo dos momentos de lazer e convívio com a família.

Foi evidenciado pelas falas das participantes o conhecimento que possuem dessa tecnologia quando aplicada para reduzir a morbimortalidade dos RN na UTIN. Para Silva et al., (2010), o CPAP é um advento tecnológico do cuidado mais adotado nas UTIN, capaz de reduzir os distúrbios pulmonares, tem-se como alternativa de oxigenoterapia e pressão positiva contínua das vias aéreas, que reduz a resistência vascular pulmonar, previne o colapso alveolar e melhora a perfusão, protege o sistema surfactante, regulariza a respiração diminuindo o trabalho respiratório. Segundo as enfermeiras os cuidados ao RN em uso de CPAP trazem benefícios que superam os riscos:

Menos invasiva, permite o RN fazer os próprios movimentos respiratórios, diminui o risco de broncodisplasia, permite pressão residual nos pulmões (P3).

Garante a oxigenação adequada necessária aos RN que precisam de um suporte ventilatório de nível moderado, diminuindo os riscos e os traumas de outras modalidades mais intensivas/invasivas (P7).

O CPAP nasal é uma modalidade de oxigenoterapia que, além de aumentar a concentração de oxigênio (FiO2) ofertada ao RN, ela fornece uma pressão positiva, que mantem os alvéolos abertos após a expiração (P14).

Consoante Souza et al., (2013), a utilização do CPAP por período prolongado, poderá resultar em lesões do septo nasal, e varia a depender da extensão da lesão, em grau I a III, onde este último grau acontece desfiguramento do septo, provavelmente pelo uso da pronga. Apesar dos avanços tecnológicos constituírem um passo importante na assistência ao RNPT, os eventos adversos ainda representam uma realidade muito frequente nas unidades neonatais. A pronga nasal, interface mais utilizada para administração da VNI, pode levar ao desenvolvimento de lesão de columela e septo nasal, principais danos desse tipo de dispositivo.

Os cuidados com a aplicação da proteção adequada, contemplando as regiões de alcance pelo dispositivo ocorre menor risco de desencadear lesões. E quando a lesão é evidenciada, a enfermeira P13, ressaltou que: *a melhor atitude a ser tomada conforme a sua experiência, recorrendo a tratamento especializado afim de obter maior eficácia da regeneração tecidual por menor tempo possível.*

Quanto aos riscos a equipe de enfermagem possui conhecimento teórico e prático sobre o uso da pronga por tempo prolongado. De acordo com as respostas as participantes ressaltaram que manter a estabilidade e a fixação das traqueias na touca, minimiza consideravelmente os riscos de acometimento de lesões no septo, por tratar-se de uma estrutura onde a pele é fina e delgada, muito vascularizada e afirmam que:

Lesão de septo. Risco de pneumotórax. Causa desconforto (machuca) barulho para o RN prejudicando a audição (P2).

Lesão de septo pode ocorrer necrose (P17).

Sabe-se que a pele é composta por camadas, sendo: epiderme, derme e hipoderme, que se completam dando a ela cor, consistência, além de abrigar os vasos sanguíneos, as glândulas e os nervos. A pele do RN pré-termo (RNPT) é um órgão imaturo do ponto de vista funcional e anatômico, possuindo poucas camadas de estrato córneo. O estrato córneo em RN a termo é formado por bicamadas lamelares, composta por lipídios hidrófobos, principalmente, ácidos graxos, colesterol e cerâmidas. Esses lipídios e proteínas conferem proteção, criando uma barreira impermeável e fornecendo um ambiente ácido e xerófito, que impede a invasão de micróbios (ROLIM et al., 2010).

Portanto, se houver descontinuidade da pele que ainda está em formação, todo sistema torna-se vulnerável ao acometimento de infecções oportunistas, contribuindo para um desequilíbrio orgânico do recém-nascido que ainda está em processo de adaptação ao meio externo. Assim protegendo a pele e executando cuidados com o circuito do CPAP antes que a lesão se instale, foi a melhor forma que as participantes do estudo encontraram como desfecho desse evento:

*Proteção do septo com placa de hidrocoloide; escolha adequada do tamanho da pronga nasal. Fixação e estabilização das tubulações, evitando tração (P20).*

Em relação as proteções utilizadas no septo dos RN, as enfermeiras responderam que usam três tipos de desenho: T invertido 47,6% das participantes disseram que aplicam no septo antes da instalação do CPAP, e do tipo focinho 19%. E com abas que abraça o septo e mucosa interna 33,3%, sendo que essa última foi desenvolvida pela pesquisadora, um desenho próprio após observar algumas vulnerabilidades das proteções utilizadas pelos profissionais da referida instituição, e vem sendo utilizada com boa aceitação pela enfermagem, pelo fato de proporcionar uma boa proteção de áreas externas e mucosa interna, além de diminuir o escape do ar.

Quando questionado a respeito da escolha do material utilizado para proteger o septo P3 afirmou que: *Uso do hidrocoloide de forma a proteger o septo mais mucosa nasal.*

A cobertura de hidrocoloide é composto de celulose, gelatina e pectina e adere à pele formando uma barreira para evitar a fricção direta das prongas com o nariz (NUNES et al., 2012).

Corroborando com o autor, o hidrocoloide é o mais indicado, visto que ajuda na manutenção do PH da pele e preserva a umidade atuando como barreira térmica e mecânica, de fácil aquisição. Segundo, Fontenele e Cardoso (2010), o processo de cuidado e preservação da pele quanto ao surgimento de lesões no RN é constante e singular. O enfermeiro deve estar ciente de que, independentemente da IG do RN, do tipo, de sua localização e do fator desencadeante, lesão de pele é algo que pode implicar em infecção cruzada, maior permanência hospitalar, maior complexidade de atendimento e conseqüente potencialização das alterações na saúde do neonato, tornando-se um componente crítico na assistência de enfermagem.

É preciso focar na prevenção, estabelecendo critérios mediante um instrumento que seja possível de adequações, e direcione a instalação e a manutenção do sistema como todo, seguindo rigor na revisão do funcionamento do sistema, afim de assegurar todos os benefícios e segurança do paciente durante o tratamento. No que diz respeito



ao desenho da proteção aplicada no septo, as do tipo T invertido e material inadequado não confere proteção, visto que expõe as áreas mais vulneráveis a lesões, assim como integridade e saturação do hidrocoloide.

O posicionamento do RN no leito é fundamental para proporcionar conforto sendo que a escolha das posições deverá estar em conformidade com as limitações do circuito. Uma das posições observadas durante o estudo, foi a posição prona, que parece dar mais conforto ao RN, porém existem limitações em sua aplicabilidade, pois quando utilizada nessa população, observou-se que acontece um desnivelamento do dispositivo que gera pressão e mudança na conformação anatômica das narinas, e consiste em um dos fatores possíveis de ocorrência de lesões e dor. Sabe-se que os RN necessitam ser bem posicionados e aconchegados no leito, no intuito de dar-lhes um ambiente seguro e semelhante ao do útero materno, e evitar a síndrome do neonato desorganizado, para tal, existem várias formas de posicionar e favorecer conforto ao RN durante a utilização do uso da modalidade CPAP.

## CONCLUSÃO

A equipe de enfermagem demonstrou conhecimento e interesse em realizar os cuidados nos quais são prioritários, mas reagem muito diante da demanda visto que a instituição trabalha com a capacidade superior ao preconizado, mesmo diante deste obstáculo são incansáveis na busca de um atendimento de qualidade ao recém-nascido enfermo que utiliza esse tipo de dispositivo. Atualmente, o cenário onde ocorreu esta pesquisa, foi implantado uma Comissão de Prevenção e Tratamento da Pele, sob o comando de uma enfermeira que avalia os RN, diariamente à procura de sinais eminentes de lesões, diagnostica e escolhe o tratamento adequado a cada tipo de pele e lesão, acompanhando de perto a evolução da ferida, até a alta do RN, considera-se um avanço na qualidade de vida dos RN de UTIN.

Portanto, para minimizar os riscos desencadeantes de uma lesão específica da área do septo nasal, a comissão elaborou um modelo de proteção a partir do hidrocolóide, que compreende em proteger a columela abraçar a mucosa interseptal e aproximar as abas do nariz e promover um melhor ajuste da pronga, diminuindo o escape dos gases ofertado. Sugere-se, com o estudo um protocolo para direcionar o cuidado desde a instalação do CPAP até a migração para outra modalidade de suporte ventilatório.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 5. Ed. Lisboa, 2011.
- BOMFIN S.F.S.F. et al. Prevenção de lesão de septo nasal em neonato pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. [Internet]**. 2014.
- FONTENELE, F.C; CARDOSO, M.V.L.M.L. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo tamanho e área afetada. **Rev Esc USP**, v. 45, n.1, p. 130-7, 2010.
- GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. Ed. Atlas SA. 2010.
- LEGENDRE, V; BURTNER P.A; MARTINEZ K.L; CROWE, T.K. The evolving practice of developmental care in the neonatal unit: a systematic review. **Phys Occup The Pediatr**, v.31, n.3, p.315-38, Aug, 2011.
- NUNES C.R, et al. Método de prevenção de Lesão nasal causada por CPAP em recém-nascido pré-termo: Um relato de caso. **Rev. HCPA**, v.32, n.4, p. 480-484, 2012.
- OTA NT. DAVIDSON J. GUINSBURG R. Lesão precoce pelo uso da pronga nasal em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso: Estudo piloto. v.25, n. 3, p. 245-250, 2013.
- ROLIM, K.M.C. et al. Permanência da membrana semipermeável na pele do recém-nascido: um cuidado diferenciado. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 1 p. 144-151, jan/mar. 2010.
- SILVA, D.M, et al. Uso de pressão positiva contínua das vias aéreas em recém-nascidos: Conhecimento da equipe de Enfermagem. **Rev Rene**, v. 11, número especial, p. 195-203, 2010.
- VENTURA, C.M.U, MENEZES J.A, ALVES, J.G.B. Eventos adversos em uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras. Enferm**, Brasília, v. 65, n.1, p. 49-55, 2012.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Silvia Helena de Amorim Martins<sup>1</sup>, Tallys Newton Fernandes de Matos<sup>2</sup>, Francisca Bertilia Chaves Costa<sup>3</sup>, Lilia Braga Maia<sup>4</sup>, Lara Cristina Carlos de Morais<sup>5</sup>, Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>6</sup>.

1. Discente do Curso de Psicologia, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Bolsista CNPQ, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.

4. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.

5. Graduada do Curso de Psicologia da Faculdade Maurício de Nassau, Natal -Rio Grande do Norte-Brasil.

6. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.

Email: laramoraispsi@gmail.com

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Qualidade de Vida.

### INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é uma abordagem das ciências sociais e da saúde que perpassa diferentes conhecimentos. Seu fundamento inicial foi à abordagem sociotécnica visando à diminuição da mortalidade e desenvolvimento da vida no trabalho. Porém, só a partir de 1980, já no século XX, foi que o conceito de qualidade de vida começou a ganhar importância no domínio da saúde e, também dos cuidados em saúde, desenvolvendo relevância no discurso e prática médica (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A qualidade de vida envolve a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro dos sistemas de cultura e valores sociais nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esse conceito representa uma perspectiva transcultural, multidimensional, e contempla uma influência complexa da saúde física e psicológica, envolvendo nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características respectivas em meio a um sistema de avaliação objetiva e subjetiva do desenvolvimento individual (FLECK, 2000). Dentro desse aspecto, será explorado nesse estudo a qualidade de vida na terceira idade.

A terceira idade, descrita também como velhice, caracteriza-se por perdas, ganhos, limitações, luto ao corpo, partida dos filhos, maturidade, autoconhecimento, sabedoria, senso de identidade, finitude e revisão da vida. É a própria idade adulta avançada, período marcado pelas transformações biopsicossociais, como cabelos brancos, pele enrugada, dificuldades visuais, dores nas costas, complicações urinárias, perda da audição, osteoporose, perda da memória e perda dos vínculos sociais. É um período de meditação e "sintonização" espiritual, no qual cada cultura influencia ritos diferentes para esses indivíduos. Dentro desse período da vida, adulto avançado, é identificado também, como o alcançar dos 70 anos no qual o indivíduo está se descaracterizando da vida humana. Partindo do pressuposto das complicações e influências que se dão de modo complexo nessa fase da vida, muitos idosos buscam recursos para desenvolver bem-estar e qualidade de vida, a fim de reduzir receios e inquietações, na busca por uma vida saudável (ARMSTRONG, 2011). E um exemplo desses recursos é a música.

A música traz efeitos emocionais e psicológicos que induzem o interagir na existência do indivíduo. A música possibilita um ponto de equilíbrio nas condições que orientam a vivência pessoal e atuação sobre o mundo. Elas transmitem valores, hábitos, costumes e fundamentam regras que sustentam a sociedade nas dimensões do cotidiano. Produz um sentimento permeado de satisfação associado com autonomia que favorece o desenvolvimento pessoal envolvendo sentimentos, emoções, desejos, sonhos, recordações, símbolos e significados. É a própria integração de corpo e mente através da consciência de pertencer ao mundo reforçando a vitalidade de uma identidade saudável na significação da existência (D'ALENCAR; MENDES; JORGE, 2007).

Diante dessa contextualização, objetivou-se com o presente estudo investigar a qualidade de vida em um coral de idosos.

### METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, cujo método foi à pesquisa ação. A pesquisa foi realizada em uma instituição de idosos no bairro Jacarecanga, localizado em Fortaleza, Ceará. A população estudada constituiu de grupo com uma média de 20 idosos, com variação de idade entre 55 a 65 anos, residentes e não residentes do bairro. A pesquisa constituiu-se de 12 visitas com duração de duas horas cada.

O grupo é regido por um maestro, realizados nas terças-feiras das 14 às 16 horas. Dentre os integrantes que compõe o coral estão um assistente social e um psicólogo, idealizador do grupo.

Utilizou-se o modelo de pesquisa qualitativa, levando em consideração traços subjetivos e suas particularidades apoderando-se do modelo pesquisa-ação que é o mergulho da práxis do grupo social em estudo, do qual se extraem perspectivas latentes, o oculto, o não familiar que sustentam as práticas sendo as mudanças negociadas e geridas no coletivo. Nesta perspectiva ela gera uma reflexão, em que há uma imprevisibilidade nas estratégias a serem utilizadas, com a finalidade de o sujeito tomar consciência das transformações que ocorrem em si próprio e no processo (FRANCO, 2005).

O trabalho foi realizado, também, por intermédio do modelo de pesquisa exploratória e a obtenção dos dados aconteceu de forma descritiva e interpretativa, onde o pesquisador enxergou os resultados nas perspectivas dos autores estudados colocando suas próprias conclusões (GIL, 2008).

Ademais, a pesquisa baseou-se em princípios éticos que objetivam o respeito e a promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo do coral acontece semanalmente, contando com a participação em média de presença de 20 idosos, mais três apoiadores (um maestro, um assistente social e um psicólogo).

Observou-se entre os integrantes do grupo um interesse comum entre eles, que é o “cantar” ou a música, que segundo eles possibilita a expressão de sentimentos.

O psicólogo se mostrou como um integrante fundamental dentro desse processo, por assumir o papel de apresentar e esclarecer as dúvidas no que diz respeito à estruturação e organização do coral. Diante de nossa observação, ele falava de maneira entusiasmada da importância de pertencer ao grupo, bem como dos benefícios do canto para autoestima e, sobretudo do significado positivo que eles atribuíam a velhice, como uma tentativa de quebrar paradigmas estereotipados que são bem comuns em nossa sociedade (ALEXANDRE, 2002; D’ALENCAR, MENDES, JORGE, 2007).

Outro membro importante na configuração do grupo diz respeito à figura do maestro. Considerado pelos integrantes do coral como uma pessoa exigente, que demanda ordem e disciplina, ele se mostrou, ao mesmo tempo, aquele visto pelo viés de sujeito engraçado que consegue alhear obediência de seus cantores sem necessariamente perder a concentração deles. Assim, seja expondo uma piada ou um comentário engraçado, o maestro conseguia contribuir de maneira eficaz para um ambiente de descontração e de seriedade ao mesmo tempo. Suas características transformacionais podem ser explicadas pelo efeito de fortalecer os subordinados mediante inspiração, estilo intelectual e individualismo. O maestro apresentava, também, aspectos carismáticos em que na percepção do seguidor possui um dom inspirador e singular (ANDRADE; BASTOS, 2004).

Os idosos, compostos de sua maioria por mulheres, demonstravam gostar da maneira como os ensaios se encaminhavam, com exceção do momento do aquecimento vocal, do qual nem todas gostavam devido à produção de “sons estranhos”, conforme citado por algumas delas. Contudo, o maestro se utilizava de estratégias de descontração para quebrar com esses tipos de resistências, mas em nenhum momento ele deixou de destacar a explicação, concomitantemente, da importância técnica do aquecimento vocal para a saúde da voz como também para uma melhor desenvoltura no canto.

No decorrer dos encontros com o grupo, observou-se que muitas das músicas que faziam parte do repertório do coral eram de composições da mesma juventude de suas gerações. Temas como alegria, tristeza, amor, saudade, dentre muitos outros eram temáticas de destaque, consideradas, como eles mesmos afirmavam, “como o estilo de música boa que não se toca mais”.

Diante dessa contextualização, vale destacar o quanto é importante para o grupo esse espaço como um local para compartilhar experiências e apreciar músicas que lhes agradam (MIRANDA; GODELI, 2003).

Durante os encontros percebeu-se a existência de um orgulho por parte das integrantes do coral, por se fazerem parte dele. Isso se mostrou evidente nos diversos momentos em que eles se referiam com orgulho lembrando das muitas apresentações que tiveram oportunidade de participar, em especial as da emissora TV Diário, no Teatro José de Alencar e na Praça do Ferreira, especialmente no período natalino. O grupo costumava dizer brincando que a próxima apresentação seria no Domingão do Faustão.

Pode-se compreender que a música é uma tarefa na busca pelo desenvolvimento da qualidade de vida. A tarefa como componente da arte, se utiliza de aspectos inconscientes para se manifestar em nós, e é por intermédio da linguagem elaborada na tarefa que a consciência desbloqueia barreiras da racionalidade possibilitando novos significados. A escolha dos adornos na tarefa são componentes reais desta linguagem, tendo sua procedência nos elementos resgatados do passado e modificados por meio da dissolução de nexos, mediante uma lógica singular e associativa reconfigurando o presente (SILVA, 2014; PIRES, 2003; MARTINS, 2010).

Para alguns, lembranças, acontecimentos e emoções devem ser visíveis e estar registradas por meio de algum mecanismo de expressão. Esse mecanismo pode ser compreendido como símbolo, devido ao indivíduo estabelecer

uma relação entre uma forma, com sentimentos e sensações que determinado fato lhe despertou. Nisso, é escolhido um gosto estético pessoal com ligação emocional que determinada imagem exerce sobre seu controle (SILVA, 2014; PIRES, 2003; MARTINS, 2010).

Percebeu-se no grupo também que há convergências que tendem a mediar à motivação contribuindo para a formação de percepção e alterando o envolvimento. Há nesses fenômenos observados uma complexidade de fatores culturais e sociais na pessoa que pode implicar os valores grupais. O reconhecimento desse papel social foi importante porque as normas sociais, assim como os *status* subjetivo e social, influenciaram no papel a ser desempenhado pelos integrantes do grupo por meio da motivação e reformulação de significados.

A motivação nesse espaço grupal desempenha razões e preferências individuais que estimula o cotidiano. Ela é capaz de melhorar o desempenho e garantir produtividade dos membros em alguma atividade. Por fim, é importante explorar atividades e manifestações artísticas nesse grupo, tendo em vista que essas atividades possibilitam qualidade de vida e desenvolvimento social. Tal pressuposto é essencial nessa estratégia grupal devido à democratização nas relações sociais, aumento da consciência e articulação dos trabalhos, educação e comunicação, pois o grupo influencia na realidade física e psicossocial da tomada de decisões.

## CONCLUSÃO

Assim, compreende-se que música como artefato para a qualidade de vida, possibilita motivação dentro de uma estrutura grupal, principalmente quando se trata de idosos, por ressignificar suas trajetórias pessoais e coletivas, para uma melhoria do desenvolvimento do bem-estar biopsicossocial.

No entanto, faz-se necessário que outras manifestações artísticas sejam exploradas na diversificação e desenvolvimento desse cenário.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, M. Breve Descrição Sobre Processos Grupais. **Revista Comum**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 19, p. 209-219, 2002.
- ANDRADE, J. E. B.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, Organizações e Trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- ARMOSTRONG, T. **Odisséia do Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- D'ALENCAR, B. P.; MENDES, M. M. R.; JORGE, M. S. B. Significado da biodança como fonte de liberdade e autonomia na auto-reconquista no viver humano. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 2, n. 15, p. 48- 54, 2007.
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33- 38, 2000.
- FRANCO, M. A. S. Pedagogia da Pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas S.A., 2008.
- MARTINS, C. J. Dança, corpo e desenho: arte como sensação. **Pro-Posições**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 101-120, 2010.
- MIRANDA, M. L. J.; GODELI, M. R. C. S. Música, atividade física e bem-estar psicológico em idosos. **Revista Brasileira de Ciências**, Brasília, v. 11, n. 4, p. 87-93, 2003.
- PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira educação física esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-50, 2012.
- PIRES, B. F. O corpo como suporte da Arte. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 76-85, 2003.
- SILVA, L. F. R., et al. Oficinas de música e corpo como dispositivo na formação do profissional de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 189-203, 2014.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## FATORES QUE PREJUDICAM A PREVENÇÃO E CAUSAM O AUMENTO DA MORBIMORTALIDADE NO TRÂNSITO NA CIDADE DE PARNAÍBA-PI

Francisca Elineuda Morais Martins<sup>1\*</sup>, Nayara Cristina da Rocha Oliveira<sup>2</sup>, Celina Maria de Souza Olivindo<sup>3</sup>, Francisco Eudes Barros<sup>4</sup>, Camila Aparecida Sousa Silva<sup>5</sup>, Ana Flavia do Nascimento Azevedo<sup>6</sup>

1. Especialista em Gestão Pública Municipal, UESPI, Parnaíba-Pi,

2. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade Mauricio de Nassau, Parnaíba – Pi, 3 Mestre em Administração, FEAD, Belo Horizonte - Mg

3. Mestre em Gestão Universitária, UFPI, Parnaíba-Pi,

4. Especialista em Urgência e Emergência, UninovaFap, Teresina-Pi

5. Especialização em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça, UFPI, Parnaíba – Pi

E-mail: moraisely@hotmail.com

Palavras-chave: Acidentes. Trauma. Lesão

### INTRODUÇÃO

Acidente de transporte, para o Ministério da Saúde, é todo aquele que envolve um veículo destinado ou usado no momento do acidente, principalmente para o transporte de pessoas ou de mercadorias de um lugar para o outro. Já acidente de trânsito é todo acidente com veículo ocorrido na via pública. E motociclista é considerado como toda pessoa que viaja sobre uma motocicleta ou no sidecar ou em um reboque fixado a este veículo (BRASIL, 2008).

Por conta dos elevados índices mundiais e regionais da morbimortalidade causada por acidentes de trânsitos, políticas foram implementadas visando à prevenção desses agravos. Em 2001 foi aprovada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências que tem como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País (BRASIL, 2001). Em 2002 também surgiu o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito tendo como objetivo implantar ações de promoção da saúde por meio da articulação e mobilização de setores governamentais, não governamentais e da população em geral (SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE/MS, 2002).

As Motocicletas têm sido utilizadas cada vez mais, tanto para trabalho, quanto para lazer. O uso deste veículo (moto) vem se expandindo pelo fato de ser um veículo ágil e mais barato que o automóvel, seu uso se dá não apenas para o passeio e lazer, mas principalmente como meio de transporte para o trabalho (ANDRADE, 2001). Com esse aumento, cresce o número de acidentes, devido à disputa constante no trânsito caótico além de outros fatores (GOLIAS, 2013). Este dado estatístico traz um impacto econômico (custos), isso devido o enorme gasto que o governo arca com cirurgias, reabilitação, aposentadorias dentre outros. Em 2010 o gasto total contabilizado pelo SUS com as internações por acidentes de trânsito foi da ordem de R\$ 187 milhões. Os gastos com internações com motociclistas eram R\$ 43,9 milhões em 2007 (37% do total) estes custos quase que dobraram em 2010: R\$ 85,5 milhões (45% dos custos totais). (ASDECOMDETRAN,2010).

Njaine (2009) cita pontos que sendo controlados podem reduzir o número de vítimas no trânsito, são eles: problemas de engenharia e conservação de estradas e ruas com buracos, defeitos nas pistas; problemas de desenho e segurança dos veículos, onde deveria existir responsabilidade compartilhada entre empresas, oficinas e motoristas para tornar o trânsito e os transportes mais seguros; problemas dos motoristas que têm como fatores associados o consumo de álcool, sonolência, falta de respeito a sinais, brigas de trânsito e excesso de velocidade; e problemas de pedestres os quais não são os principais responsáveis pelos acidentes, mas são as maiores vítimas.

Com base nos estudos realizados e considerando a necessidade de capacitação, reabilitação e educação no intuito de promover um comportamento seguro e preventivo no trânsito, tendo como base as graves e inúmeras consequências dos acidentes de trânsito (AT) e alto custo social, é necessário conhecer o contexto sociocultural em que uma determinada população vive para se trabalhar com essa prevenção. Assim, este trabalho tem como objetivo identificar os fatores que prejudicam a prevenção e causam o aumento da morbimortalidade no trânsito na cidade de Parnaíba-PI.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa a qual possibilita a coleta sistemática de informações numéricas, através de condições de controle e de uma análise das informações a partir da estatística. A pesquisa teve como cenário um Hospital Público de Referência, no município de Parnaíba-

PI. A Instituição realiza atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 145 leitos para internação e observação, sendo 16 destinados para Clínica Cirúrgica e 22 para o Pronto socorro, além de salas que servem de apoio. A População do estudo foi composta por vítimas de acidentes motociclísticos atendidos no Pronto Socorro e internados na clínica Cirúrgica deste hospital.

A amostra foi composta por 109 vítimas de acidentes motociclistas, que se enquadraram nos critérios de inclusão previamente determinados pelo estudo. Como critérios de inclusão estabeleceu-se que os participantes tivessem mais de 18 anos, fossem vítimas de acidente de motocicleta e apresentassem condições clínicas favoráveis para responder ao instrumento de coleta de dados. Não participaram da pesquisa, homens e mulheres menores de 18 anos e maiores de 60 e/ou caso apresentassem desorientação que impedissem a compreensão das perguntas ou respostas.

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a fevereiro de 2015, no qual foi aplicado um questionário, com perguntas fechadas, contendo variáveis sociodemográficas e dados clínicos com perguntas formuladas pelos pesquisadores e utilizado os prontuários como apoio para a coleta, visando o levantamento de dados pertinentes ao objeto da pesquisa.

As variáveis sociodemográficas avaliadas foram sexo, idade e escolaridade. Outras variáveis levantadas foram circunstâncias do acidente, a utilização ou não de equipamentos de segurança e relação da ocorrência do evento com a suspeita do uso de álcool, sendo investigado também área corporal lesada, lesões e sequelas o que permitiu uma investigação mais precisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Camillo Filho/ Sociedade Piauiense de Ensino, atendendo aos padrões estabelecidos pela Resolução nº466/12, que trata das Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Tendo como número de CAAE: 38982914.2.0000.5212.

Os participantes que concordaram em participar voluntariamente do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias: sendo uma do participante e a outra do pesquisador. Neste termo, os participantes foram informados sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, a garantia do anonimato e o direito de revogar decisão anterior de participação a qualquer momento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo foi considerado um total de 109 vítimas de acidentes motociclísticos que permaneciam internados na Clínica Cirúrgica e Pronto Socorro de um Hospital Regional de Parnaíba, no período de janeiro e fevereiro de 2015, confirmando a realidade de pequenas, médias e grandes cidades, onde um número significativo de vítimas de acidente de trânsito são motociclistas. No município de São Paulo no período estudado de 2011 a 2013, foram notificados 21.795 acidentes de transporte. Os acidentes de motocicleta corresponderam a 52,1% e os de bicicleta, a 7,1%. (RODRIGUES, ARMOND, GORIOS et al, 2014). Uma segunda pesquisa realizada na capital Teresina foi considerada uma amostra de 81 indivíduos referentes aos pacientes que permaneceram internados no Hospital de Referência em Urgências de Teresina - PI, vítimas de acidentes motociclísticos e que foram submetidos a procedimento cirúrgico, no mês de maio de 2014 (NASCIMENTO, 2014).

Em outro período, mas também na cidade de Parnaíba, Silva (2014) analisou 6.741 fichas de atendimentos, sendo que 1.183 são acidentes de trânsito, correspondendo a 17,55% dos atendimentos do SAMU no período de janeiro a dezembro de 2013. O estudo mostrou as principais vítimas acometidas pelos acidentes de trânsito e evidencia que os ocupantes de motocicletas estão significativamente presentes nessas ocorrências, com 839 casos, correspondendo a 70,92%.

De acordo com a análise, houve predomínio do sexo masculino em mais da metade da amostra estudada com 83 homens e 26 para mulheres. Cardoso (2012) concluiu em seu estudo que as quedas de moto têm maior incidência em homens, devido a um fator de maior exposição no trânsito, além do comportamento mais agressivo do homem quando diz respeito ao trânsito. A faixa etária predominante foi de 21 a 30 anos com 38,5%, seguido de indivíduos com 18 a 20 anos e 41 a 50 anos com o mesmo percentual, 18,5% e com menor destaque motociclistas com 51 anos ou mais representando 14,6% e 31 a 40 anos com 13,7%. Com relação ao nível de escolaridade, o mais reportado foi ensino fundamental incompleto (com 43,1%), seguido do ensino médio completo (com 22%), ensino fundamental completo (com 12,8%), dando sequência com ensino médio incompleto (11,9%), e em menor número, porém presente no estudo, motociclistas Analfabetos (com 7,3%), ensino superior incompleto (1,8%) e ensino superior completo (0,9%). A baixa escolaridade é um fator determinante no aprendizado e entendimento de muitas situações.

Vê-se uma população sem muita instrução, com um emprego que oferece uma renda básica e as condições não são favoráveis para que o mesmo possa adquirir um veículo que ofereça maior segurança. Palu (2013) evidencia em sua pesquisa que a maioria das vítimas possuía Ensino Médio 114 (61,3%); seguido do Ensino Fundamental 60 (32,3%) e em menor quantidade, Ensino Superior com 12 (6,5%) indivíduos. Considerando a renda familiar das

vítimas, o maior destaque concentra-se na população que sobrevive com 1 até 2 salários mínimos sendo 61 dos entrevistados, seguidos da renda de até 1 salário mínimo com 42 e em menor concentração, de 3 a 4 salários mínimos 5 dos entrevistados e apenas 1 registro de 5 a 6 salários mínimos.

Na categoria que se descreve os tipos de acidentes mais relatados pelos entrevistados, tem-se: colisão e queda de moto com 34% vítimas, seguido de atropelamento (17,4%) e choque com fixo (11%); e em menor número, 4% dos entrevistados não informou com precisão a natureza do acidente. Com relação ao uso do capacete, 55% dos motociclistas relataram usar o EPI (Equipamento de Proteção Individual) e 44,9% não faziam uso no momento do acidente. Para a maioria das vítimas a principal causa dos acidentes foi a bebida alcoólica (27%), alguns entrevistados assumiam o consumo de álcool previamente ao acidente e os demais alegaram ser vítimas de terceiros que fizeram o uso de álcool. Também foi registrado como motivo do acidente a imprudência (22%) e culpa de terceiros (18%); Problemas na via (14%); falha mecânica (7%) e imperícia (2%). Outras causas representam 10% das respostas.

Paula (2008) classifica em sua pesquisa as causas de um acidente em três categorias: as de natureza humana, decorrentes das ações de um condutor ou pedestre; causas relacionadas com a via /meio ambiente nas vias ou condições adversas do tempo; e as causas de origem veicular, que são as provocadas por falhas no desempenho dos veículos. Nessa mesma pesquisa, a autora afirma que os fatores humanos influenciaram a ocorrência de quase todos os acidentes (cerca de 99% dos casos), seja isolado e em alguns casos acompanhados de outros fatores. O excesso de velocidade foi à causa mais frequente apontada pelos técnicos (62 casos) e o uso de álcool (25 casos) também influenciou vários tipos de acidentes. A anotação da incidência do álcool decorre de evidências pesadas (odor, existência de vasilhames no veículo etc.), percebidas pelo agente de tráfego.

Em outra pesquisa, se tratando dos prováveis fatores que contribuíram para a ocorrência dos acidentes, foi evidenciado que 46,66% motociclistas afirmaram acreditar na possibilidade da existência de algum fator que pode ter provocado o acidente. Destes, 64,30% relataram as más condições da via, 21,42% apontaram a luminosidade prejudicada do local, 7,14% mencionou uma falha no funcionamento da corrente de transmissão da motocicleta, 7,14% citou a invasão de um carro na faixa oposta com farol deficitário (MASCARENHAS, 2010). Pordeus (2010), por sua vez, afirma dentre as justificativas dos motociclistas sobre o seu comportamento de risco, o excesso de velocidade prevaleceu em 47 (52,2%) das respostas, seguido da falta de atenção em 33 (36,7%). Ao atribuírem a responsabilidade da ocorrência do acidente ao comportamento da outra pessoa envolvida nesse sinistro, os respondentes registraram, como principais, o avanço de sinal em 26 (54,2%) e a falta de atenção em 15 (31,2%).

Procurando identificar a categoria em que se enquadrava a vítima, uma expressiva parcela dos motociclistas eram os condutores de motocicleta, sendo esses 67,8% das vítimas do acidente, os demais 32,1% caracterizavam os passageiros. Dos 74 condutores, apenas 20% eram habilitados e os motoristas que possuíam CNH, em sua maioria (45%) tinha menos de 5 anos de habilitação. A faixa de motociclistas com menor experiência foi maior de 5 a 15 anos (com 35%), em seguida mais de 20 anos habilitado (15%) e com menor ocorrência a faixa de 16-20 anos (5%).

Com relação à posse de Carteira Nacional de Habilitação - CNH, na pesquisa realizada em Fortaleza, houve maior frequência de habilitados, com 44,2% dos condutores e apenas 22,9% não possuíam (ALMEIDA, 2013). Dados esses que contrapõem a realidade local da cidade de Parnaíba-PI e dos municípios vizinhos, pois dos 74 condutores entrevistados, apenas 20 (27%) eram habilitados, o que mostra uma grande parcela da população sem instrução necessária para estar conduzindo uma motocicleta ou mesmo transitando em meio às vias públicas. O número de pessoas sem habilitação se comparado ao número de condutores que possuíam CNH é alarmante, se expondo a riscos e também colocando a vida do próximo em perigo. A falta do conhecimento teórico e das leis que fundamentam a boa conduta no trânsito serve não só como título burocrático, mas ensinam a direção defensiva, a qual pode auxiliar em muitas situações corriqueiras de riscos, causadas por outros condutores (SILVA, 2014).

Como consequências do acidente, tem-se evidenciado que a parte do corpo mais acometida por estes foram: os membros inferiores, incluindo fêmur, tibia, fíbula, com 44 (40,3%) vítimas. Seguida desses os politraumatizados representando 37 (34%), que sofreram além de escoriações, fraturas em diversas partes do corpo. Em menor evidência foi registrada lesões nos membros superiores com 16 (14,6%) casos; cabeça/pescoço/face (9%); abdômen/pelve, tórax e coluna com 1 (1%) registro cada.

As campanhas para segurança no trânsito são direcionadas aos condutores com comportamentos inapropriados como: conversas ao celular, falta de atenção, ingestão de bebidas alcoólicas, dentre outros. Elas visam tanto à sensibilização dos usuários de transporte quanto às condições da via, manutenção dos veículos, regras de trânsito, dicas de segurança, velocidade recomendada e níveis de agressividade (TDR- PLANO DE MOBILIDADE, 2012)

A educação no trânsito depende da transformação de posturas tanto de motoristas quanto do pedestre. É necessário disseminar as regras de trânsito nas escolas, uma vez que os alunos todos são pedestres e irão conduzir automóveis no futuro. Parte do desenvolvimento dos indivíduos vem da tomada de consciência gerada pelos problemas modificando assim seu comportamento. De acordo com o Art. 74, do CTB: "A educação para



o trânsito é direito de todos e constitui dever prioritário para os componentes do Sistema Nacional de Trânsito” (BRASIL, 2008).

## CONCLUSÃO

Após o desenvolvimento do presente trabalho constatou-se que a situação da cidade de Parnaíba, no que se refere a motociclistas vítimas de acidente de trânsito, encontra-se condizente com a realidade nacional. Constatou-se que a maioria das vítimas de acidente motociclísticos atendidas no hospital tratava-se de homens, jovens na faixa etária de 21 a 30 anos, solteiros, com ensino fundamental incompleto e renda familiar de um a dois salários mínimos, sendo vítimas de colisão ou queda de moto.

A maioria dos motociclistas acidentados eram os condutores e não possuíam a CNH, já aqueles que se encontravam dentro da regularidade, possuíam a carteira há menos de cinco anos. Foi identificado o uso regular do capacete e os mesmos consideravam como principal causa do acidente o uso de bebidas alcoólicas, apesar da maioria dos envolvidos afirmar não estar sob efeito do álcool no momento do infortúnio.

Os motociclistas atribuíram à bebida alcóolica a principal responsável, seguido da imprudência ou falta de cuidado e culpa de terceiros. Mesmo tendo conhecimento acerca dos riscos que traz a combinação de álcool e estrada, as pessoas ainda insistem nessa conduta. As cidades apresentam falhas no quesito fiscalização e punição, isso abre margens para a continuidade das infrações, seja ela o uso de bebida alcoólica, a direção sem habilitação, veículos irregulares, excesso de velocidade, dentre outros.

Dentre as medidas encontradas e citadas para reduzir esse número alarmante de vítimas de acidentes de motocicleta, verifica-se a necessidade de uma articulação dos setores da educação, saúde, justiça e trânsito. Algumas medidas mais urgentes devem ser adotadas, como o cumprimento de leis, punição e a fiscalização, e para tais ajustes é necessária participação dos respectivos gestores, eles têm o poder de fornecer o suporte necessário para o combate às infrações, bem como cobrar o cumprimento das medidas adotadas. Levando em consideração a educação, percebe-se que é uma solução a longo prazo, a qual deve ser mais efetiva justamente com crianças e jovens, os quais devem ser instruídos desde o início a manter uma conduta correta durante sua participação no trânsito, mostrando como a má conduta pode levar a graves consequências. Ademais é necessário haver de cada indivíduo a conscientização dos seus atos perigosos e inconsequentes, pois rotinas vistas como banais, podem ser o diferencial entre a ocorrência ou não de uma morbimortalidade causada por um acidente de trânsito.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. M. et al. Acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, Jun. 2001.
- ASDECOM/DETRAN-PA. Pará quer reduzir em 20% os acidentes de trânsito até 2019. Detran-PA. Pará.2010.
- BRASIL, Código de Trânsito Brasileiro. **Código de Trânsito Brasileiro: instituído pela Lei nº 9.503, de 23-9-97. 3ª edição**. Brasília: DENATRAN, 2008. BRASIL, Código Internacional de Doenças (V01-V99), Brasília, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, Ago. 2001.
- CARDOSO, Juliana et al. **Acidente de Trânsito com Trauma: Os Desafios da Violência Urbana**. In: III Encontro Nacional de Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente. Niterói/RJ, 2012.p. 1-11.
- GOLIAS, A. R. C. CAETANO, R. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, Mai 2013.
- MASCARENHAS, C. H. M. AZEVEDO, L. M. NOVAES, V. S. Lesões musculoesqueléticas em motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. **C&DRevista Eletronica da Fainor**, Vitória da Conquista- BA. v.3, n.1, p.78-94, jan./dez. 2010.
- NASCIMENTO, J. F. **Perfil das vítimas de acidentes motociclisticos atendidas em um hospital de referência. 2014**. 48p. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Estadual do Piauí – UESPI. TERESINA, PIAUÍ, 2014
- NJAINE, K. ASSIS, S.G. CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. P. 27-29. 2009.



PALU, L. A. **O custo social dos acidentes com motocicletas e sua correlação com os índices de trauma.** 2013. 89p. Dissertação (Mestrado) – Programa de PósGraduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

PAULA, M. E. B; Régio, M. **Investigação de Acidentes de trânsito fatais. Boletim Técnico da Companhia de Engenharia de Tráfego.** São Paulo. 2008. Disponível em: < <http://www.cetsp.com.br/media/56546/btcetsp42.pdf>>. Acesso em 19 Abr. 2015.

PORDEUS, A.M.J; VIEIRA, L.J.E.S; ALMEIDA, P.C. et al. Fatores associados à ocorrência do acidente de motocicleta na percepção do motociclista hospitalizado. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Fortaleza. v. 23, n.3, p. 206-212, jul./set. 2010.

RODRIGUES, C. L; ARMOND, J. E; GORIOS, C. et al. Acidentes que envolvem motociclistas e ciclistas no município de São Paulo: caracterização e tendências. **Rev Bras Ortop.** São Paulo, v. 49, n. 6, p. 602–606, Out. 2014.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE/MS. Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v. 36, n. 1, Fev. 2002.

SILVA, W. P. **Perfil dos acidentes de trânsito atendidos pelo SAMU da cidade de Parnaíba – PI, no ano de 2013. 2014.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem). Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Parnaíba, Piauí, 2014.

TDR- PLANO DE MOBILIDADE. **Programa de Desenvolvimento Urbano Integrado de Catanduva: plano diretor de mobilidade do município de Catanduva.** São Paulo. 2012.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos que colaboraram de alguma, familiares e amigos. Agradecemos também aos responsáveis pelo Hospital Público de Referência, no município de Parnaíba-PI, por terem autorizado a realização deste trabalho em suas dependências.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EXECUÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE: FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES

**Bruna Caroline Rodrigues Tamboril<sup>1\*</sup>, Ana Larisse Teles Cabral<sup>1</sup>, Maria Girlene de Freitas Albuquerque<sup>1</sup>, Nayara de Castro Costa Jereissati<sup>1</sup>, Zélia M. De S. Araujo Santos<sup>2</sup>, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira<sup>2</sup>**

1. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

E-mail: carolinebcr@gmail.com

Palavras-chave: Plano de Saúde, Saúde Suplementar, Planejamento em Saúde.

### INTRODUÇÃO

Ao longo da última década, no Brasil, tanto o sistema público de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS) como o suplementar têm passado por diversas transformações, no sentido de uma melhor organização do provimento do cuidado em um contexto de transição demográfica e epidemiológica muito rápida. No SUS observam-se, principalmente, maior ênfase ao cuidado primário e melhoria do acesso (FERNANDES; BERTOLD; BARROS, 2009), enquanto no sistema suplementar ocorreu a introdução do aparato regulatório, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que determinou maior organização e sustentabilidade do setor de planos e seguros privados de saúde (ANDRADE et.al, 2013).

O subsistema privado de saúde, denominado Saúde Suplementar, é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada. No Brasil, a saúde suplementar iniciou sua expansão nos anos 1970, vendendo serviços à previdência; intensificou seu crescimento a partir da crise do modelo médico previdenciário, sobretudo pelo forte incremento da modalidade convênio-empresa (ANDRADE et.al, 2009).

Conforme princípio constitucional, a iniciativa privada tem direito de prestar serviços de saúde de forma complementar ao sistema público e de acordo com as diretrizes e princípios do SUS. Ao definir as ações e serviços de saúde como relevância pública, a Constituição Federal atribui ao Estado a responsabilidade por sua regulamentação, fiscalização e controle. Isso se aplica a todos os serviços e ações, ainda quando sua execução não se efetive diretamente pelo poder público, mas por meio de contratados ou conveniados, pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Em janeiro de 2011, a ANS completou onze anos. Durante esse período, cerca de 260 resoluções normativas e mais de 47 instruções de serviço foram publicadas. É por meio desses atos normativos que a ANS regula o sistema de saúde suplementar. Entretanto, a despeito do quantitativo elevado de normas, cabe refletir sobre o desempenho da ANS, uma vez que o excesso da regulamentação editada pode não ter se traduzido em equilíbrio do mercado (SALVATORI; VENTURA, 2012).

A ANS surgiu, portanto, para regular um mercado de planos privados de assistência à saúde que, até aquele momento (quase 60 anos após o surgimento das primeiras operadoras de planos de saúde), atuava sem qualquer intervenção do poder Estatal, operando por mecanismos bastante frágeis, sobretudo quanto ao nível de informação ao consumidor (COSTA, 2008). Além disso, o beneficiário, ficava totalmente entregue a cláusulas contratuais abusivas, visto que, ao assinar o contrato, estava, facilmente, de acordo com cláusulas que excluía doenças e lesões preexistentes, enfermidades incuráveis e procedimentos de alta complexidade, e que, inclusive, limitavam os dias de internação hospitalar. O marco regulatório introduzido pela Lei no 9.656, de 1998 – que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde – e pela Lei no 9.961, de 2000 – que cria a ANS – transformou substancialmente o cenário de desregulação, com a edição de um arsenal de normativos que tratavam desde regras para a entrada e saída de operadoras de planos de saúde no mercado, até a proteção de direitos dos beneficiários de planos de saúde (BRASIL, 2000).

A atuação da ANS veio de encontro a algumas práticas abusivas, procurando garantir, mediante um arcabouço normativo, o desenvolvimento de contratos que ofertassem um rol mínimo assistencial, sem limites de consultas médicas e de internação, reajustes financeiros controlados e seguindo critérios predeterminados, acesso igualitário a portadores de doenças preexistentes, uma qualidade mínima nos serviços de saúde prestados, dentre outros avanços. Assim, nos novos contratos, as operadoras de planos de saúde são obrigadas a cobrir doenças como o câncer, a AIDS e transtornos psiquiátricos, e estão proibidas de negar assistência a beneficiários que já ingressam no plano com uma doença prévia (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Dessa forma, este artigo tem como objetivo revisar na literatura os fatores facilitadores e dificultadores para a regulação dos planos de saúde, exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia instituída

para promover o equilíbrio das relações entre operadoras e consumidores, bem como tornar o mercado de planos de saúde mais eficiente. Por meio de uma revisão de literatura publicada sobre a temática, o presente estudo aborda a origem e a forma de atuação das agências reguladoras no Brasil, passando pelo cenário do sistema de saúde suplementar, anteriormente à publicação da Lei no 9.656, de 1998, pela criação da ANS, sua estrutura organizacional e procedimentos administrativos adotados, e chegando ao cenário do sistema suplementar de saúde após a criação da ANS, no qual são apresentados os principais avanços alcançados e os desafios a serem enfrentados pela agência reguladora dos planos de saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa que visa sumarizar a literatura, gerando um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas sobre a temática pondo enfoco a identificação das lacunas existentes (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A elaboração deste estudo surgiu de questionamentos que fomentou o eixo norteador sobre a pertinência de pesquisas nacionais que elegeram como objeto de estudo os fatores facilitadores e dificultadores na execução dos planos de saúde, desenvolvido no período de outubro a novembro de 2016, por meio de buscas à Scientific Electronic Library Online (SCIELO), cuja escolha justifica-se por indexar várias bases de dados pertinentes ao tema, bem como proporcionar uma interface direta com as demandas sociais que aportam ao setor saúde.

Para a captura dos artigos utilizaram-se os termos *plano de saúde, saúde suplementar, e planejamento em saúde*, todos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); para delimitar o campo de análise fizeram parte desta RI artigos completos e disponíveis online, publicados no período de 2011 a 2016, nos idiomas português e inglês que discorressem sobre a execução dos planos de saúde:

fatores facilitadores e dificultadores, em qualquer item do texto. Os artigos que não trataram da temática específica deste objeto investigativo, enquadraram-se nos critérios de exclusão.

A operacionalização dos intercruzamentos (e/and) evidenciou os seguintes dados:

I) Planos de saúde *AND* Saúde suplementar (107), refinando a busca resultou em 28 trabalhos; após leitura e releituras dos títulos e resumos por dois dos autores, permaneceram 10 produções; no entanto, após revisão minuciosa dos artigos foram inclusos na pesquisa seis;

II) O intercruzamento dos termos Saúde suplementar *AND* planejamento em saúde originou 12 trabalhos, que após triagem reduziu a 2 pesquisas; destas duas permaneceram; após releituras com foco na temática os dois permaneceram;

III) Planejamento em saúde *AND* Planos de saúde, (40) trabalhos, após triagem 06 e após leitura restou 03, sendo 01 duplicados nas etapas anteriores, restando dois para inclusão na pesquisa;

IV) Planos de saúde *AND* Saúde suplementar *AND* planejamento em saúde (02) pesquisas, após filtros reduziu para 00 artigos.

Nessa lógica, dez artigos constituíram-se o corpus de análise desta RI. A partir desta amostra elaborou-se um roteiro com as variáveis - autor, ano, objetivo, resultado e conclusão para proceder a análise. Os dados decorrentes foram apresentados em quadro, discutidos e confrontados com a literatura perpassando pelas convergências e diversidades, balizando as lacunas sobre o tema em pauta.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Das dez pesquisas selecionadas, as publicações aconteceram nos anos de 2010 (1), 2011 (2), 2012 (1), 2013 (3), 2014 (2) e 2016 (1) realizadas em âmbito nacional. As pesquisas apresentavam abordagem qualitativa (6), quantitativo (5) e de revisão (1) e tiveram nos resultados os facilitadores e dificultadores na execução dos planos de saúde.

A articulação entre os elementos públicos e privados na assistência à saúde é um tema estratégico para o sistema de saúde no Brasil. Nessa perspectiva surge a saúde suplementar para regular esse processo, mas é um objeto que ainda requer investigação, em especial, sobre os conceitos utilizados na sua construção e sobre os referenciais teóricos utilizados em sua abordagem, no sentido de explorar a extensa interface público/privada que articula a estrutura social e econômica às políticas de Estado na área da saúde (STELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

No que tange essa articulação, surgem vários fatores que influenciam e/ou dificultam, dentre eles, o acesso aos serviços, o atendimento, o planejamento e a gestão. De acordo com Daros et al (2016), os beneficiários se deparam com várias barreiras como negação do acesso e restrição da continuidade do cuidado e em seu estudo aponta que existe a necessidade de se fiscalizar se tais dificuldades não são estratégias deliberadas para redução de custos, que se configura como uma restrição ao direito a saúde, ferindo o direito dos consumidores.

Dessa forma, pode-se dizer que a ANS começou um movimento de saneamento do mercado, colocando barreiras à entrada de novas operadoras, o que resultou na permanência e na entrada de operadoras mais sólidas, com maiores condições econômicas de arcar com os custos da assistência suplementar à saúde. Ao mesmo tempo, sob essa mesma lógica de saneamento, a ANS procedeu à liquidação de inúmeras operadoras que não se adequaram às novas diretrizes do setor. Em alguns casos, as próprias operadoras solicitaram o cancelamento de seus registros (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008).

Como exemplos de avanços, citam-se os benefícios trazidos pela obrigatoriedade do atendimento a todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e de cobertura de todos os procedimentos do rol de procedimentos editado pela ANS; a proibição de exclusão de qualquer tipo de doença; e atendimento integral durante a internação, incluindo materiais e todos os procedimentos necessários (desde que constantes em contrato ou no rol de procedimentos), sem limitação de dias de internação ou de quantidade de procedimentos (SALVATORI; VENTURA, 2012).

O surgimento do rol de procedimentos, mais do que a ampliação das coberturas ofertadas pelas operadoras de planos de saúde, significou uma possibilidade de mudança do paradigma de atenção à saúde praticado na saúde suplementar, uma vez que abarcou alternativas terapêuticas, como o trabalho multidisciplinar, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de se constituir um instrumento para a regulação da incorporação tecnológica na saúde suplementar (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008).

Não obstante ter a regulação, ao longo destes 13 anos da Lei dos planos de saúde e de 11 anos de existência da Agência Nacional de Saúde Suplementar, apresentado inequívocos avanços, o esforço regulatório deve concentrar-se na resolução de desafios que ainda se fazem presentes (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Desse modo, devem ser lembrados alguns aspectos importantes, como o monitoramento da qualidade da assistência prestada pelas operadoras de planos de saúde; a renúncia fiscal; a existência dos cartões de desconto; a operação de empresas como operadoras de planos de saúde sem o registro na ANS e; a adoção de alguns mecanismos nocivos de regulação assistencial pelas operadoras de planos de saúde (LIMA, 2007). Certamente, o segmento econômico-financeiro é parte primária e fundamental para a existência saudável de uma empresa que objetiva operar no mercado de planos de saúde e, por esse motivo, deve ser monitorado com certa prioridade. Porém, a agência não pode renunciar ao seu papel de regulador da assistência, visto que essa é uma característica definida em Lei e de essencial execução para a garantia do interesse público (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Nesse sentido, se faz necessário fazer algumas reflexões sobre esses resultados apresentados pela ANS. O próprio relatório de execução anual do contrato de gestão de 2010 admitiu a realização de ajustes nos indicadores em função de “princípios constitucionais” e de “fundamentos da Nova Gestão Pública” (BRASIL, 2010), de forma a garantir maior aproximação dos indicadores às estratégias utilizadas pela ANS para a regulação do mercado, buscando medir os resultados das ações do órgão regulador.

## CONCLUSÃO

A partir do exposto, podemos concluir que é de vital importância a articulação da oferta de serviços de saúde pública versus privada, na obtenção da cobertura integral tanto para os usuários de planos de saúde privados quanto para os usuários do SUS.

Os interesses econômicos das operadoras de planos de saúde e dos prestadores de saúde tiveram, por muitos anos, um papel preponderante no sentido de ditar as regras de mercado em saúde suplementar, as quais mantinham o usuário fragilizado com relação a obtenção dos seus direitos. Tal prática perdurou por muito tempo e sem nenhuma legislação específica para coibir. Nos últimos anos essa realidade passou por transformações considerando o advento da regulação do setor de saúde suplementar através da criação da ANS (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2014).

A ANS saneou o mercado, resultando na permanência e entrada de operadoras mais sólidas, com condições econômicas de arcar com os custos da assistência suplementar à saúde. Procedeu à liquidação de inúmeras operadoras que não se adequaram as novas diretrizes.

Ocorreram avanços inegáveis no que se refere a integralidade do cuidado em saúde suplementar, pois as operadoras são obrigadas a cobrir todos os procedimentos e eventos em saúde que estão publicados no rol de procedimentos da ANS, além de serem proibidas de limitar dias de internação ou quantidade de procedimentos.

Vale ressaltar que a cobertura obrigatória contribui para a elevação dos custos com a saúde, especialmente para os usuários que ocupam as últimas faixas etárias considerando o aumento da demanda por serviços de saúde (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Apesar dos avanços ocorridos nos últimos 11 (onze) anos com a atuação regulatória da ANS, ainda existem desafios a serem solucionados e que exigem esforços concentrados oriundos da referida regulação.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E. L. G. et al. Análise dos modelos assistenciais praticados pelas operadoras de planos de saúde em Minas Gerais. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, p. 87-118, 2009.
- ANDRADE, M. V. et al. Indicadores de gastos com serviços médicos no setor de saúde suplementar no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup., p. S103-S117, 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa**, 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei no 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 5. 29 jan., 2000.
- DAROS, R.F.; GOMES, R.S.; SILVA, F.H.; LOPES, T.C. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p: 525-547, ago./dez, 2016.
- CASTANHEIRAI, C.H.; PIMENTAI, A.M.; LANAI, F.C.F.; MALTAI, D.C. Utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte. **Rev Bras Epidemiol**, v. Suppl; p.256-266, abr, 2014
- COSTA, N. do R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1453-1462, 2008.
- DILÉLIO, A.S.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S et al. Padrões de utilização de atendimento médico ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p:2594-2606, dez, 2014.
- FERNANDES, L. C. L.; BERTOLD, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização de serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.
- LIMA, S. M. L. et al. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:116-23.
- SALVATORI, R. T; VENTURA, C. A. A. Salvador, [www.revistaoes.ufba.br](http://www.revistaoes.ufba.br), v.19 - n.62, p. 471-487 - Julho/Setembro, 2012.
- SANTOS, F. P. dos; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p. 1463-1475, 2008.
- SISSON, M.C.; OLIVEIRA, M.C.; CONILL, E.M.; PIRES, D et al. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. **Interface comunicação saúde educação**, v.15, n.36, p.123-36, jan./mar. 2011.
- SESTELO, J.A.F.; SOUZA, L.E.P.F.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p:851- 866, mai, 2013.
- SOARES, C.B.; HOGA, L.A.K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v.48, n.2, Apr. 2014.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza; a Professora Dra. Zélia Santos por seus ensinamentos e dedicação e a FUNCAP.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## MITOS E VERDADES SOBRE HANSENÍASE: USO DE UM JOGO EDUCATIVO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ingrid Grangeiro Bringel Silva<sup>1\*</sup>, Thiáskara Ramile Caldas Leite<sup>1</sup>, Samires Soares de Oliveira<sup>2</sup>, Daniel Gomes de Lima<sup>2</sup>, Maria do Socorro Vieira Lopes<sup>3</sup>, Edilma Gomes Rocha Cavalcante<sup>3</sup>.

*1 Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-Ceará- Brasil.*

*2 Acadêmicos de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-Ceará-Brasil.*

*3 Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-Ceará-Brasil.*

Email: [ingrid\\_gbringel@hotmail.com](mailto:ingrid_gbringel@hotmail.com)

Palavras-chave: Hanseníase. Educação em Saúde. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa e negligenciada que se manifesta através de sintomatologia dermatoneurológica, e pode acarretar deformidades físicas e incapacidades permanentes (BRASIL, 2008). Tais alterações interferem na imagem corporal, resultando em preconceito, discriminação e exclusão social (BATISTA; VIEIRA; PAULA, 2014).

Ao longo dos anos, várias estratégias foram criadas para controlar o surgimento da doença. Inicialmente, as pessoas com a doença ficavam isolados e reprimidos da sociedade para preservar os indivíduos considerados saudáveis. À medida que as políticas foram formuladas, os avanços surgiram, como o desenvolvimento dos medicamentos quimioterápicos e a adoção de medidas preventivas com o corpo e com o meio ambiente (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

As atuais recomendações para controle da doença incluem: atividades de educação em saúde, Investigação epidemiológica para o diagnóstico, tratamento até a cura, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica e exame de contatos, orientações e aplicação de BCG (BRASIL, 2016). Entretanto, para que essas ações sejam efetivas, a população deve ser informada sobre os aspectos que envolvem a doença através de profissionais capacitados de saúde e ensino (ALMEIDA et al., 2014).

Diante do exposto, as atividades de educação em saúde podem ser utilizadas para desmistificar o estigma e preconceito da população acerca da doença, uma vez que ao incrementar essas ações é possível empoderar esses indivíduos e fomentar a promoção da saúde, a fim de torná-los disseminadores de informações e agentes de mudança de comportamentos na comunidade (SALCI et al., 2013).

Nesse sentido, para que esses propósitos sejam alcançados algumas ferramentas de suporte podem ser utilizadas, como os materiais de divulgação, também denominados materiais educativos, no formato de cartazes, folhetos e outros, destacando-se como importantes mediadores entre os profissionais e a população (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010). Assim, objetivou-se relatar a experiência de uma prática comunitária que utilizou um jogo educativo sobre hanseníase.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em uma praça pública do município de Crato-Ceará, no mês de maio de 2017, durante ação da Secretaria Municipal de Saúde. Participaram dessa atividade, acadêmicos da graduação em Enfermagem, mestrandas e professoras da Universidade Regional do Cariri que integram a Liga Acadêmica de Doenças Negligenciadas (LIDONE). Também participaram da ação os enfermeiros vinculados à Secretaria Municipal de Saúde.

Como recurso para realização da atividade, foi utilizado um jogo educativo denominado “Hanseníase: Mitos e Verdades”, organizado e adaptado a partir de uma proposta da Fundação Oswaldo Cruz. O jogo tem como objetivo (explícitos e implícitos dos materiais) diminuir o preconceito relacionado à doença. É constituído de um painel, dividido ao meio e cada lado possui um título: de um lado, mito; do outro, verdade. Foram elaboradas doze tarjetas com afirmações que variam entre os mitos e verdades referentes à doença, como por exemplo: “A hanseníase é uma doença contagiosa” e “A hanseníase atinge apenas pessoas pobres”.

A atividade foi realizada individualmente com os indivíduos que se encontravam transitando ou nas adjacências da praça e que aceitaram, através de convite verbal, participar da atividade. Eles eram questionados pelos

membros da LIDONE sobre a veracidade da afirmação, que era fixada no lado correspondente ao de sua resposta. Quando todas as tarjetas estavam afixadas, os membros da liga reliam as afirmações promovendo uma discussão e maiores esclarecimentos sobre a informação.

Foram utilizados ainda banners informativos acerca da doença, com textos e imagens para o esclarecimento de dúvidas. Também foram distribuídos panfletos educativos sobre a temática, que visaram estimular a auto-suspeição e detecção de casos na população. Os materiais educativos utilizados apontam sentidos e práticas adequadas sobre hanseníase, que busca instaurar o diálogo entre a comunidade e os profissionais de saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a realização da atividade, observou-se que os indivíduos participaram ativamente respondendo os questionamentos e esclarecendo dúvidas, pois ao final da atividade os membros da LIDONE reliam as afirmações, corrigindo as que tivessem erradas e fortalecendo os conhecimentos prévios percebidos através das respostas corretas.

A utilização de materiais educativos é uma importante estratégia de promoção da saúde com grupos sociais, pois tem o potencial de ser trabalhada de maneira descentralizada, possibilitando a participação de diversos grupos, ampliando seus conhecimentos sobre diferentes agravos e instituindo práticas de cuidado integral (MONTE; PEREIRA, 2015).

Apesar disso, cotidianamente se observa uma forte tendência dos profissionais utilizarem esses materiais de forma instrumental junto à população, o que sugere o desenvolvimento de práticas verticais e unilaterais, fragmentando os processos comunicativos, tornando o usuário, agente passivo. Assim, defende-se que os materiais educativos sejam mediadores na relação entre profissionais e usuários, potencializando a troca de conhecimentos, discussões, valores e significados conferidos à doença (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010).

Nesse estudo, os membros da LIDONE perceberam que a maioria o análise das respostas do jogo, apontam que a maioria dos participantes reconhecia a hanseníase como doença da antiguidade, também chamada de lepra, relatada na bíblia e conheciam pessoas que já realizaram o tratamento da doença.

Considerada uma das doenças mais antigas da humanidade, a hanseníase também pode ser descrita como doença mutiladora e incapacitante que se instalava em pessoas pecadoras, merecedoras de castigo divino. Essa imagem faz parte das compreensões e construções sociais tradicionalmente transmitida pela sociedade e ainda temida na atualidade (REIS et al., 2014).

Observou-se, também, limitação ou ausência de conhecimentos quanto à sintomatologia, formas de transmissão, tratamento e desenvolvimento de incapacidades. O desconhecimento dessas informações é preocupante, pois pode acarretar diagnósticos tardios, desenvolvimento de incapacidades e/ou deformidades, com um número elevado de casos novos identificados. Desse modo, é inevitável que os profissionais de saúde desenvolvam rotineiramente atividades educativas, para conscientizar e alertar a comunidade sobre os aspectos que envolvem a hanseníase (MOREIRA et al., 2014).

Com a experiência pode-se observar, ainda, que os aspectos relacionados ao estigma e preconceito estão presentes no conhecimento empírico, conferidas nas afirmações durante o jogo, ao indicarem que as pessoas diagnosticadas com hanseníase deveriam ser excluídas do convívio social.

Dessa forma, faz-se necessário uma maior divulgação e esclarecimento acerca das reais consequências da hanseníase, para que os aspectos negativos disseminados na sociedade sejam desmistificados, gerando uma reflexão dos cidadãos sobre conceitos e informações adequados.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a atividade educativa na comunidade foi um momento propício para discussões, onde os envolvidos foram estimulados a debater sobre a hanseníase, esclareceram dúvidas e puderam ser considerados possíveis disseminadores dessas informações em seus ambientes domiciliares e comunitários.

Destaca-se a importância dos discentes em relação à multiplicação/disseminação de informações, pois as ações que inserem os acadêmicos na comunidade permite que vivenciem contextos reais e oportuniza o desenvolvimento de raciocínio crítico e tomada de decisões com vistas a transformar as situações de saúde encontradas.

Além disso, a experiência permitiu que os integrantes da LIDONE buscassem um aprofundamento teórico sobre o jogo e utilizá-lo como processo de ensino aprendizagem e de desmistificação dos estigmas. Além de atentar para os diversos sentidos que a experiência com a hanseníase manifesta na vida das pessoas, utilizando-se de ações educativas capazes de promover mudanças efetivas quanto à humanização do cuidado e promoção da saúde.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, MHM; RIBEIRO, PRS; SANTOS, FAAS; SILVA, DA. Educação para a saúde: uma abordagem das concepções de alunos do ensino fundamental sobre a hanseníase. **Scientia Plena**, v. 10, p 1-10, 2014. BATISTA, G.V.T.; VIEIRA, A.C.S.C.; PAULA, B.A.M. A imagem corporal nas ações educativas em autocuidado para pessoas que tiveram hanseníase. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 (1): 89- 104, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Condutas para Alterações Oculares em Hanseníase. Cadernos de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase; nº3. Brasília- DF, 2ª ed. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [recurso eletrônico] – Brasília: 2016.
- KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.S.; RIBEIRO, A.P.G. Collection of educational materials on Hansen's disease: a tool for memory and communicative practices. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.37-51, jan./mar. 2010.
- MOREIRA, A.J; NAVES, J.M; FERNANDES L.F.R.M; CASTRO, S.S; WALSH, I.A.P. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro-RJ, v. 38, n. 101, p. 234-243, ABR-JUN. 2014.
- MONTE, R.S; PEREIRA, M.L.D. Hanseníase: representações sociais de pessoas acometidas. **Revista Rene**. v.16, n. 6, p. 863-71. Nov-dez. 2015.
- PANOSSO, G.M.; DE SOUZA, R.S.; HAYDU, B.V.; Características atribuídas a jogos educativos: uma interpretação analítico-comportamental. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. SP. Volume 19, Número 2, p. 233-241. Maio/ Agosto. 2015
- REIS, FJJ; GOMES, MK; ALVES, D; CABRAL, R; CUNHA, AJLA. Hanseníase: conhecimento e representações sociais dos alunos do curso de Fisioterapia. **Fisioterapia Brasil**, v. 15, n.3, maio/junho, 2014. ROCHA, K.P. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 113-6, Brasília, jan-fev, 2008.
- SALCI, M.A; MECENO, P; ROZZA, S.G; SILVA, D.M.G; BOEHS, A.E; HEIDEMANN, I.T.S.B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**. Jan-Mar. v.22, n.1, p.224-30.
- SANTOS, LAC; FARIA, L; MENEZES, RF. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, jan./jun. 2008.
- SILVEIRA, B.G.M. et al. Portador de hanseníase: Impacto psicológico do diagnóstico. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 517-527, 2014.

## AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Crato – Ceará



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE O PARTO NORMAL

**Paula Caroline Rodrigues de Castro<sup>1\*</sup> (PG), Antônia Meirivânia de Sousa Santos<sup>2</sup> (PG), Marcelo Peres de Brito<sup>3</sup> (PG), Francisca Alanny Araújo Rocha<sup>4</sup> (PO), July Grassiely de Oliveira Branco<sup>5</sup> (PG), Raimunda Magalhães da Silva<sup>6</sup>(PQ).**

*1 Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA(UNIFOR). Sobral-Ceará-Brasil*

*3 Doutora, Epidemiologista. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).*

*4 Doutora, Fisioterapeuta. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.*

*5 Doutora, Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)*

*Email:paulapop\_150@hotmail.com*

*Palavras-chave: Parto normal. Gestação. Assistência de Enfermagem.*

### INTRODUÇÃO

O processo de nascimento era entendido como natural e fisiológico, que envolvia o parceiro, seus familiares ou alguém de sua confiança, preservando vários significados culturais. Com o avanço da medicina e desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e obstétricas, o parto cesáreo passou a ser uma alternativa mais rápida e menos dolorosa, deixando de ser um procedimento para salvar a vida do bebê ou da mãe. Consequentemente, a mulher passou a ter menor ou nenhuma participação no parto (VELHO et al, 2014).

O parto normal como processo fisiológico revela a necessidade da participação apenas de um familiar ou alguém próximo que transmita tranquilidade e confiança à gestante, e um profissional da saúde para o apoio, avaliação e intervenção se necessário. O fato da mulher sentir-se em um ambiente familiar e emocionalmente seguro, pode influenciar diretamente aspectos psicológicos, contribuindo para o trabalho de parto com menos complicações (BRASIL, 2014).

Estudos apontam que para intervir neste processo natural deve haver indícios que realmente justifiquem o procedimento cirúrgico, como: ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragias da gestação e doenças infectocontagiosas adquiridas durante a gestação (GOMES et. al, 2013; BRASIL, 2012).

Em pesquisa realizada com mulheres que vivenciaram tanto o parto normal, como a cesariana, estas revelaram uma maior preferência pelo parto normal, afirmando ser um processo natural e fisiológico para si e seu bebê, possibilitando uma recuperação mais rápida e alta hospitalar mais cedo. Estas mulheres percebem o trabalho de parto como um momento único oferecido pela maternidade, canalizando as sensações de dor em amor materno, necessitando fazer uso mínimo de medicamentos (VELHO et. al, 2012).

Dentre os países que apresentam esse aumento de partos cirúrgicos está o Brasil, revelando números alarmantes de cesarianas que correspondem a quase metade do número de partos anuais (47%). Destes, 30% são realizados em hospitais públicos e 70% em unidades particulares (BRASIL, 2011). No Ceará, esses dados são ainda mais alarmantes, 57% dos procedimentos realizados na rede pública são cesarianas, em se tratando de rede privada este índice pula para 95%, o que representa uma média de 76% de partos realizados por procedimento cirúrgico no Estado (SESA, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que é injustificável qualquer região do mundo possuir taxas superiores a 10-15% de cesarianas, com a hipótese de que índices maiores a esses representem um risco superior ao benefício para a saúde da mulher (SANCHES et al, 2012). Na tentativa de equacionar os inúmeros problemas relacionados a assistência ao parto, a OMS publicou um documento recomendando ações voltadas a capacitação de enfermeiros obstétricos, com a finalidade de promover um melhor atendimento e diminuir a intervenção no parto (JAMAS et al, 2013).

Diante da discussão elencada, a investigação poderá contribuir para direcionar ações voltadas ao incentivo do parto normal e a importância de se abordar este tema de maneira clara e de fácil entendimento durante o pré-natal, diminuindo os riscos e a vulnerabilidade da população feminina.

Objetivou-se analisar a produção científica publicada sobre a compreensão das gestantes a respeito dos benefícios do parto normal e riscos de um parto cirúrgico ao binômio mãe-filho.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, a qual objetiva reunir, agrupar e compreender resultados de determinado assunto já publicados, nos permitindo assim criar uma fonte de informações ou dados atuais e específicas (BOTELHO et al, 2011).

Quanto à técnica de seleção de dados foi realizado um levantamento bibliográfico on-line a três bases de dados, através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). A pesquisa ocorreu nos meses de outubro a novembro de 2015, tendo o objetivo de identificar estudos publicados no período de 2005 a 2015.

Ao iniciar a busca em base de dados sobre o assunto, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: Publicações que respondam à questão norteadora deste estudo; Idioma português; Artigos Publicados em periódicos nacionais, dissertações, teses, independentemente do método de pesquisa utilizado e, àqueles que se encontram publicados no período selecionado para o estudo.

Finalizada a leitura dos títulos e resumos, foram escolhidos para serem lidos na íntegra e posterior análise. Para a seleção final dos artigos, foi realizada a leitura exaustiva de cada material selecionado, a fim de verificar a pertinência do estudo com a pergunta norteadora. Utilizou-se ainda um protocolo de revisão integrativa, previamente construído por Silva (2012), para organização e extração das informações contidas nos artigos de maneira precisa, o qual serviu como orientação para a apresentação dos artigos.

A partir da interpretação e síntese dos resultados, foi realizada uma avaliação crítica das pesquisas que foram selecionadas e incluídas, com intuito de comparar as informações científicas presentes em cada estudo, e assim identificar os fatores relevantes para a revisão integrativa (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010).

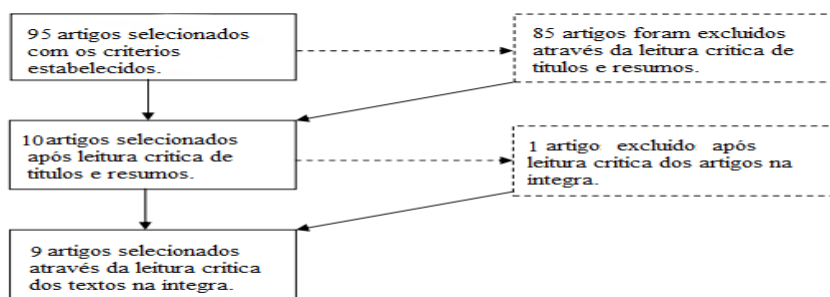
O referido estudo respeitou os autores das publicações analisadas, baseando-se na Lei de Direitos Autorais, N°9610 de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

#### Resultados e Discussão

Frente a busca nas bases de dados utilizando o operador booleano (and) e os critérios de inclusão, foram encontradas 55 publicações na base de dados da LILACS, 36 na SCIELO e 4 na BDEFN, configurando um total de 95 artigos.

Posterior a essa etapa, apenas 09 artigos foram selecionados, em vista da contemplação da temática, oriundo de exclusão de mais um artigo, com base na leitura crítica, como descreve o fluxograma a seguir:

**Imagem 1.** Fluxograma de resultados, Sobral – CE, 2015.



## CONCLUSÃO

De acordo com os dados, em relação ao ano de publicação, observou-se que o ano de 2010 e 2013 apresentaram um maior número de pesquisas em relação aos anos anteriores com 2 publicações cada. Anterior a esse período observou-se uma grande carência de publicações, justificando assim a ampliação da pesquisa de artigos publicados nos últimos dez anos.

Em se tratando da área de pesquisa, a Enfermagem foi a principal área de publicação sobre o assunto, atingindo a maior quantidade de publicações com 4 artigos publicados. No entanto, vale ressaltar que existem pesquisas realizadas por outras áreas como a Medicina 2 artigos e Psicologia com 3 artigos, comprovando que o tema é de interesse multiprofissional.

Verificou-se uma predominância na preferência pelo parto normal pelas gestantes, referindo diversos motivos, tais como: ser melhor para a mãe e para o bebê, o leite vem mais rápido e a recuperação é mais rápida; entretanto analisando os relatos na íntegra percebe-se muitas dúvidas e medos sobre o parto normal. Entre as gestantes que relataram preferência pelo parto cirúrgico, evidenciam a partir de experiências não bem-sucedidas com o parto normal (FIGUEIREDO et al, 2010; MELCHIORI et al, 2009; JUNIOR et al, 2013; PINHEIRO et al, 2013).

No estudo realizado por (PINHEIRO; BRITTA, 2012), os autores constataram que mesmo as gestantes recebendo orientações vindas de médicos obstetras, enfermeiros e estagiários as informações restringiram-se a como a mulher deveria se comportar durante o trabalho de parto, técnicas de respiração e exames a serem realizados, estas informações não satisfatórias contribuiu para uma minoria classificar o parto vaginal como traumático, entretanto a grande maioria das mulheres destaca a atenção e carinho dado pelos profissionais durante o pré-natal como um fator essencial para optar pelo parto normal.

Estudo publicado anteriormente (PIRES, 2010), já mostrava a falta de informações adequadas vinda dos profissionais de saúde sobre o parto vaginal durante o pré-natal, influenciando até mesmo as mulheres com melhor escolaridade, no qual seria esperado um maior poder de escolha.

Os profissionais de saúde apontam uma grande demanda por cesáreas a pedido, justificadas pelo medo da dor durante o parto e a possibilidade do uso de analgésicos para evitar a dor após a cirurgia, no entanto essas mulheres desconhecem os riscos de um parto cirúrgico; como o aumento dos riscos de uma infecção puerperal, o risco três vezes maior de mortalidade e morbidade materna, risco de prematuridade, hemorragia pós-parto e a recuperação mais difícil para a mãe (HOTIMSKY, et al. 2005).

No Brasil, é evidente a crescente elevação das taxas de cesariana sem indicação médica. Embora a maioria das mulheres expresse sua vontade por um parto vaginal devido a recuperação ser mais rápida e com menos riscos de complicação, algumas ainda relatam a vontade de realizar uma cesariana (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

O presente estudo contribui para conhecermos o quanto as gestantes sabem sobre o parto normal. Pela análise das produções científicas, percebeu-se que as pesquisas sobre esse tema ainda são escassas na literatura e ressaltamos a necessidade de mais estudos sobre o tema, tendo em vista o grande aumento de cesarianas que vem acontecendo no Brasil.

Desta forma devemos priorizar o método de transmitir as informações de maneira sistemática e clara. A participação do enfermeiro nas ações educativas é fundamental pois além de ser uma das áreas de trabalho desse profissional ele tem a oportunidade durante as consultas de pré-natal de criar e fortalecer um vínculo com as gestantes e seus familiares.

Acredita-se que a busca do conhecimento sobre o entendimento das gestantes a respeito do parto foi importante para refletirmos sobre como a enfermagem esta contextualizando essas informações ao longo do pré-natal. Desta maneira, demonstramos a importância de uma atenção integral e individualizada a gestante e seus familiares.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de Alto Risco: manual técnico* 5. ed. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Cadernos Humanizadas: Humanização do parto e do nascimento*. 4. Ed. Brasília, Universidade do Ceará, 2014.
- FIGUEIREDO, N. S. V. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista, Juiz de Fora*, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010.
- GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C.C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as Evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. Editores. *TCC.- Trabalho de conclusão de curso: guia pratico para docentes e alunos da área da saúde*. 4. ed. São Paulo: Látia, 2010. p. 105-126.
- GOMES, M. L.; MOURA M. A. V.; SOUZA I. E. O. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, v. 22, n. 3, jul/set. 2013.
- PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 25, n. 3, p. 585-602, Set./Dez. 2013.
- PIRES, D. et. al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev. Bras. Saúde Mater. Recife*, v. 10, n. 2, p. 191- 197, Jun. 2010.
- PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia*. n. 37, p. 212-227 Abr. 2012.
- RODRIGUES, K. A. *A enfermagem e o cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*, 2009.
- SESA. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. *Rede cegonha discute redução do parto cesáreo*. Fortaleza, 2013.
- SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesariana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. *Texto contexto – enfermagem, Florianópolis*, v. 21, n. 2, Apr./June. 2012.
- SILVA, K. C. S. *Perfil das mulheres com doença hipertensiva exclusiva da gravidez no Brasil*. Monografia (Graduação). Fundação Universitária de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Curso de Graduação em

Enfermagem, Sobral, 2012.

VELHO, M. B; SANTOS, E. K. A; COLLACO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Rev. bras. Enfermagem, Brasília, v. 67, n. 2, Mar./Apr. 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus por nos ter proporcionado saúde e força para realização desse trabalho, e a professora orientadora Alanny Araújo, pela dedicação nas orientações.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DO TRABALHO: ANÁLISE A PARTIR DO FILME “O DIABO VESTE PRADA”

Andressa Viana Holanda<sup>1\*</sup>, Thais Lia Castro Leite<sup>2</sup>

*1 Programa de Pós-Graduação em Psicopatologia e Saúde Pública, Universidade de Fortaleza, Fortaleza- Ceará-Brasil.*

*2 Mestrado acadêmico- Programa de Pós graduação em Psicologia na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

Email: andressavholanda1@hotmail.com

Palavras-chave: saúde mental.psicopatologia.trabalho.violência.filme

### INTRODUÇÃO

Podemos identificar a violência psicológica através de atos correspondentes à patologia da violência, denominando-a como uma prática agressiva que pode ser realizada contra si ou outrem que ocorre geralmente quando há uma degradação das relações subjetivas com o trabalho. Um exemplo dessas ações que podem ocorrer são o vandalismo, suicídio e/ou o assédio moral. O objetivo deste artigo é discutir o que é violência psicológica no trabalho, a partir da teoria da psicodinâmica do trabalho.

Atualmente o trabalho cumpre diversas funções para o homem pós-moderno, já que a sociedade se organiza em torno do trabalho e da produção, principalmente da produção de consumo, o que leva o homem a sempre suprir qualquer tipo de necessidade que exista a partir da lógica do trabalho. Desse modo, além de conservar o trabalho, acaba, também, por sempre colocar as pessoas a favor da produção e do consumo, o que gera uma possibilidade de controle social, isto é, o indivíduo tem a possibilidade de se emancipar e crescer através do trabalho, mas também pode tornar-se escravo deste (Bernal, 2010).

Dentro da nova perspectiva do mundo do trabalho, um dos destaques que podemos dar para as diversas formas de como o trabalho poderá afetar o trabalhador é a violência psicológica no trabalho. Ao analisarmos o panorama da violência psicológica no trabalho pelo viés da psicodinâmica do trabalho, precisamos primeiramente entender que, para esta abordagem, o sofrimento no trabalho é inevitável. Acontece que esse sofrimento pode ser transformado e ressignificado em uma realização pessoal através da produção do trabalhador e do possível reconhecimento que poderá surgir do fruto de seu esforço. (Mendes e Araujo, 2010)

A violência psicológica no trabalho ocorre quando uma pessoa está sob pressão para mostrar resultados e, por exemplo, passa por constante aprovação ou por ameaças de desemprego que rodeiam o dia a dia no trabalho. Assim, a violência psicológica no trabalho acabou por tornar-se uma rotina e ficou naturalizada na vida do trabalhador, transformando-se em um modo de auxílio e parte da gestão dos trabalhadores.

Para Mendes (2010) na atualidade existem diversas ameaças que pressionam os trabalhadores todos os dias, como o desemprego e a precarização do trabalho. Além disso, também existe o fator pessoal do temor de não estar à altura dos objetivos e mudanças organizacionais, de não manter o ritmo de trabalho, de não obter um bom desempenho, situações que podem levar o trabalhador a perder o emprego, sendo assim, para provar que um sujeito é produtivo é necessário que ele se submeta a diversos tipos de pressões e seja avaliado de diversas formas, o que para a autora pode ser desumano, Para Dejours (2007) pesquisar sobre saúde mental no trabalho é um estudo de extrema relevância pois segundo já que o suicídio é um ato extremo que vem aumentando consideravelmente no ambiente de trabalho e que ocorre em sua maioria devido a violências ocorridas no espaço de trabalho. A questão a qual podemos indagar é como identificar enquanto psicólogos situações prejudiciais a saúde mental dos trabalhadores nos espaços de trabalho?

### METODOLOGIA

O seguinte artigo possui como tema: “Saúde Mental no âmbito do trabalho: análise a partir do filme “O Diabo Veste Prada”, com o intuito descritivo e informativo da seguinte temática. A pesquisa possui como característica da ciência metodológica e teórica. O processo metodológico é constituído por etapas, inicia-se com a formulação do tema de pesquisa, coleta de dados, análise dos dados e finaliza com conclusões. A pesquisa do seguinte artigo é classificada em qualitativa quanto à forma de abordagem, possuindo como principais características que as informações obtidas não podem ser quantificáveis, os dados obtidos são analisados intuitivamente e a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa.

A seguinte abordagem de pesquisa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e as pesquisadoras como instrumentos fundamentais, ela possui o estudo de caráter descritivo, sendo uma pesquisa descritiva, e o que se busca é o entendimento do fenômeno como um todo, na sua complexidade, é possível que uma análise qualitativa seja a mais indicada. A palavra escrita ocupa lugar de destaque nessa abordagem, desempenhando um papel fundamental tanto no processo de obtenção dos dados quanto na disseminação dos resultados.

Rejeitando a expressão quantitativa, numérica, os dados coletados aparecem sob a forma de transcrições de entrevistas, anotações de campo, fotografias, vídeos, desenhos e vários tipos de documentos. Porém, na pesquisa desse seguinte artigo, será utilizada apenas a pesquisa bibliográfica (livros e filme), visando à compreensão ampla do fenômeno que está sendo estudado, considera que todos os dados da realidade são importantes e devem ser examinados.

Quanto aos objetivos, essa pesquisa de natureza descritiva, tem como fonte principal fatos observados a partir do filme "O Diabo veste prada", analisados e interpretados por meio da pesquisa bibliográfica, sem interferência do pesquisador. Possui o uso de técnicas padronizadas de coletas de dados. Classificada quanto aos procedimentos como pesquisa de fonte de papel, pois tem como principal fonte livros e artigos, sendo também, uma pesquisa bibliográfica quanto ao objeto, pois recupera o conhecimento científico acumulado sobre um problema.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este artigo visa articular a teoria psicológica do trabalho a partir do ponto de vista da psicodinâmica do trabalho como principal norteadora para se refletir sobre a questão da psicopatologia no trabalho, buscando entender o que, afinal, é violência no trabalho e quando ela se configure. Como uma forma de clarear o conteúdo bibliográfico, realizamos uma leitura focada na violência sofrida no ambiente de trabalho da personagem de Anne Hathaway em o diabo veste prada.

O cuidado com a saúde mental no âmbito do trabalho, atualmente, tem sido um tema bem discutido e considerado presente no dia a dia das pessoas. O trabalho está inserido na rotina de todos, principalmente, na configuração econômica atual. A partir desta presença tão significativa no cotidiano dos sujeitos, surgem os resultados e efeitos causados por ele no ser humano de modo geral. As diversas configurações de trabalho, possuem seus efeitos específicos. Sejam empresas, escolas, atividades domésticas, indústrias, etc., cada um possui seu efeito positivo e negativo na saúde mental e física das pessoas.

As tarefas executadas, exigem uma certa energia investida por parte dos sujeitos que a exercem, conseqüentemente, é importante haver um desejo por parte do trabalhador, nestas atividades. Caso contrário, a realização destas poderão ser algo angustiante e desprazerosa, que cause sofrimento (físico e/ou psíquico) nestas pessoas. Tendo como vários efeitos frente a isto. O doutor em Medicina, Psiquiatra e Psicanalista, Christophe Dejours (1992), na obra "A Loucura do Trabalho", fala de como surgiu a Psicopatologia do Trabalho, trazendo a configuração a qual se iniciou esta prática. Ele apresenta toda a trajetória e conquistas adquiridas pelos trabalhadores em prol da saúde física, inicialmente, e a saúde mental em seguida.

Teve como objeto de estudo o sofrimento no trabalho. Dejours (1992), relata que com o crescimento do capitalismo industrial e o crescimento da produção, ocorreram mudanças significativas na vida dos trabalhadores. Muitas pessoas que moravam e tinha como fonte de renda a zona rural, passaram a buscar moradia e emprego nas cidades, o que provocou o êxodo rural. Como consequência disto, houve uma concentração de pessoas nas zonas urbanas. As possibilidades de trabalho nas indústrias, se configuravam por baixos salários, longas jornadas e péssimas condições físicas de trabalho. Como consequência da realidade dos operários da época, alguns desempregados (muitas pessoas em busca de emprego, porém, pouca oferta) e outros recebendo baixos salários, estas pessoas se alojavam em lugares com péssimas condições de moradia. Estes lugares não possuíam estrutura física adequada e higiene. A realidade destas pessoas eram difíceis e precárias, tanto no âmbito do trabalho como no social.

Devido ao alto índice de desemprego e salários baixos, houve um aumento do banditismo e prostituição. Também houve um aumento das doenças, causadas também pelo esgotamento físico e acidentes no trabalho, e a subalimentação. Os índices de doenças aumentavam, e com isto, a mortalidade também. Dejours (1992) nomeou esta realidade como "A Miséria Operária". Diante isto, surgem três correntes com o objetivo de alcançar mudanças: o movimento dos grandes alienistas (os médicos tinham lugar de destaque), o movimento higienista e o movimento das ciências morais e políticas. Assim, iniciou-se uma ideologia operária revolucionária, fazendo com que alcançasse um nível político com as reivindicações (surgimento de sindicatos, associações, partidos políticos). Durante o século XIX, foram sendo alcançadas algumas mudanças na realidade das atividades trabalhistas. Porém, apenas ao final do século, foram obtidas leis sociais voltadas a saúde do trabalhador, e ganharam importância política. O corpo físico foi considerado como primeira vítima do trabalho industrial, já se desenhando em uma etapa seguinte, lutas pela proteção da saúde mental. Diante todas estas mudanças, Dejours fala que a reestruturação

das tarefas acentuaram a dimensão mental do trabalho industrial. Crescem as tarefas relacionadas a escritório junto ao desenvolvimento do setor terciário e das novas indústrias (nuclear e de processo).

A sensibilidade às cargas intelectuais e psicossensoriais de trabalho preparam o terreno para as preocupações com a saúde mental. O mesmo se dá com os operários que têm uma fraca carga física, que são operários das indústrias de processo (petroquímica, nuclear, cimenteiras, etc.). O desenvolvimento destas indústrias confronta os operários a novas condições de trabalho e fazem-nos descobrir sofrimentos insuspeitos [...]” DEJOURS (1992, pg. 23)

O autor fala que ocorreu um aumento do consumo, uso de drogas, toxicomanias, uso dos meios de comunicação. Dejours (1992) cita o aumento de práticas terapêuticas nas escolas e avanço da psiquiatria.

Junto á este quadro, eclodiram greves de operários em busca de temas novos: “mudar de vida”. Era um momento de maior liberdade da palavra e discursos, luta contra alienação. O trabalho foi considerado o principal meio de alienação.

“A luta pela sobrevivência condenava a duração excessiva do trabalho. A luta pela saúde do corpo conduzia a denúncia das condições de trabalho. Quanto ao sofrimento mental, ele resulta da organização do trabalho.” DEJOURS (1992, pg. 25)

Dejours (1992) denomina como organização do trabalho alguns mecanismos, por exemplo: as questões de responsabilidades, o sistema hierárquico, divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, as modalidades de comandos, relações de poder, entre outros. Já as condições trabalho, são considerados os quesitos físicos, em geral: ambiente físico, ambiente químico, segurança, higiene, entre outros. A relação do operário com o aparelho administrativo é de dominação e ocultação. Ocultação dos desejos do operário e dominação da vida mental.

O crescente número de pessoas com afastamentos de trabalho por motivos de questões psicológicas, é algo bem significativo que tem sido motivo de estudo e pesquisas por profissionais do âmbito da saúde em geral (médicos, psiquiatras, psicólogos, entre outros). Para ilustrar melhor prestemos atenção no caso de Andrea, personagem do filme “O diabo veste prada” vivida pela atriz Anne Hathaway. Ela é uma jornalista recém formada que busca trabalhar em um grande jornal ou revista, ao lado de grandes jornalistas, porém seu desejo se realiza não exatamente da forma como ela esperava, pois a moça consegue um emprego em uma grande revista de moda intitulada no filme de Runaway, o que fugia do seu foco de jornalismo político, mas em compensação irá trabalhar com uma das maiores referências em editorias de moda do mundo, a editor Miranda Priestly interpretada pela atriz Meryl Streep.

A partir do momento em que aceita o emprego, Andrea se submete a inúmeras situações que iremos ilustrar ao longo do trabalho, como formas humilhantes e degradantes de trabalho em que a chefe lhe colocava. Segundo Bernal (2010), é a partir do século XVIII que o trabalho começa a se configurar como o conhecemos hoje, sendo reconhecido como uma função contributiva que é capaz de estabelecer um vínculo entre indivíduo e sociedade. Atualmente o trabalho cumpre diversas funções para o homem pós-moderno, já que a sociedade se organiza em torno do trabalho e da produção, principalmente da produção de consumo, o que leva o homem a sempre suprir qualquer tipo de necessidade que exista a partir da lógica do trabalho. Desse modo, além de conservar o trabalho, acaba, também, por sempre colocar as pessoas a favor da produção e do consumo, o que gera uma possibilidade de controle social, isto é, o indivíduo tem a possibilidade de se emancipar e crescer através do trabalho, mas também pode tornar-se escravo deste (Bernal, 2010).

É o que ocorre com a jovem jornalista e personagem da análise do filme “O diabo veste prada”. Para ser aceita em seu ambiente de trabalho e conseguir segurar o emprego, Andrea começa a submeter-se a um estilo de vida, de pensar e de vestir totalmente diferente do que ela acredita. Inicialmente a jornalista não se importa com moda, mas ao perceber que é necessário se importar com isto para manter seu cargo, pede ajuda a um colega que prontamente a ajuda e passa a vestir-se elegantemente como todos na revista, mesmo para ela sendo uma posição que faz com que ela fuja da sua personalidade.

Em seguida, na continuação do filme, ao começar a ser percebida pela chefe por estar vestindo-se bem, Miranda Priestly, inicia sua fase de testes, para ver se a jovem jornalista consegue segurar o cargo. Miranda então passa a exigir de Andrea que ela faça as mais impossíveis tarefas, como conseguir comprar seu almoço em 15 minutos em um restaurante que não está aberto na hora que ela faz o pedido, ou então conseguir os novos livros de Harry Potter para suas filhas, apesar dos livros não estarem ainda a venda. Andrea se desespera em todas estas situações e passa a utilizar de seus contatos para conseguir cumprir estas tarefas impossíveis, o que deixa Miranda surpresa.



Nesta narrativa de cenas do filme, percebemos que a jovem jornalista está em uma posição de exploração do trabalho e violência. Dentre os múltiplos tipos de violência que ocorre dentro das relações de trabalho, podemos destacar a violência institucionalizada que nos traz questões importantes para uma discussão crítica acerca do tema. Podemos destacar então os fatores que influenciam a articulação do surgimento e manutenção da violência institucionalizada, sendo o primeiro deles é a banalização do mal. (Dejours, 2007).

Para Dejours (2007) a banalização do mal pode ser percebida atualmente nas organizações na medida em que as pequenas violências cotidianas como a intensificação do trabalho e a rotinização dos processos, dentre outras formas de violência, são naturalizadas e toleradas diante das medidas de contenção das empresas, como o constante medo de demissão. Aos poucos, com o desenvolver da história de Andrea no filme, percebemos o que ocorre com a personagem, que devido as exigências exuberantes da chefe, independente de dia da semana e de horários, já que ela passa a acompanhá-la em festa e jantares, viajar com a chefe e atende-la nos finais de semana, simplesmente Andrea vai afastando-se de seus amigos e também de seu namorado, o que faz com o que o rapaz termine com ela.

Quando se estabelecem essas relações de violência no ambiente de trabalho, é provável que surja uma desordem social denominada de normopatia, que implica em uma adaptação psíquica para se organizar a partir das exigências externas. A partir desse movimento de adaptar-se e considerar normais situações violentas no trabalho, surge o fenômeno da servidão voluntária que é um conceito utilizado por Dejours (2004, citado por Mendes & Araujo, 2010) que caracteriza os fundamentos do sofrimento ético que também está articulada à violência no trabalho.

É através das possibilidades de se reconhecer esse sofrimento que é possível que ocorra alguma mudança dentro do ambiente de trabalho, aproximando-se da saúde dos trabalhadores ou então da patologia deles. O sentido de se procurar alcançar a normalidade dentro do ambiente de trabalho é considerado por Dejours (2007) uma conquista em prol da saúde, já que alcançar tal normalidade significa não permanecer em uma patologia. Dejours (2007) e Mendes e Araújo (2010) falam deste conceito já que, não sendo possível alcançar a saúde por ela ser um ideal, o trabalhador poderia sempre pender para o lado patológico devido às condições de trabalho não tão *amorosas* as quais estão submetidos.

O que ocorre é que para se continuar lutando para o alcance da normalidade, é necessário que o trabalhador esteja ciente da luta que ocorre dentro do ambiente de trabalho para alcançá-la. É então a partir do momento em que Andrea permite se perguntar sobre sua relação com o trabalho e possui uma abertura de fala com um colega de trabalho sobre a situação estressante a que se submeteu, na qual perdeu toda sua vida social e quase a sua sanidade, que a personagem inicia um movimento de liberta-se daquela situação. Após refletir sobre como ficou sua vida e sua relação com o trabalho, a jovem jornalista decide abandonar o trabalho apesar das aparentes grandes recompensas que existiam ser a 1ª assistente de Miranda Priestly e tentar algo na sua área de desejo, o que no final do filme, mostra que a personagem retoma grande parte da sua vida normalmente, mas com resquícios do período em que ficou com Miranda.

## CONCLUSÃO

A partir deste estudo bibliográfico, podemos concluir a importância deste tema nas relações de trabalhos atuais. O quanto foi sofrido alcançar todas as mudanças e benefícios em prol dos trabalhadores. O operários iniciaram com uma realidade bem difícil e dura, com péssimas condições de sobrevivência.

As mudanças se iniciaram a partir da ajuda de grupos e movimentos que foram permitindo idealizar possíveis melhorias e mudanças para esta camada da sociedade. Inicialmente, alcançaram melhoras de condições físicas, em seguida, foi abrindo um campo para se pensar na saúde mental destas pessoas.

Este estudo nos permitiu visualizar de forma clara e abrangente, desde o surgimento e o que era demandado para isto, sobre a Psicopatologia do Trabalho. Hoje, fundamental campo de atuação no âmbito do trabalho em geral. Vivenciamos isto na prática diariamente, nas instituições, empresas, escolas, universidades, entre outros. E a partir deste estudo, pudemos ver estas vivências na teoria, desde o início.

O estudo ilustrado pelo filme “ O diabo veste prada” também ajudou a esclarecer um pouco os tipos de situações que podem ser consideradas como riscos de psicopatológicas e violentas ao trabalhador de uma forma mais direta e acessível, a fim de demonstrar que situações que parecem corriqueiras não devem ser consideradas como normais dentro do ambiente de trabalho, demonstrando que é a partir do espaço de fala e de uma tomada de consciência do trabalhador e sua relação com o trabalho que estas situações psicopatológicas podem ser modificadas em um movimento de promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

BERNAL, A. O. **Psicologia do trabalho em um mundo globalizado: Como enfrentar o assédio psicológico e**



**o estresse no trabalho.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: RGV, 2007.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5. ed. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

MENDES, A. M. (Org.). **Violência no trabalho: Perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica.** São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) pela divulgação do evento em seu espaço, como forma de aproximar a população acadêmica das atuais práticas em promoção de saúde realizadas no país.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## **AEDES AEGYPTI, ESSE INIMIGO EU VENÇO BRINCANDO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA AÇÃO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE**

**Jéssica Pinheiro Carnáuba 1\*, Gisele Maria Melo Soares Arruda 2. Rafael Rolim Farias 3. Francisco Dário Queiroz de Oliveira 4. Ana Káren Pereira de Souza 5. Maria Tanízia Pereira Rocha 6**

1 Enfermeira graduada pela Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS), Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Vale do Acaraú (UVA), Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Fortaleza, Ceará, Brasil. [jessicarnauba91@hotmail.com](mailto:jessicarnauba91@hotmail.com)

2 Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Integrada do Ceará (FIC), especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pelo Sistema Municipal de Saúde Escola da Secretaria de Saúde de Fortaleza, mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC), e doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil. [gislemelosoares@gmail.com](mailto:gislemelosoares@gmail.com)

3 Graduado em Direito pela Universidade Paulista. Mestre em Artes Cênicas pelo Programa de Pós-Graduação em Artes Cênicas da Universidade Federal da Bahia. Tutor em Educação Popular, com ênfase em cultura e artes, da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará - ESP/CE. Fortaleza, Ceará, Brasil. [rafaelrolim666@gmail.com](mailto:rafaelrolim666@gmail.com)

4 Graduado em Serviço Social pela Universidade de Tocantins. Egresso da Residência Multiprofissional Em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). [darioqxda@gmail.com](mailto:darioqxda@gmail.com)

5 Gradua em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Auditoria de Saúde pela Faculdade Teológica e Filosófica, Enfermagem cardiovascular Universidade Estadual do Ceará (UECE), Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Leão Sampaio (FLS) e Enfermagem Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). [anakaren.bruno@gmail.com](mailto:anakaren.bruno@gmail.com)

6 Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

Email: [jessicarnauba91@hotmail.com](mailto:jessicarnauba91@hotmail.com)

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Primária a Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Internato Não Médico. Educação Continuada

### **INTRODUÇÃO**

O termo tecnologia educacional remete ao emprego de recursos tecnológicos como ferramenta para aprimorar o ensino. Tanto na educação quanto na saúde, os educadores devem compreender tecnologias como meios facilitadores dos processos de construção do conhecimento, numa perspectiva criativa, transformadora e crítica. Nesse contexto a tecnologia deve ser utilizada como uma forma de incitar a participação e a interação dos sujeitos no processo ensino-aprendizagem, bem como, contribuir para o exercício da cidadania e o desenvolvimento da autonomia dos agentes que estão presentes no território de saúde. O conceito de educação popular em saúde está relacionado a uma prática educativa caracterizada pela articulação entre democracia, solidariedade e humanização, tendo como ponto de partida a valorização do indivíduo, de suas vivências e cultura. Nesse sentido, o presente relato trata da experiência de utilização de fantoches nas atividades educativas da saúde, forma pela qual essa prática se reveste do lúdico e adota uma linguagem compreensível, tornando o ambiente agradável, interativo e, com isso, facilitando a construção dos conhecimentos por meio de uma aprendizagem significativa. O teatro de fantoches é, portanto, uma ferramenta tecnológica que vem ao encontro da realidade dos agentes envolvidos no processo educativo. O teatro popular tende a falar a linguagem do povo, a expressar as suas emoções, representar as realidades dos sujeitos. Uma das ações mais evidenciadas atualmente diz respeito ao controle das arboviroses. Assim, o *Aedes aegypti* é considerado mosquito de grande importância para a saúde pública sendo constituindo-se no principal vetor dos quatro sorotipos do vírus dengue circulantes no Brasil, sendo também responsável por transmitir os arbovírus chikungunya e Zika. A transmissão acontece através da picada da fêmea do *Aedes aegypti* e o controle do vetor tem sido considerado uma prática bastante desafiadora, pois a implementação dos programas não tem obtido o êxito esperado. Nesse sentido, as estratégias mais comuns na prevenção e combate ao mosquito são relacionadas as campanhas no qual são sugeridos as populações ações relacionadas ao descarte adequado de lixo, manejo correto dos recipientes domiciliares para evitar água parada, uso de repelentes, sabonetes e velas como ação paliativas. Nesse contexto, a educação em saúde surge como a forma mais eficaz de prevenção contra o mosquito, pois as atividades educativas assumem um valor cada vez maior na conscientização do *Aedes aegypti*, das doenças transmitidas por ele e sua etiologia, despertando nas comunidades, maior interesse em participar da erradicação dos criadouros. A cidade de Quixadá possui um nível elevado de infestação do mosquito *Aedes aegypti*, além de um elevado número de casos de dengue, Zika e Chikungunya. Nesse contexto, buscou-se estratégias para a conscientização da população em relação às medidas de prevenção através da educação popular em saúde. O presente estudo objetivou Fomentar a participação de Multiplicadores com estratégia de intervenção para o combate ao *Aedes aegypti*.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência, de natureza qualitativa e descritiva. Desse modo, o relato de experiência incide em um instrumento relevante no enfrentamento das dificuldades encontradas no território, além de ser um veículo facilitador da compreensão detalhada das experiências realizadas tornando-se um mecanismo multiplicador de abordagens teóricas com vista ao aprimoramento das práticas de educação em saúde pública, razão pela qual se realizou busca da literatura científica e técnica na área de educação em saúde. Utilizou como instrumentos de registro: diários de campo, fotografias e relatórios. Quanto aos procedimentos técnicos, fez-se uso da observação participante a partir dos encontros de educação em saúde realizados no contexto anteriormente grafado. Para a implementação a ação foi escolhido o teatro de fantoches. Os sujeitos participantes foram professores e alunos do ensino fundamental I e II de uma escola do território adscrito de uma ESF de Quixadá /CE; acadêmicos do nono semestre do curso de fisioterapia de uma faculdade privada no município de Quixadá e equipe de residentes da ênfase saúde da família e comunidade da RIS/ESP – CE. O período do estudo ocorreu de fevereiro de 2015 a março de 2016. As experiências relatadas pelos autores foram discutidas com base no referencial teórico sobre promoção e prevenção da saúde, bem como educação em saúde. A análise dos dados foi realizada entre março e maio de 2016.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Trata-se de uma peça com o uso de fantoches, realizada em uma Escola de Ensino Fundamental I e II da rede privada em Quixadá, no ano de 2016, como parte das atividades educativas realizadas pela equipe de residentes para o combate da dengue em Quixadá. A peça teve duração de 10 minutos e tratou de um diálogo entre dois jovens, onde um deles é um aluno, o qual foi informado em sua escola acerca da existência de algo muito perigoso a solta pelo território. O texto constrói e mantém um suspense até fazer o desfecho final da peça onde é revelado o real perigo, os locais onde ele se esconde, quem é esse inimigo e que com medidas simples podemos detê-lo. Para cada público foi necessário uma readequação da linguagem por conta das faixas etárias. A turma da faixa etária de 5 a 7 anos se envolveu num verdadeiro êxtase, eles gritavam, sorriam e chamavam o nome dos personagens. Quanto à turma II com alunos entre dez e quatorze anos, tivemos que tentar “quebrar o gelo” do silêncio, à medida que íamos introduzindo o texto além de readequar, de improviso, algumas falas. Dessa forma, fomos despertando o riso e o envolvimento do público. Ao término das encenações convidamos o grupo de acadêmicos de fisioterapia de que fizeram uma apresentação sobre mitos e verdades envolvendo a dengue. Abaixo das cadeiras dos alunos estavam coladas frases que faziam questionamentos sobre o tema, sendo partilhados entre todos os presentes. Muitos pontos foram favoráveis ao bom andamento das atividades tais como: habilidade dos atores para a readequação do texto, espaço físico adequado. No entanto, percebemos que o trabalho poderia ter surtido um efeito melhor se nós tivéssemos planejado a ação com o corpo docente da escola, pois sentimos a falta de dialogar com esses profissionais no intuito de saber mais sobre o público alvo. Dentre muitas ações elencadas e planejadas para o exercício das atribuições e atividades profissionais a que mais chamou a atenção foram àquelas referentes à educação em saúde, onde se efetivava o contato mais direto com a coletividade e dessa forma compartilhar os saberes e as práticas científicas com as experiências da comunidade e os saberes populares, respeitando a singularidade de cada ser ali presente. Isso por entender que para construir práticas de trabalho na saúde pública deve-se valorizar a perspectiva popular, e aqui se faz necessário a corroboração de Paulo Freire (2007) por nos fazer refletir que só há sujeito quando existe uma relação com o outro e, dessa forma, a educação popular em saúde traz a característica do diálogo entre os sujeitos. A opção natural pela arte era evidenciada em cada ação, porém o teatro de fantoches foi escolhido como a principal estratégia educativa. Razão pela qual a equipe inferiu que a arte por meio de fantoches é uma tecnologia que envolve mais facilmente os participantes, tanto os educadores, quando os educandos, pois era perceptível a participação espontânea dos sujeitos sociais, as reflexões fluíam, o diálogo, a afetividade, a alegria, o riso, a dor, a criatividade e a sua autonomia se incorporavam a ação. Dessa forma, trabalhar com o enfrentamento das realidades, dos agravos e a possibilidade da mudança era algo não apenas registrado nas literaturas, mas um fato, bem a nossa frente como um objeto pronto a ser trabalhado com a comunidade. Isso se tornou mola propulsora à compreensão pela equipe do sentimento de posse e empoderamento do teatro de fantoches como principal estratégia para a promoção e prevenção da saúde. A educação em saúde por meio do lúdico foi favorecida ainda pelas atividades em grupos temáticos e com especificidades similares entre seus membros. O que ratifica a compreensão de que além da arte promover o aprofundamento das discussões referentes às questões de saúde, facilita a construção coletiva de saberes, e quando esse grupo possui uma identidade entre os sujeitos isso facilita a sua interação e seu aprendizado. Desta forma busca-se a apreensão da realidade que possibilite a percepção do conhecimento prévio, as trocas de experiências, vivências e sentimentos. Não aquela sobreposta, verticalizada, mas horizontalizada. Onde se dá a valorização do saber popular no processo de educar, na significação do saber científico. Na fusão entre os diversos saberes e na contextualização da realidade. Nessa perspectiva, a construção do saber, se estabelece através da

interação, da curiosidade, da conversa e da escuta empática e da comunicação sobre os diversos saberes entre todos os participantes do grupo. No momento das discussões predominou o entendimento dos sujeitos de que a estratégia adotada os estimulou na participação e facilitou na construção dos seus conhecimentos. E ainda permitiu que se envolvessem na explicação dos conteúdos, facilitando a atuação deles na dinâmica e pensamento do educador. O que nos leva a crer que havia uma compreensão e apreensão dos conteúdos pelos usuários, e não meramente uma memorização, como comumente acontecia. Em acordo com esse contexto, observamos que, quando o usuário se percebe valorizado e se reconhece como sujeito ativo da sua própria educação, o papel do profissional é reconhecido como facilitador do processo ensino aprendizagem, não como detentor do saber. E isso é de suma relevância, porque se configura a existência da autonomia do sujeito na transformação da sua realidade, da promoção e da prevenção da saúde. O usuário se percebe existente, consciente de sua importância e corresponsável do seu papel na sua saúde e na saúde coletiva. A chegada à Equipe de Saúde da Família em Quixadá e o nosso envolvimento nas ações educacionais reafirmaram a importância da realização de atividades educativas na saúde. Arelada a isso urge a necessidade de se fazer uso de uma estratégia de educação que possibilitasse uma participação efetiva dos sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem, a partir de uma linguagem acessível e de fácil compreensão para que desse modo ocorresse, de fato, a participação e o envolvimento das pessoas no processo educativo.

## CONCLUSÃO

Frente ao apresentado pode-se mencionar que a construção do saber em saúde deve sempre valorizar o outro, considerar a vida já existente no território da saúde e que o profissional em saúde, na condição de facilitador, deve apresentar o seu saber científico de forma clara e agradável para a população, para que haja uma reinterpretação das informações com base nos saberes presentes nos encontros, nas experiências de vida e nas percepções sobre saúde, sua promoção e prevenção. E esse profissional deve estar preparado para as surpresas que lhe forem apresentadas, para a arte do improviso, sempre readequando as falas, os gestos, os conteúdos ao modo de ser dos usuários. O teatro de fantoches mostrou-se como uma estratégia eficaz ao processo de ensino aprendizagem. Recomenda-se que as experiências estratégias lúdicas e de educação popular em saúde sejam mais incentivadas e divulgadas em trabalhos científicos para que mais ações como essa possam ser realizadas por outros profissionais. Vale destacar a importância da identificação da cultura, dos saberes e práticas locais, além das reais necessidades da população para que essas ações estejam sempre de acordo com a realidade da comunidade. Outro fator importante, diz respeito à comunicação entre os profissionais que irão realizar as atividades com a instituição onde ocorrerá a ação, para reduzir ao mínimo as falhas e imprevistos que possam ocorrer.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, G. F.; SALBEGO, C.; CARVALHO, S. O. R. M., ALBERTI, D. L. Educação popular trabalhada em oficinas de saúde: a sexualidade durante o adolecer. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 13, n. 1, p. 75-81, jan./jun. 2014.
- FREIRE P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa – São Paulo: Paz e Terra, p. 22, 23, 47, 79, 2007 (Coleção Leitura).
- GARCIA, L. M.; CORDEIRO, L. A. Análise do impacto da utilização de um aplicativo móvel para o monitoramento e a qualificação das ações de campo dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), no combate ao mosquito *Aedes aegypti*. **Percursos Acadêmicos**, Belo Horizonte, v. 6, n. 12, jul./dez. 2016. GUIMARÃES N.V. **Construção Coletiva em educação popular**: oficinas de culinária terapêutica. Ministério da Saúde. II Caderno de Educação Popular em Saúde – Brasília DF. 1ª edição. 2014, 18 p.
- PULGA V.L. **A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde**. Ministério da Saúde. II Caderno de Educação Popular em Saúde – Brasília DF. 1ª edição, 2014, 125, 126, 131, 137, 187 p.
- VEGA-RÚA, A.; ZOUACHE, K.; GIROD, R.; FAILLOUX, A. B.; OLIVEIRA L. R. High vector competence of *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* from ten American countries as a crucial factor of the spread of Chikungunya. **J Virol.**, v. 89, n. 14, p. 6294-306. 2014.
- VELHO, A. P. M. **Promoção da saúde**: um enfoque interdisciplinar. Maringá - PR, 2012. p.147- 162.

## AGRADECIMENTOS

As equipes das Unidades Básicas de Saúde de Quixadá/CE, pelos conhecimentos compartilhados e pelas contribuições ao presente estudo.. A Escola de Saúde Pública do Ceará pelo auxílio na realização desse trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AMAMENTAÇÃO NA UNIDADE NEONATAL: DÚVIDAS E PERCEPÇÃO DOS PAIS

**Mylena Nonato Costa Gomes<sup>1</sup>, Maria Cecília Freitas Cesarino<sup>2</sup>, Hevyla Sandy Costa Lima<sup>3</sup>, Evelyne Lobo Gurgel<sup>4</sup>, Lidiane Marha de Souza Oliveira<sup>5</sup>, Rebeca Silveira Rocha<sup>6</sup>**

1. Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Enfermeira da Unidade Neonatal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

3. Especialista em Enfermagem pediátrica e neonatal pela Faculdade Metropolitana de Fortaleza (FAMETRO). Maternidade Escola Assis Chateaubriand

4. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). bekinharocha@hotmail.com

Email:mylenancg2903@gmail.com

Palavras-chave: Aleitamento materno. Recém-nascido. Unidade neonatal. Educação em saúde.

### INTRODUÇÃO

A necessidade de internação de um recém-nascido (RN) em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) requer da família uma grande mudança nas suas rotinas, nos seus planos e nos sentimentos envolvidos no período logo após o parto.

Os pais durante a internação do (a) filho (a) têm um papel fundamental e insubstituível, para isso é necessário incluí-los nos cuidados prestados fazendo com que eles se tornem coadjuvantes do processo de cuidar, pois no momento de hospitalização do RN na UTIN a constituição do vínculo afetivo entre pais e filho fica prejudicado, fato que muitas vezes pode levar ao comprometimento das relações familiares. O nascimento deixa de ser um encontro e se transforma em uma sucessão de desencontros. A família experimenta neste momento uma experiência de sofrimento, insegurança e falta de confiança na capacidade de cuidar do seu filho (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010).

Toda mãe tem como atitude natural amamentar, ato que para elas é um cuidado básico e inerente para a saúde e o bem-estar do seu filho, porém, para as mães de RN's internados isso nem sempre é possível e essa separação pode prejudicar a formação do vínculo mãe e filho e desencadear insegurança e interferir na confiança que essa mãe tem em cuidar de seu bebê, o que pode interferir no bem-estar psicológico e fisiológico de ambos.

O aleitamento materno é uma das mais importantes estratégias para a formação do vínculo entre mãe e bebê. É uma forma natural de promover proteção e nutrição para a criança e também é considerada uma eficaz e econômica forma de intervenção para redução da morbidade e mortalidade infantil. Podendo evitar 13,0% das mortes por causas previsíveis em menores de 05 anos (UNICEF/OMS, 2009).

No estudo realizado por Frigo et al (2015), foi evidenciado que durante a internação do filho na UTIN, muitas mães perceberam que a única forma de colaborar com a recuperação do RN é o aleitamento materno. Porém, poucas conseguem iniciar e manter uma efetiva produção de leite. Além disso, a maior preocupação dos pais esteve relacionada com o ganho de peso e o risco de que a criança desenvolva alguma doença pertinente à prematuridade.

Essa percepção das mães é fundamentada pelo estudo de Levy e Bértolo (2012) que diz que o leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o bebê necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite de fórmula não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebê de certas doenças e infecções.

Na vivência em uma Unidade Neonatal durante a Semana Mundial do Aleitamento Materno realizamos atividades com os pais para que eles pudessem compreender e apropriar-se desse cuidado, com isso levantamos para eles a questão "Como o meu leite pode ajudar na recuperação do meu bebê?", uma vez que orientamos às mães e falamos para ela a importância do leite materno para a recuperação dos seus filhos. Objetivamos portanto conhecer o entendimento dos pais quanto a importância do aleitamento materno para a recuperação do RN internado em uma Unidade Neonatal.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Segundo Minayo (2010), a abordagem qualitativa contempla um universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes e

correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser restringidos às mensurações de variáveis. Nos possibilitando desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, esta abordagem permite a construção de novas abordagens e formação de conceitos durante a investigação.

O estudo é uma descrição da experiência vivenciada por enfermeiras que trabalham na unidade neonatal de uma maternidade de referência na cidade de Fortaleza-CE, realizado no mês de Agosto de 2017, durante a Semana Mundial do Aleitamento Materno foi realizada uma educação em saúde com mães e pais de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal. Na ocasião, foi explicado como a atividade seria desenvolvida e formulado o convite para a participação.

No primeiro momento, após apresentação das facilitadoras e dos participantes do grupo, foi esclarecido como seria realizada a dinâmica da Roda que constava de uma pergunta central: “Como o meu leite pode ajudar na recuperação do meu bebê?” e de algumas palavras relacionadas ao tema que seriam retiradas de cima da mesa pelos participantes, onde foram casualmente dispostas. Após isso, as facilitadoras conduziram a discussão do grupo em torno do tema, solicitando que cada um dos participantes lessem a palavra escolhida em voz alta e embasado nos seus conhecimentos, a correlacionassem à pergunta central, podendo ter a participação do restante do grupo ou mesmo das facilitadoras.

No segundo momento foi aplicado um questionário estruturado para verificar a percepção das mães em relação a sua capacidade de amamentar (autoeficácia da amamentação), onde as mesmas responderam as questões referentes ao tema com a ajuda das facilitadoras, utilizando-se um instrumento próprio.

Ao final, como conclusão da atividade, as facilitadoras agradeceram a participação de todos, especialmente, de um pai que estava presente e foi bastante participativo, e ressaltaram o slogan da semana Mundial da Amamentação: “AMAMENTAÇÃO. NINGUÉM PODE FAZER POR VOCÊ. TODOS PODEM

FAZER JUNTOS COM VOCÊ.”, destacando o vínculo entre a equipe/mãe/bebe/família.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O leite proporciona importante fonte de nutrientes ao RN, promove também importante proteção contra infecções. Há presença de grande quantidade de anticorpos e outros agentes anti-infecciosos, que são secretados no leite em conjunto com outros nutrientes, diversos tipos de leucócitos são secretados, incluindo neutrófilos e macrófagos, alguns dos quais são especialmente letais contra bactérias que podem causar infecções mortais aos recém-nascidos. Existe uma particularidade em anticorpos e macrófagos que destroem a bactéria *Escherichia coli*, a qual tem grande incidência de causa de diarreia letal em bebês (ALMEIDA, 2017).

As palavras utilizadas na atividade realizada com os pais foram escolhidas para representar de forma simples e familiar aos participantes o processo de aleitamento, sua importância para a adaptação do RN à vida extrauterina e da necessidade do início precoce deste processo, para o desenvolvimento psicomotor e cognitivo do RN, sua efetividade nos processos de analgesia e desenvolvimento do sistema imunológico, seu valor nutricional essencial nos primeiros meses de vida, sua importância na formação do vínculo afetivo familiar, bem como, as dificuldades enfrentadas diariamente pela família diante do processo de aleitamento e de necessidade da parceria equipe/família para benefício do RN.

Consoante Reichert, Lins e Collet (2007), para superar essas dificuldades, as mulheres devem ser encorajadas a participar de forma efetiva, para isso, faz-se necessário que a equipe multiprofissional acolha essa mãe e família desde o primeiro contato com o ambiente hospitalar, onde são utilizadas técnicas e procedimentos sofisticados e capazes de propiciar melhora na sobrevivência dos RN.

Ainda durante a abordagem educativa, foram também incluídas algumas palavras referentes aos benefícios sociais e maternos do aleitamento, assim como benefícios futuros para o bebê, embora estes não estivessem diretamente relacionados ao tema, pois não envolviam a recuperação dos RN's internados nas unidades, mas que seriam importantes para a realização do segundo momento.

O aleitamento materno tem vantagens para a mãe e para o bebê: previne infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; tem um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca e faz com que os bebês tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. A longo prazo, é referida também a importância do aleitamento materno na prevenção da diabetes e de linfomas. No que diz respeito às vantagens para a mãe, o aleitamento materno facilita uma involução uterina mais precoce, e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama entre outros. Sobretudo, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar (ALMEIDA, 2017).

Ao final, as facilitadores consolidaram todas as informações para a melhor fixação do tema e ressaltaram a importância da ordenha, das primeiras gotas de colostro e de que, ao entender das mesmas, a amamentação seria o UM GRANDE GESTO DE AMOR nesta nova etapa que se iniciava.

## CONCLUSÃO

Entende-se que, diante das dúvidas e das inquietações presentes, os pais podem ficar mais vulneráveis ao cuidado do recém-nascido. As orientações repassadas no grupo foi essencial para o bem estar da família. A educação em saúde junto aos pais foi um instrumento efetivo na assimilação das transformações vividas. Ao mesmo tempo, o fortalecimento do elo entre os pais e o profissional de enfermagem.

A partir da experiência vivenciada pôde-se perceber que a assistência profissional precisa levar em consideração os aspectos emocionais inerentes ao puerpério. Consideramos que as orientações fornecidas durante a realização do grupo de orientação do cuidado sobre a amamentação contribuíram para ampliar o conhecimento das puérperas. Para que o processo educativo se concretize positivamente, o reforço das orientações e a atenção no período de internação na unidade são indispensáveis. Além disso, uma efetiva assistência pré-natal e o acompanhamento da família em sua comunidade por meio da atenção primária à saúde são essenciais para o sucesso da amamentação. Por fim, salienta-se a importância das intervenções e do empenho do enfermeiro no estabelecimento e manutenção da prática do aleitamento materno.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. I. A. M. **Fatores que influenciam a amamentação à alta em recém-nascidos após o internamento numa unidade de apoio perinatal diferenciado**. 2017. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Unidade de Enfermagem da Criança e do Adolescente, Escola Superior de Saúde do Viseu, Viseu, 2017. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.19/4462>>. Acesso em: 29 ago. 2017.
- COSTA, M.C.G.; ARANTES, M.Q.; BRITO, M.D.C. A UTI neonatal sob a ótica das mães. **Rev Eletrônica Enferm** [Internet], [S.l.], v. 12, n. 4, p. 698 - 704, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- FRIGO, Jucimar et al. Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 58 - 68, abr. 2015. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12900>>. Acesso em: 30 ago. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769212900>.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. Organização Mundial da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Módulo 2: fortalecendo e sustentando a iniciativa hospital amigo da criança: um curso para gestores) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de aleitamento materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2012.
- REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Rev Eletrônica Enferm. [internet]** [S.l.], n. 9, v. 1, s.p., 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos pais que aceitaram participar da roda de conversa informalmente e a equipe da unidade neonatal onde realizamos o estudo.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O SENTIDO DE SER DOCENTE EM RELAÇÃO À SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

**Luiza Valeska de Mesquita Martins<sup>1\*</sup>, Francisca Bertilia Chaves Costa<sup>2</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>2</sup>, Patrícia Passos Sampaio<sup>2</sup>, Lana Paula Crivelaro Monteiro de Almeida<sup>2</sup>, Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>2</sup>.**

*1 Curso de Psicologia, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: valeskamesquita@hotmail.com*

*Palavras-chave: Docentes. Saúde. Ambiente de trabalho.*

### INTRODUÇÃO

O Brasil tem vivenciado inúmeras e inovadoras transformações no âmbito educacional, principalmente em suas ferramentas de ensino e aprendizagem que visam melhorar o processo de trabalho dos educadores assim como a interação professor/aluno. Dentre essas transformações, destaque merece ser dado ao constante crescimento da educação à distância (EaD).

Paralelo a esse desenvolvimento educacional, observa-se também que a sociedade está em constante mudança de paradigmas movida por avanços tecnológicos. Bem como as transformações ocorridas no capitalismo desde as últimas três décadas do século XX que impactaram profundamente o mundo do trabalho. (Antunes, 2010).

Nesse contexto, o docente, que vivenciou por muitos anos o modelo de ensino presencial, percebe a necessidade de qualificar-se cada vez mais em busca de novas ferramentas de ensino que envolvam os alunos, tornando-os mais motivados, interativos e colaborando para que o processo de ensino e aprendizagem, seja uma troca entre colegas ou uma busca de aprofundamento do próprio aprendizado. Assim, observa-se o acelerado crescimento da educação a distância (EaD), fazendo com que muitos docentes ressignifiquem sua prática docente.

O trabalho tem caráter plural que exige conhecimento multidisciplinar sendo também uma atividade laboral, fonte de experiência psicossocial, sobretudo dada a sua centralidade na vida das pessoas. É inquestionável que o trabalho ocupa grande parte do espaço e do tempo do indivíduo, assim, ele não é apenas meio de satisfação das necessidades básicas, como também é fonte de identificação, de auto-estima, de desenvolvimento das potencialidades humanas, de alcançar sentimento de participação nos objetivos da sociedade, sendo uma parte importante da identidade do sujeito. (Navarro e Padilha, 2007)

Na EaD, no desenvolvimento das atividades docentes, diferente da prática presencial, o professor torna-se um mediador do aprendizado, no lugar do transmissor de saberes, tendo que aprender a trabalhar com tecnologias de informação e comunicação (TIC), além de trabalhar de forma coletiva e cooperativa, portanto, exige-se dele uma prática pedagógica muito diferente da prática desenvolvida no ensino presencial. O que de acordo com alguns estudos podem desencadear fatores estressores em seu ambiente de trabalho (MACHADO; ABREU-TARDELLI, 2005).

Assim, o presente trabalho objetivou identificar o sentido de ser docente em relação à saúde no ambiente de trabalho da educação à distância.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem qualitativa que utilizou a entrevista semi estruturada como procedimento de coleta de dados, por esta possuir um caráter investigatório. É utilizada quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação. (DANTAS E CAVALCANTE, 2006).

Participaram do estudo onze docentes envolvidos com a modalidade de EaD, há pelo menos um ano, de uma Instituição de Ensino Superior (IES) da cidade de Fortaleza/Ceará que aceitaram participar de forma voluntária. A entrevista foi realizada de forma individual, com professores de disciplinas diversificadas, durante os meses de março e abril de 2017.

Para totalizar este número de entrevistados foi utilizado o critério de saturação que segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 17):



É uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. [...] O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Todas as entrevistas foram gravadas com autorização prévia do participante que a declarou ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e em seguida essas foram transcritas na íntegra, para facilitar o trabalho de análise dos achados e, assim para promover discussões e interpretações acerca do tema.

A análise dos dados foi feita de acordo com a análise de conteúdo proposta por Minayo (2012): após a transcrição das entrevistas, foram identificados os núcleos de sentido e ainda categorias temáticas referentes ao sentido de ser docente em relação à saúde no ambiente de trabalho da educação a distância.

O presente estudo se fundamentou nos princípios da bioética, respeitando os aspectos estabelecidos na Resolução 466/12, nomeadamente os princípios de autonomia, beneficência, não maleficiência e justiça de acordo com o parecer do Comitê de Ética nº 1.795.390.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo apresentaram-se na faixa etária entre 29 a 55 anos de idade, em sua maioria (n=7) do sexo feminino. Apresentando como tempo de docência na EaD a variação de três a quatorze anos.

Identificou-se a partir da análise de conteúdo como categorias temáticas, a partir dos núcleos de sentidos analisados e interpretados: 1) ações para prevenir o adoecimento enquanto docente; 2) a promoção da saúde diante do ambiente de trabalho da EaD.

### 1) Ações para prevenir o adoecimento enquanto docente.

Diante análise e interpretação das falas dos entrevistados foi possível compreender a grande preocupação desses em não adoecer diante de suas atividades na docência e assim procuram por ações que previnam o adoecer. O gerenciamento do tempo parece ter disponibilizado horários para que o docente possa investir tempo para cuidar de si e de sua saúde.

Eu acho que as prioridades mudaram. Por exemplo, eu nunca na vida tinha ido a um fonoaudiólogo, fiz inclusive aqui, aquele acompanhamento. Nossa nunca tinha parado para pensar nisso! Passei a tomar polivitamínico toda vida, eu fiquei, eu acho que eu tenho mais cuidado hoje comigo. Eu tenho, sem dúvida. (P1).

(...) me dá mais tempo para eu fazer uma academia por exemplo, né, que eu faço inclusive aqui na academia (referindo-se à instituição que trabalha). (P3).

(...) eu sempre faço acompanhamentos periódicos, em julho e janeiro. Tu tá entendendo o tempo da docência é o tempo da vida também, é muito ligado. (P5).

(...) eu acho que quando você cuida da sua saúde normal, na vida, da sua saúde física e da sua saúde mental, você consegue equilibrar bem essas demandas do trabalho... (P10).

Quando se compartilha que o tempo de atuação como professor e a vida privada, observa-se que a presença de uma flexibilização, pois como refere Antunes e Praun (2015) esse termo, do ponto de vista das relações de trabalho, se refere à diminuição das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada.

Nas disciplinas a distância a gente faz um planejamento também só que como o aluno, ele tem esse caráter que ele vai ficar em casa, ele lê aquele conteúdo, pode participar interagir por meio do unifor online ou grupo de facebook ahhh... nós fazemos também o planejamento, mas a gente tem mais espaço pra trabalhar então eu não preciso ficar centrado dois dias na semana, um dia na semana eu tenho uma liberdade maior, então eu tô em casa no período da tarde eu tô olhando alguma coisa em relação a educação à distância, direcionando os alunos, enviando torpedos, trabalhando o conteúdo que nós vamos ver durante determinado período de tempo é... (P8).

### 2) A promoção da saúde diante do ambiente de trabalho da EaD.

Com relação à promoção da saúde diante do ambiente de trabalho da educação à distância ficou evidenciado que os docentes sentem satisfação por participarem dessa modalidade de ensino e que traçam constantemente estratégias que favorecem seu processo de trabalho e assim promovam uma qualidade de vida satisfatória.

(...) nada é muito estressante, por que não fica aquela coisa muito repetitiva. Olha tranquilamente a minha vida se adapta perfeitamente as técnicas da EaD (sorrindo), ao manuseio dessas ferramentas, por que você vai fazendo de uma forma, assim, tão tranquila. Então eu faço uma rotina de modo eu não acumular trabalho (P3).

Com relação a desmotivação que é um sentimento negativo com relação ao trabalho, eu tento sempre tá reorganização a minha tarefa para não está se tornando tão repetitiva. O ambiente nosso é muito desafiador com relação a isso, haja vista a questão do vídeo, do facebook, aqui todo dia é uma novidade, e a gente tá muito aberto a isso, a gente tá buscando fazer com que essas novidades façam parte do nosso cotidiano. Para mim é uma grande satisfação trabalhar com esse núcleo de educação a distância, aqui, o suporte dos colegas, o suporte que a gente tem. Uma rede de suporte é fundamental para que a gente, por exemplo, não fique guardando coisas que acontece na sala de aula que a gente fica guardando, aqui não, se a gente teve um problema, a gente chega aqui e conversa, outras pessoas tiveram e vão ajudando a gente, é uma rede de compartilhamento, essa rede de compartilhamento é importante, por que ela chega a extravasar, não fica preso dentro da pessoa. (P4).

Ah, a docência ela te... te ajuda muito a ser mais paciente né, quem é professor tem que trabalhar constantemente a paciência né, as vezes você tem um ritmo, o aluno não tem o mesmo ritmo, e você as vezes tem, precisa se adaptar a essa situação... (P8).

## CONCLUSÃO

Observa-se atualmente o rápido crescimento do EaD bem como as transformações que ocorreram no capitalismo desde o século XX que impactaram o mundo do trabalho e acompanhado desse avanço, enfatiza-se o conhecimento científico em progressão, em uma sociedade que necessita cada vez mais de sistemas de caráter flexíveis que proporcionem ao sujeito um bem-estar e uma maior atenção a sua saúde.

Assim, diante do estudo realizado percebe-se que há um maior investimento, por parte do docente, em relação a sua saúde, existindo uma preocupação pelo não adoecimento perante as atividades realizadas no âmbito profissional. O EaD, então, aparece como uma proposta vantajosa para melhor administração do tempo, permitindo um maior investimento na sua saúde.

Além disso, percebe-se que há um investimento também no que diz respeito a promoção da saúde no ambiente de trabalho em que os docentes apresentam satisfação em participar de tal modalidade de ensino.

Por fim, devemos ressaltar a importância de se manter o cuidado com a saúde na categoria investigada, levando em consideração que a atuação desse não se limita apenas a modalidade apresentada.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2010.
- ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>. Acesso em: 23 ago. 2017.
- DANTAS, Marcelo; CAVALCANTE, Vanessa. **Pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa**. 2006. Recife.
- FONTANELLA, B. J.; B. RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2017.
- MACHADO, Anna Rachel; ABREU-TARDELLI, Lília Santos. Textos Prescritivos da Educação Presencial e a Distância: Fonte Primeira do Estresse do Professor? **SIGNUM: Estud. Ling.**, Londrina, n. 8/1, p. 11-24, jun. 2005.
- MINAYO. M. C. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>>. Acesso em: 23 mar. 2017.
- NAVARRO, V.L.; PADILHA, V. Dilemas do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, v.19, Edição Especial 1, p. 14-20, 2007.

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Bolsa de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Ao corpo docente que participou, voluntariamente, da pesquisa doando seu tempo e contribuindo para oferecer as informações necessárias para essa produção.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DESAFIOS E AVANÇOS NAS PRÁTICAS TERRITORIAIS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Daniella Barbosa Campos<sup>1\*</sup>, Ana Carolina Oliveira e Silva<sup>1</sup>, Isabella Lima Barbosa<sup>2</sup>, Indara Bezerra Cavalcante<sup>3</sup>; Maria Salete Bessa Jorge<sup>4</sup>.

*1 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará- Brasil*

*2 Doutora em Saúde coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Docente no curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil o*

Email: dane\_barbosa@hotmail.com

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde Mental; Produção do cuidado

### INTRODUÇÃO

As práticas em saúde mental vêm sendo construídas e impulsionadas pela reforma psiquiátrica que, no Brasil, surge no contexto das lutas pela redemocratização do país, a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final dos anos 1970, trazendo intensas discussões à respeito da saúde mental, dentre elas, a crítica à assistência da saúde mental centrada no hospital, caracterizando o modelo médico-psiquiátrico, percebendo que tal modelo era ineficaz, oneroso para os usuários e para a sociedade (ARRUDA, 2011; FURTADO; ONOCKO, 2005). A reforma psiquiátrica impulsionou as lutas pelo reconhecimento da saúde mental como um campo de atuação com perspectivas plurais, complexas, intersetoriais e que necessita da transversalidade de saberes (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Em um contexto mais amplo, a saúde passou a ser discutida como uma questão social com a Reforma Sanitária na segunda metade dos anos 70, em que foi introduzida mudanças progressivas nas bases de organização do sistema de saúde do país (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Assim, a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, ambas, se complementam e caminham no mesmo sentido conceitual, pois esta última corroborou para a efetivação dos fundamentos preconizados pela Reforma Psiquiátrica, por possuir a integralidade e a universalidade como principais pontos teóricos para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental, não apenas no nível secundário e terciário, mas também na Atenção Primária à Saúde (APS) (SILVA, et. al., 2016).

A APS, enquanto ordenadora do cuidado e transversalizadora das práticas de atenção à saúde, é confrontada cotidianamente por problemas oriundos do sofrimento mental. De acordo com o Ministério da Saúde, as queixas psiquiátricas são a segunda causa de procura por atendimento nos serviços da APS pela população (BRASIL, 2010). Nesse contexto, em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou a importância da integração de ações de saúde mental na atenção primária, ao recomendar ao território, à comunidade e às redes de serviços de saúde, que se organizassem, de forma a reconhecer que a atenção à saúde mental é parte dos cuidados primários de saúde, com ênfase nas novas formas de cuidar.

Diante desse contexto, este trabalho pretende compreender as práticas e processos de cuidados em saúde mental e sua interface com a Atenção Primária a Saúde, analisando os avanços e desafios, proporcionando aos gestores melhor resolutividade, ampliação e qualificação durante o tratamento terapêutico.

Este trabalho torna-se relevante, pois tal análise possibilitará uma compreensão do funcionamento e práticas de cuidados produzidas na APS, permitindo a formulação e proposição de estratégias que permitam qualificar a atenção às pessoas em sofrimento psíquico, bem como, sensibilizando os profissionais de saúde a produzir a longitudinalidade do cuidado com vistas a alcançar a integralidade da assistência, através da formação de vínculos, confiança, empatia e corresponsabilização, e partir desse conhecimento para organizar um cuidado baseado nas necessidades singulares de cada indivíduo.

Diante dos aspectos teórico-conceituais apresentados, questiona-se *como se dá o cuidado em saúde mental na atenção primária a saúde? Para tanto objetivou-se analisar a interface da saúde mental na atenção primária a saúde.*

### METODOLOGIA

Optou-se pela pesquisa qualitativa dentro de uma perspectiva crítica e reflexiva, por possibilitar o entendimento do fenômeno social e suas relações no campo da saúde. Para Minayo (2010) esse tipo de abordagem contempla

um universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser restringidos às mensurações de variáveis. Além de possibilitar desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, permite a construção de novas abordagens e formação de conceitos durante a investigação (MINAYO, 2010).

O estudo foi desenvolvido no município de Fortaleza-Ce que está administrativamente organizado em seis Coordenações Regionais em Saúde (CORES) (I, II, III, IV, V e VI). Optou-se investigar seis unidades de atenção primária a saúde (UAPS) em todas as CORES.

Os participantes da pesquisa foram 12 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Considerando fundamental ter um conjunto diversificado de informantes para possibilitar a apreensão das semelhanças e diferenças delimita-se neste estudo alguns critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos participantes (MINAYO, 2013). Como critérios de inclusão: possuir no mínimo um (1) ano de trabalho na ESF; Critérios de exclusão: Enfermeiros que se encontram ausentes por férias ou licença no período da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no período de Março a junho de 2017, através da entrevista semiestruturada, que abordou questões subjetivas e objetivas, possibilitando a obtenção de informações a partir das falas dos entrevistados, permitindo que o informante desenvolva uma narrativa longa, rica e cronológica, enfocando o tema da pesquisa.

Para organização das informações, seguiram-se três etapas propostas por Minayo (1999) e retraduzidas por Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados, tais fases são inter-relacionadas, dinâmicas e inter complementares. A ordenação dos dados envolve a transcrição de entrevistas, leitura do material empírico; organização dos dados em diferentes conjuntos, a classificação dos dados permite a construção dos dados empíricos e por fim, a análise final dos dados que enfatiza o encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais, que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social.

A análise final foi orientada pela análise de conteúdo, com base em Minayo (2008). A autora enfatiza que, entre as possibilidades de categorização no campo da saúde, a mais utilizada é a análise de conteúdo temática, configurando-se como uma técnica que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objeto analítico visado.

Os profissionais que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assegura o anonimato dos participantes e autoriza a utilização e a publicação dos dados obtidos. Os aspectos éticos foram respeitados acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que aborda as pesquisas envolvendo seres humanos e teve aprovação pelo comitê de ética com protocolo nº 2.005.057 (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O território é um importante locus de cuidado em saúde mental e um poderoso componente para análise e planejamento das ações em saúde. A dimensão que o espaço recebe para contemplar as questões relacionais, socioculturais e políticas daquela sociedade vai configurando outro território, ou seja, marcando-o como um território dinâmico, ativo e polivalente (SILVA; PINHO, 2015).

A reforma psiquiátrica consolidou o modelo de atenção psicossocial territorial, com práticas voltadas para o território que os usuários em sofrimento psíquico vivem e se relacionam, estes lugares são capazes de revelar as singularidades, diversidades e realidades, concepções essenciais para o cuidado no campo psicossocial. Os discursos dos profissionais de saúde, gestores e usuários possibilitaram compreender os avanços e desafios na organização dos serviços para consolidar um modelo de atenção psicossocial territorial.

Sabe-se que no modelo da atenção psicossocial territorial, o objeto de intervenção se desloca da doença para o sujeito em sofrimento psíquico. As práticas devem sair do escopo medicamentoso preponderante, visualizando o usuário como participante principal no tratamento, envolvendo a família e, eventualmente, esferas comunitárias, considerando sua constituição política, histórica e sociocultural, reconhecendo a complexidade do processo saúde doença. Ampliar-se-ia, portanto, a visão terapêutica da remoção de sintomas para a adaptação à realidade e à supressão de carências socioeconômicas e culturais. O cuidado busca envolver o diálogo e o acompanhamento longitudinal da pessoa, reconhecendo o território como novo cenário das ações em saúde mental (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010; GUIMARÃES, 2012).

Nesse contexto, os discursos revelam que essa aproximação com o território é primordial pra reconhecer as necessidades da população, pois os agentes comunitários de saúde, que são os profissionais que estão mais próximos da população e convivem no território, conseguem identificar a maior parte das demandas em saúde mental na comunidade através da visita domiciliar

“Geralmente os agentes comunicam a gente quando alguma pessoa está precisando de uma assistência em saúde mental [...] eles conseguem identificar essa demanda” (Enfermeiro 05)

Estudos mostram a importância do ACS na identificação de demandas de saúde mental em função do trânsito entre a convivência com a comunidade e o equipamento de saúde que referencia, o que o coloca numa posição estratégica para esta articulação (MOURA; SILVA, 2015; HARADA; SOARES, 2010; TATMATSU; ARAUJO, 2016). Para Waidman; Costa; Paiano, (2012) os ACS por compartilharem o mesmo contexto social e por conhecerem de perto a dinâmica da comunidade, são considerados importantes facilitadores no cuidado à saúde mental.

O agente de saúde é elo entre os usuários e os serviços de saúde, por estarem mais próximo da realidade do território, são capazes de identificar as necessidades da população em relação a saúde mental, nesse sentido configuram-se como peças importantes para implementação do cuidado psicossocial com base territorial. Nos serviços investigados visualiza-se ações territoriais pautadas na visita domiciliar como um instrumento de cuidado extramuros, essas visitas são realizadas principalmente pelos agentes de saúde, mas também, pelos enfermeiros e médicos do CAPS, quando o usuário não consegue ir até o serviço, como podemos visualizar nas falas a seguir:

“Quando o paciente é idoso e não consegue vim até o serviço, então sempre tem um dia que nós atendemos pela visita” (Enfermeiro, 07).

As visitas domiciliares são instrumentos de trabalho preciosos no cuidado ao paciente em sofrimento psíquico, sendo utilizadas nas mais diferentes formas de acompanhamento dos pacientes, nelas é possível estabelecer uma aproximação com a realidade vivida pelos sujeitos e seu contexto familiar, permitindo pensar em soluções que a comunidade pode oferecer (PEREIRA, et. al., 2014).

Entretanto, a visita domiciliar não pode ser o único instrumento para produzir inovações práticas em saúde mental, e sim, partir dela para repensar novas formas de cuidado, entre as práticas de cuidado territoriais observadas pelos discursos dos profissionais, os enfermeiros citaram o grupo de terapia comunitária realizada no território, como podemos observar nos discursos a seguir:

“Aqui a gente faz a terapia comunitária de grupo, participa a fonoaudióloga, o enfermeiro e o agente de saúde, a gente vai até a comunidade, em uma quadra e organiza o grupo uma vez a cada 15 dias” (Enfermeiro 03)

“Na nossa unidade existe um grupo de terapia comunitária que eu mesmo faço no lagamar com gestantes em situação de violência” (Enfermeiro 05)

A terapia comunitária se caracteriza como proposta terapêutica para a área de saúde mental, com o intuito de ser um espaço onde as pessoas podem ser acolhidas nas suas dores e nos seus sofrimentos, ocasionados por qualquer obstáculo comum do dia a dia, ou mesmo por situações traumáticas, que causaram, ou tem um potencial de causar algum transtorno mental. Tem em sua base de formação elementos que valorizam a diversidade cultural, a autonomia, a visão sistêmica, o potencial comunitário e as subjetividades (ARRUDA, 2010). Para Souza, et. al. (2011) através da terapia comunitária consegue-se transformar espaços e construir saberes e que, nesses espaços, os participantes têm acesso a uma assistência integral e singular. Nesse sentido, ela gera contribuições no âmbito social e familiar, levando cada usuário a uma nova forma de pensar e agir nas dificuldades da vida, melhorando a autoestima, resiliência, como também sua estabilidade emocional, com redução da ansiedade e, principalmente, do estresse.

## CONCLUSÃO

Diante desse contexto, torna-se um desafio introduzir práticas de cuidados territoriais singulares e coletivas capazes de promover uma assistência em saúde mental de qualidade que vai além do saber científico, abrangendo o estabelecimento de relações sólidas com os usuários e a comunidade, capazes de satisfazer as reais necessidades existentes

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, Amália Gonçalves. **Saúde mental na comunidade: a terapia comunitária como dispositivo de cuidado** / Amália Gonçalves Arruda. — Fortaleza, 2011. 130 p.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. **Métodos de análise em pesquisa qualitativa**. In: SANTANA JSSS, NASCIMENTO MAA (Orgs.). *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. **Normas para pesquisas envolvendo seres humanos**. *Resolução CNS 466*. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da

Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 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: Ministério da Saúde, 2010.

FURTADO, J. P.; ONOCKO CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental VIII*, v.1, p.109- 122, 2005.

GUIMARÃES, J. M. X. **Inovação e gestão em serviços de saúde mental**: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos centros de atenção psicossocial. 2012. 286p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza. 2012

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; 2006. p. 615-34.

MINAYO, MCS (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 29<sup>a</sup>. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1053-1062, May 2006 .

PEREIRA, Sandra Souza et al . Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis , v. 5, n. 1, p. 91-95, 2014 .

SAMPAIO J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; ABREU, L. M. **Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

SILVA, A. B.; PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, mai/jun, n.23, v.3, p.420-4, 2015

Organização Mundial da Saúde. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO/WONCA; 2008.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à CAPS que foi a instituição que me proporcionou uma bolsa de pós graduação.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O EMPODERAMENTO DO ENFERMEIRO NA CONTRIBUIÇÃO DO PARTO HUMANIZADO.

<sup>1</sup>Ana Maria Martins Pereira<sup>1</sup>, Dafne Paiva Rodrigues<sup>2</sup>, Brenda Kelly Carvalho De Oliveira<sup>3</sup>, Ana Beatriz Diógenes Cavalcante<sup>4</sup>, Laura Pinto Torres de Melo<sup>5</sup>, Sibebe Lima da Costa<sup>6</sup>.

1. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza- CE

2. Doutora em Enfermagem. Docente Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE.

3. Graduação em Enfermagem. Faculdade Terra Nordeste- FATENE

4. Mestre em Políticas Públicas. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE.

5. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza- CE.

6. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza- CE.

Email: [aninhamartins\\_pereira@yahoo.com.br](mailto:aninhamartins_pereira@yahoo.com.br)

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica. Humanização do Parto. Empoderamento do Enfermeiro.

### INTRODUÇÃO

O parto é um momento impar na vida de uma mulher, onde todos os sentimentos são aflorados e deixam marcas que duram durante toda uma vida, sejam elas físicas ou psicológicas, boas ou ruins. E para que esse momento não se torne um evento traumatizante é de grande relevância que ambos tanto a mãe como o filho sejam bem recebidos nas unidades de saúde que prestam assistência ao parto, oferecendo-lhe o conforto e o suporte técnico necessário para tornar dessa uma etapa livre de sofrimento (COSTA et al., 2015). O parto humanizado pode ser definido como uma atenção voltada para o bem-estar da mulher, colocando ela como eixo central, incentivando a participar ativamente de todo o processo e levando em consideração sua opinião nas tomadas de decisões. Sempre a deixando ciente de quais procedimentos a serem realizados e de como está se dando a evolução da condução do parto. O enfermeiro vem assumindo e se empoderando das responsabilidades que lhe compete na área, mas ainda assim identifica-se que alguns profissionais não tomam esse poder de suas atribuições e ficam alheios as suas atividades. Desta forma objetiva-se descrever como o empoderamento do enfermeiro pode contribuir para um trabalho de parto e parto respeitoso.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, realizado no período de abril a julho de 2017. Para construção da revisão integrativa foram percorridas as seguintes etapas: definição do tema, construção da questão norteadora e questão da hipótese; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão do estudo; busca na literatura; análise e categorização dos estudos; avaliação e interpretação dos artigos inclusos na revisão integrativa e apresentação e discussão dos resultados. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A busca dos dados ocorreu nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e SciELO Saúde Pública (SCIELO). Norteador pela seguinte pergunta:

Como o empoderamento do Enfermeiro pode contribuir para a prática do parto humanizado? Como critério de inclusão foram selecionados os artigos referentes a temática que atendem a questão norteadora, abordando assuntos sobre o enfermeiro na assistência ao parto humanizado e os benefícios desta prática para a mãe e para o bebê. Os artigos elegíveis foram os publicados entre os anos de 2012 a 2016, foram utilizados os seguintes descritores: Enfermeiro e parto humanizado; parto por enfermeiro obstetra; empoderamento do enfermeiro obstetra. A busca nas referidas bases de dados resultou no total de 235 artigos, quando aplicado o filtro nos anos de 2012 a 2016 foram encontrados 40 artigos. Após a leitura dos resumos, foram aproveitados apenas oito artigos, pois os mesmos atenderam aos critérios de inclusão, e obedeceram a temática seguindo a linha de raciocínio previamente estabelecida.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos oito artigos selecionados, todos os estudos foram escritos por Enfermeiros. Quanto ao tipo de estudo, apenas um é de natureza quantitativa, seis qualitativos e um não descrevia a natureza metodológica do estudo, mas apresentava características de um trabalho qualitativo. Quanto as características da pesquisa, 87,5% dos estudos foram elaborados por enfermeiros, dentre eles 12,5% Doutor em Enfermagem, docente na UERJ, 37,5% mestres em enfermagem em sua maioria especialistas em obstetrícia sendo um deles graduando em direito, 12,5%

mestranda, e 25% residentes um pelo Programa de atenção a saúde da mulher, da Criança e do Adolescente e outro Residente Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil. E os outros 12,5% do estudo foi elaborado por uma graduanda em enfermagem integrante do grupo de pesquisa Viver Mulher. Já referente aos anos de publicação dos artigos verificou-se que cinco deles foram publicados no ano de 2012, um no ano de 2013, um no ano de 2015 e apenas um em 2016. Importante refletir uma maneira de instigar os profissionais da área a necessidade de conhecimento e aprimoramento científico para contribuição de um modelo adequado de assistência ao parto e para gerar poder e autoconfiança ao profissional frente a práticas prejudiciais que ainda são realizadas no âmbito hospitalar. Em um estudo de Costa et al. (2015), fica evidenciado as várias vantagens que o parto natural tem frente ao parto cesariano para as puérperas, no primeiro assegura a mulher recuperação mais rápida e a dor é somente no momento do parto, já na cirurgia a dor é mais intensa após a cirurgia, retardando a recuperação e prologando um desconforto desnecessário principalmente para atividade da vida diária. A proposta de humanização é justamente para quebrar tabus e apresentar um novo modelo de cuidado, colocando a mulher como um ser detentor de autonomia e totalmente apto a participar de decisões que dizem respeito o seu próprio corpo. E envolvendo cuidados prestados e técnicas não invasivas voltadas para alívio da dor, bem-estar físico e emocional da paciente (MALHEIROS et al., 2012). Com a inserção do enfermeiro obstetra houve disputas de espaço da classe médica dentro do meio hospitalar. Estes se mostraram bastantes resistentes com a aceitação de enfermeiros atuando em um espaço que até agora era definido como de exclusividade médica. Assim foi levantado o questionamento de quem iria responder legalmente já que as enfermeiras não poderiam assinar pelo parto? Com a apresentação dessa dificuldade veio os conflitos entre os profissionais da mesma equipe de trabalho. Mas deixou-se claro que tanto as enfermeiras, como qualquer outro profissional da saúde não está isento da legalização e é responsável por qualquer dano que vier a causar a paciente (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2012). A pesquisa de Carvalho et al. (2016) destaca a figura do médico como responsável, é ele quem estabelece as condutas na assistência ao parto. Porém revela que o emprego de algumas práticas consideradas prejudiciais no trabalho de parto está diretamente relacionado ao trabalhador de plantão. É possível praticar uma assistência humanizada e respeitosa, entendendo que cada mulher vive esse momento de forma diferente e cada uma merece uma atenção direcionada e é com pequenas ações que podemos mudar o rumo de alguns paradigmas (CASSIANO et al., 2015). Observa-se que ausência de um protocolo operacional para dar um norteamento no atendimento as pacientes, causa prejuízos no serviço prestado às parturientes, levando os profissionais a seguir a rotina desatualizada de assistência ao trabalho de parto e parto. Assim cabe a unidade de saúde a criação e implementação desse protocolo de atendimento, oferta de cursos de atualização e exigência da implementação de um atendimento humanizado como preconiza o Ministério da Saúde (CARVALHO et al., 2016). Outro ponto sobre as dificuldades da implementação da humanização foi abordado no estudo de Cassiano et al. (2015), onde enfermeiras entrevistadas retrataram as más condições de infraestrutura, que afeta o trabalho e exigem dos profissionais um jogo de cintura para conseguir atuar com o mínimo de exigências para ofertar a saúde. Essas deficiências minimizam a qualidade do atendimento e afetam diretamente o serviço de saúde oferecido a população usuária do sistema. Sob a visão de mulheres que tiveram seus partos assistidos por enfermeiras obstétricas foram abordados principalmente os quesitos de atenção veem como um atendimento diferenciado um ser que entende e se identifica como o momento impar que a mulher esta vivenciando. Destaca também a questão sentimental, a diferença que faz em ter um a pessoa ao seu lado dando força e dividindo conhecimentos no instante em que se importa o suficiente para explicar a cada parturiente o que é cada momento que está passando, possibilitando um diálogo que além de aliviar as tensões e anseios que a mulher estar passando, estreita os laços entre a profissional e a paciente (CAUS et al., 2012). Esses atos praticados pelas enfermeiras obstétricas são diretamente proporcionais à superação das pacientes frente ao medo e a dor, que são sentimentos na maioria das vezes presentes no momento do parto, intensificando sua razão e colocando-as como protagonistas em sua própria história, na posição do comando as ações que envolvem seu próprio corpo, que é um dos princípios da humanização. Dando a elas uma nova percepção sobre o parto e sobre esse modelo de cuidado que contribui na autonomia feminina durante o trabalho de parto e parto (PRATA; PROGIANTI, 2013). Neste momento tão delicado na vida de uma mulher é importante ter a figura de um profissional que se mostre interessado e motivado ao cuidado e em oferecer o bem-estar físico e emocional para as parturientes. O uso das praticas não invasivas influenciam na diminuição no número de intervenções que trazem tantos prejuízos a mãe e ao bebê. Essas práticas como o incentivo a deambulação, massagens para dor ou até mesmo um diálogo com a intenção de esclarecer dúvidas ou mesmo apenas de diminuir a ansiedade da paciente, mostram efeitos e vantagens que atendem as recomendações emitidas pelo Ministério da Saúde. No estudo de Reis et al. (2016) “das 745 parturientes que tiveram seus partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas...” constatou-se que em “... 42,42% o trabalho de parto e o parto evoluíram sem o emprego de nenhuma destas condutas”. As condutas que Reis fala são condutas intervencionistas muitas vezes aplicadas sem ao menos uma indicação clara de sua real necessidade. Provando que a enfermagem vem fazendo um papel importante na mudança de atitudes e atuando ativamente na desmedicalização. Quebrando paradigmas criados e que ainda hoje são seguidos por falta conhecimento ou simplesmente pela facilidade que a acomodação traz aos profissionais que atuam nessa área. As atitudes do enfermeiro obstetra revela que é possível



eliminar algumas destas condutas se participarem de um modo efetivo e munido das essências da humanização. No estudo de Malheiros et al. (2012) os profissionais entrevistados descrevem a humanização como os reconhecimentos do empoderamento feminino no processo de parturição e entendem que o parto é fisiológico e deve deixar acontecer naturalmente oferecendo espaço e prestando um serviço de qualidade. Cita a respeito do direito ao acompanhante, dieta livre, banhos quentes, deambulação, contato pele a pele entre mãe e filho e a liberdade de posição como exemplos de práticas ofertadas pelos mesmos para garantir o direito a humanização e colocam a mulher como eixo central dessa metodologia. A decisão da mulher no seu processo de parturição é essencial para que o parto venha a ser humanizado e fisiológico. Isso acontecerá no momento em que os profissionais entenderem que este processo não passa somente pelo conhecimento das evidências científicas, mas deve levar em conta, também, a classificação de risco sem a qual é difícil determinar o momento correto da intervenção (MALHEIROS et al., 2012). Entendemos que o momento do parto é o momento em que as emoções da mulher estão afloradas e picos de sensações estão sendo sentidas ao mesmo tempo, cabe ao profissional enfermeiro ter empatia e a sensibilidade de identificar essas emoções, entender, traçar uma linha de segurança onde a paciente se sinta confortável e assim estabelecer um vínculo. Dai possa colocar em prática suas habilidades técnicas para oferecer conforto, segurança e um bom manejo da dor que é muitas vezes o que deixa a mulher mais sensível. E a forma como profissional vai levar esse momento é que vai fazer com que essa parturiente perca seus medos e não crie traumas posteriores sobre o serviço de saúde e sobre o processo de parir por si próprio.

## CONCLUSÃO

O estudo identificou a importância do atendimento das enfermeiras obstétricas na inserção de ações da humanização dentro dos hospitais, que ainda atuam como com modelos de atendimento ultrapassados que foram banidos pelo Ministério de Saúde. Mostrou também as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros em busca da prática da humanização, a resistência que até hoje existe por parte de uma parcela de profissionais, principalmente por aqueles que já são atuantes a algum tempo e trabalham em um modelo de assistência que algumas das vezes viola os direitos da mulher. A hegemonia médica predomina e ele ainda é visto como a figura mais importante dentro da equipe. Outro ponto identificado foram os benefícios que o atendimento realizado pelo enfermeiro traz a mulher, representando para a mulher o respeito a sua feminilidade colocando-a como protagonista, deixando que tome suas próprias decisões que como se sente mais confortável durante o transcorrer deste momento tão marcante na vida. Dessa mesma forma ficou destacado a percepção que o enfermeiro tem dos sinais de inúmeros sentimentos demonstrados pelas mulheres como o medo, angústia, insegurança, afeição de dor que muitas das vezes acabam atrapalhando ou sendo uma barreira na hora do parto podendo se transformar depois em possíveis traumas. Deixando evidente a destreza que o mesmo tem atuando com profissionalismo e sensibilidade, transformando esses sentimentos negativos em pontos positivos que vão dar uma nova visão para a parturiente sobre o processo de parir. O enfermeiro quando munido da natureza do processo de humanização do parto traz vantagens não só para a mãe como para o bebê e para os resultados da equipe como um todo. Se mostra um importante instrumento no âmbito da saúde para erradicar esse modelo medicalizado de assistência e atuando na perspectiva da atenção humanizada aumentando o número de parto vaginais normais com qualidade e diminuindo consideravelmente o número de mortalidade materna, perinatal e neonatal. Os resultados sinalizam a necessidade de investir em cursos de atualização e aperfeiçoamento para que estes reflitam no atendimento de profissionais que insistem em não seguir as orientações que gerem um efeito positivo ao paciente. Criar estratégias para implementação da política de humanização do parto e verificar se o atendimento está sendo realizado nesse padrão. É importante também apresentar aos profissionais por meio de estudos e pesquisas as vantagens que essas experiências podem trazer ao cliente. A valorização do trabalho do profissional de enfermagem se torna também peça chave para que ele também tome autonomia de seus encargos no campo da obstetria.

## REFERÊNCIAS

- CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; BUSANELLO, J.; GONÇALVES, B. G.; RODRIGUES, E. F.; AZAMBUJA, E. P. **Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal.** Rev Esc Enferm USP, 2012; 46 (1): 30-7.
- CASSIANO, A. N.; ARAUJO, M. G.; HOLANDA, C. S. M.; COSTA, R. K. S. **Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato.** J. res.: fundam. care. online 2015. jan./mar. 7(1):2051-2060.
- CAUS, E. C. M.; SANTOS, E. K. A.; NASSIF, A. A.; MONTICELLI, M. **O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes.** Esc Anna Nery (impr.), 2012 jan-mar; 16 (1):34-40.

COFEN. **Cofen participa da definição de diretrizes sobre parto normal.** Conselho Federal de Enfermagem. 11 set. de 2015. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/cofen-participa-da-definicao-de-diretrizes-sobre-parto-normal\\_34069.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-participa-da-definicao-de-diretrizes-sobre-parto-normal_34069.html)>. Acesso em: 04 abr. de 2017.

COSTA, A. C. R.; OLIVEIRA, M. M. **Humanização do parto. nasce o respeito:** informações práticas sobre seus direitos. Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015.

MALHEIROS, P. A.; ALVES, V. H.; RANGEL, T. S. A.; VARGENS, O. M. C.. **Parto e nascimento:** saberes e práticas humanizadas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21 (2): 329-37.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev. Texto & contexto Enfermagem, v. 17, n 4, p. 758-769, 2008.

PEREIRA, A. K.; SOARES, E.; MACIEL, G. C.; BONOMI, I. B. A.; GUSMÃO, N.; FARIA, N. M. X.; LIMA, J. B. M. C.; MIRANDA, V. D. Z.; MIRANDA, P. P. M.; BONAZZI, V. **Assistência ao parto e nascimento:** diretrizes para o cuidado multidisciplinar. Prefeitura de Belo Horizonte, 2015.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M. **A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 jan/mar; 21 (1): 23-28.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; PEREIRA, A. L. F. **O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20 (1):105-10.

REIS, C. S. C.; SOUZA, D. O. M.; NOGUEIRA, M. F. H.; PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. **Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento.** J. res.: fundam. care. online 2016. out./dez.

WINCK, D. R.; BRÜGGEMANN, O. M.; MONTICELLI, M. **A responsabilidade profissional na assistência ao parto:** discursos de enfermeiras obstétricas. Esc Anna Nery (impr.), 2012 abr-jun; 16 (2): 363-370.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Unifor por proporcionar e colaborar com o crescimento acadêmico, a Faculdade Terra Nordeste e todo o corpo discente.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ASPECTOS CONCEITUAIS DO CUIDADOR

**Luiza de Marilac Ferreira Soares<sup>1</sup>, Leide Laura Santos Leite<sup>2</sup>, Anthonia Viviany Barbosa Lopes<sup>3</sup>, Maria Charlianne de Lima Pereira<sup>4</sup>, Vanuzia Prudêncio Siqueira Silva<sup>5</sup>, Maria da Conceição Silva de Araújo<sup>6</sup>**

1. Enfermeira pela UNIFOR- Universidade de Fortaleza;
2. Graduada em Enfermagem pela Estácio- Centro Universitário Estácio do Ceará;
3. Especialista em Saúde da Família pela UVA- Universidade Estadual Vale do Acaraú;
4. Especialista em Gestão em Saúde pela UNILAB- Universidade da Integração Internacinal da Lusofonia Afro- Brasileira;
5. Especialista em Obstetrícia pela FAMETRO- Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza;
6. Enfermeira pela FAMETRO- Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza.

Email: luizamarilac12@outlook.com

Palavras-chave: Familiar. Cuidador. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

Para Mercadante (2008) o envelhecimento é uma fase natural da vida, determinada, basicamente, por três fatores: genética, estilo de vida e meio ambiente. A velhice é ao mesmo tempo natural e cultural. É natural e, portanto, universal se apreendida como um fenômeno biológico, mas é também imediatamente um fato cultural na medida em que se reveste de conteúdos simbólicos. Na perspectiva de Veras (2010, p.97), “o envelhecimento é cronológico apenas no sentido legal ou social. O tempo em si, não produz efeitos biológicos. Os eventos biológicos que seguem ao nascimento acontecem em momentos diferentes e em ritmos diversos em cada indivíduo”.

O processo de envelhecimento causa no organismo transformações biológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas e sociais. As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por rugas, cabelos brancos; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. As modificações sociais são observadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e, sobretudo, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista (SANTOS, 2007).

“A velhice é dada pelo contexto social, cultural e histórico de uma sociedade. Nem todos com a mesma idade são igualmente velhos, tudo depende da história de vida de cada um” (WOORTMANN & WOORTMANN, 1999, *apud* ALCÂNTARA, 2008).

As questões relativas ao aumento da população de terceira idade, a longevidade, a queda na taxa de mortalidade infantil e a progressiva diminuição na taxa de fecundidade, não é uma real idade somente de países desenvolvidos. Os países em processo de desenvolvimento como é o caso do Brasil, também vivenciam esses fatos. Este fenômeno, embora universal, assume características peculiares em nosso país em consequência da velocidade com que vem ocorrendo. Projeções realizadas num período de 75 anos, de 1950 a 2025, indicam uma taxa de crescimento da população idosa da ordem de 1514, 3% demonstrando que, enquanto a população em geral aumentará cinco vezes, a população idosa aumentará quinze. De cerca de 7 milhões de pessoas com mais de 60 anos em 1980, passou-se para aproximadamente 11 milhões em 1991 com perspectivas de 32 ou 33 milhões para o ano de 2025 (DUARTE, 2007).

As doenças associadas à velhice não são parte do processo normal de envelhecimento. Câncer, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, doença obstrutiva crônica, doenças osteomusculares doença de Alzheimer e derrames tornam-se mais prevalentes à medida que se envelhece devido à menor capacidade de combatê-las. Assim, embora as perdas funcionais que ocorrem em nossos sistemas vitais com o envelhecimento sejam eventos normais, elas realmente aumentam a vulnerabilidade a doença ou acidentes. E ao contrário do envelhecimento, as doenças não são normais. (CALDAS, 2010).

O envelhecimento progressivo da população vem se constituindo em um problema com importantes implicações médicas, sociais, econômicas e políticas. Os progressos experimentados por todas as áreas do conhecimento humano têm possibilitado prolongar a expectativa de vida, entretanto, não livraram os idosos das afecções, deficiências e incapacidades. Na verdade, o indivíduo, com o progredir da idade apresenta modificações

biológicas, fisiológicas, cognitivas, patológicas e socioeconômicas que necessitam atenção especial e de crescente complexidade (PAPALÉO NETTO, 2010).

Dessa forma, o cuidador domiciliar surge como uma alternativa que beneficia especialmente os idosos com incapacidades crônicas, que tendem a permanecer isolados em seus lares sem assistência adequada. O cuidador domiciliar vai ao encontro de um dos objetivos primordiais da gerontologia, que é manter o idoso em seu domicílio, ao lado dos familiares e amigos, os quais constituem fatores de manutenção de seu equilíbrio e segurança, favorecendo sua autonomia e independência.

Essas considerações demonstram o interesse dos autores de desenvolver uma revisão integrativa sobre o cuidador familiar para a devida interpretação de conhecimentos científicos produzidos nessa área que reside no fato de mostrar a caracterização do cuidador familiar; bem como a sua inserção no sistema de saúde, por meio da evolução da demanda, da técnica e da prática dos profissionais para o bem-estar e a satisfação do paciente.

O objetivo geral foi analisar as produções científicas acerca da definição dos aspectos conceituais do familiar cuidador no Brasil.

Diante desse contexto, a problemática do tema abordou apresentar o seguinte questionamento: Quais os principais aspectos conceituais do familiar cuidador?

## **METODOLOGIA**

O estudo trata-se de uma revisão integrativa, no qual se objetivou analisar as produções científicas acerca dos aspectos conceituais do cuidador. A pesquisa foi realizada no mês de março de 2014, *online*, na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), nos seguintes bancos de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*.

A seleção dos artigos teve início após cruzamentos dos descritores e leitura dos títulos que abordassem a temática. Na sequência foram analisadas e selecionadas as publicações que se enquadrassem para o referido estudo.

De acordo com as bases de dados foram encontrados 20 artigos (5 Lilacs e 15 Medline), todos dentro da temática, os quais foram lidos na íntegra, sendo inclusos ao final 15 artigos, os quais foram distribuídos de conformidade com título, ano de publicação, objetivo, delineamento, síntese de resultados e autores (Quadro I). Foram excluídos 5 artigos que não atendiam aos critérios do estudo que abrange os aspectos conceituais do cuidador.

Quanto aos aspectos éticos, salienta-se que os preceitos de autoria e referenciamento das obras consultadas foram respeitados. Como o estudo configura-se como uma revisão bibliográfica da produção existente e disponível sobre a temática, entendeu-se aceitável dispensar sua submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com relação ao ano de publicação, 1 estudo foi publicado em 2007, 2 em 2008, 5 em 2009, 3 em 2010; 3 em 2011 e 1 no ano de 2012, ou seja, com 2 ou três publicações por ano.

Em relação à análise dos objetivos apresentados nos estudos foi observado que grande parte dos autores buscou estudar o cuidador familiar contemplando os aspectos da qualidade do serviço e a satisfação dos pacientes, pois segundo Machado *et al.* (2007) o cuidado é entendido como aquele desenvolvido tanto com pacientes quanto com familiares, no contexto de suas residências, visando o acompanhamento, o tratamento e a reabilitação de indivíduos, em resposta às suas necessidades e as de seus familiares.

De acordo com os resultados, o cuidador trata-se de um indivíduo que se dispõe a favor das necessidades de cuidados necessários ao enfermo, muitas vezes expondo-se a riscos de comprometimento de sua própria saúde em benefício do doente. O sentimento de dever do cuidador pelo cuidado de seu familiar permeia, na maioria das vezes, uma situação de obrigação, pois, mesmo que exista o amparo de outros familiares, a sobrecarga maior acaba sendo sempre de um só membro da família na grande maioria das situações, como afirma Bicalho *et al.*, (2008).

Neste contexto, Paula *et al.*, (2008) destaca que os cuidadores são divididos em primários, secundários e terciários, segundo as tarefas realizadas, o seu grau de envolvimento com as tarefas desempenhadas e com as responsabilidades do cuidado. O primeiro grupo é composto por aqueles que assumem a responsabilidade integral por supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente da pessoa idosa, ou seja, é o grupo que realiza a maior parte das tarefas.

Dos itens relacionados, como conceito, qualidade de vida do paciente, situações prolongadas de cuidado, situação de vida do cuidador, estado emocional do paciente e do cuidador, valores, estado de saúde do paciente e do cuidador, uma vez que o cuidador segundo Fernandes; Garcia (2009) em virtude de sua exposição prolongada

aos diferentes estressores presentes na situação de cuidado está sob risco de apresentar problemas de saúde semelhantes aos evidenciados pela pessoa para a qual ele provê cuidado, tais como artrite, hipertensão arterial, doenças coronarianas, processos dolorosos, alterações ponderais, modificações no sistema imunológico, dispepsia, úlceras e outras. Para Inoué *et al.*, (2009) ser cuidador familiar, ao contrário de um evento transitório representa uma situação que exige responsabilidade cotidiana e transforma a vida do indivíduo. Isso demanda tempo, energia, trabalho, carinho, esforço e boa vontade. As graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até de personalidade do paciente exigem grande capacidade de adaptação para o convívio satisfatório, visto que se torna necessário fazer numerosos arranjos diários para atender as demandas progressivas e irreversíveis do paciente.

Colaborando com os resultados da pesquisa, Zem-Mascarenhas; Barros (2009) acrescenta que o cuidador surge como uma alternativa que beneficia especialmente idosos com doenças incapacitantes e dependentes idosos da ajuda de cuidadores por longo tempo, que se encarregue de seus cuidados básicos. Normalmente o cuidador abrange 3 modalidades: a preventiva, que busca evitar o adoecimento ou mesmo o agravamento de doenças já existentes, a terapêutica, quando o tratamento é oferecido até receber alta médica, e a paliativa, que proporciona tratamento para pessoas com patologias sem perspectiva de cura visando uma melhor qualidade de vida.

Sobre o assunto, Gonçalves *et al.*, (2011) explica que a atual prevalência de doenças crônicas e longevidade têm contribuído para aumentar o número de idosos com limitações funcionais; os quais necessitam de cuidados constantes por parte de profissionais de saúde, e, sobretudo da família, que precisa utilizar conhecimentos e habilidades na prevenção e na minimização dos efeitos negativos de ordem física, psíquica e social. Tais cuidados, geralmente são dispensados pela família e pela comunidade, no domicílio, seu espaço sociocultural natural. Na família, o cuidado normalmente é de responsabilidade de um de seus membros, tido como cuidador principal. O domicílio é visto hoje como espaço em que pessoas em situação de cronicidade, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida, mantendo a doença estável. Assim, a experiência de cuidar de um doente no lar tem-se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias.

Souza *et al.*, (2009) ressalta que no geral, quando surge um declínio funcional em decorrência de algum processo patológico é a família ou o cuidador que se envolve em aspectos da assistência, na supervisão das responsabilidades e na provisão direta dos cuidados.

No tocante as principais metas de cuidados para o paciente, Pimenta *et al.*, (2009) incluem a melhora do autocuidado, alcance do controle vesical, melhora dos processos de pensamento, alcance de alguma forma de comunicação, manutenção da integridade da pele, restauração do funcionamento familiar e ausência de complicações.

Estudos recentes apontam que, geralmente, os cuidadores residem com o idoso, são casadas e, por isso, somam às suas atividades de cuidar as atividades domésticas; papéis de mãe, esposa, avó, dentre outros, gerando um acúmulo de trabalho no lar e uma sobrecarga nos diversos domínios da vida, sejam social, física, emocional, espiritual, enfim, contribuindo para o seu descuido e comprometimento de sua saúde em geral. Na referida pesquisa, Gonçalves; Gelera (2010) admite que para os familiares que têm suas vidas divididas com o trabalho de cuidador, o cotidiano mostra-se restrito e uma incógnita; pois o acordar a cada manhã torna-se incerto não se sabendo o que pode acontecer a cada instante, sendo cada momento permeado por “tudo ou nada”, em termos de alteração comportamental, transformando a jornada de vencer mais um dia estressante.

Na visão de Gonçalves; Luís (2009), o cuidar de um doente demanda a necessidade de informações acerca de sua enfermidade e tratamento, assim como indicações para relacionar-se adequadamente. Mesmo quando os doentes mostram-se com um nível aceitável de autonomia, eles permanecem necessitando de apoio e proteção, ocasionando no familiar cuidador um grau de esgotamento. De ssa forma, o compartilhar as responsabilidades com outros membros da família ou até mesmo com profissionais configura-se como uma alternativa para minimizar o desgaste do familiar cuidador.

Sobre os aspectos do cuidador, Oliveira *et al.*, (2011) acrescenta que existem várias maneiras de um familiar tornar-se cuidador. Em um estudo realizado com cuidadores familiares de idosos foi constatado que o papel de cuidador é construído nos relacionamentos, com a influência de diversos fatores referentes à história da família. Silveira *et al.*, (2012), complementam que há uma multiplicidade de fatores que intervêm na escolha do cuidador principal no âmbito familiar. Essa escolha pode ocorrer de maneira natural, instintiva, por disponibilidade ou ainda, por obrigação, para retribuir cuidados recebidos anteriormente. Na maioria das vezes, prevalecem critérios situacionais, tais como relação de parentesco, proximidade física ou disponibilidade de tempo para cuidar.

Gonçalves *et al.*, (2011) ressalta que cuidar de idosos dependentes acometidos por afecção crônica ou aguda é situação freqüente nas famílias. Cuidadores familiares desempenham atividades destinadas a suprir as demandas de acordo com as necessidades da pessoa dependente. Entre os motivos que levam um membro da família a ser o cuidador principal destacam-se: a obrigação moral alicerçada em bases culturais e religiosas; a condição de conjugalidade, o fato de ser cônjuge; a ausência de outras pessoas para a tarefa do cuidar, caso em que o cuidador

assume essa incumbência não por opção, mas por força das circunstâncias; e as dificuldades financeiras, como em caso de filhos desempregados que cuidam dos pais em troca de sustento.

Para Gomes *et al.*, (2010), a família é o primeiro elemento de apoio do paciente. Sua presença faz com que o familiar cuidador e a criança sintam-se mais seguros, por isso organizam-se para estarem presentes através da visita. Estes e sua família vivenciam e conduzem as situações de doença de maneira singular, apontando assim necessidades peculiares de apoio e também de cuidado. Assim o cuidador familiar diminui angústias e limitações apresentadas pelo acompanhante cuidador no hospital ou em domicílio, possibilita ao paciente sentir-se com mais liberdade para expressar sentimentos e sensações até então reprimidas.

Entretanto, no parecer de Montefusco *et al.*, (2011), o fato do cuidador vivenciar restrições em relação à sua própria vida no exercício do cuidado do outro, seja este um membro familiar, um parente ou um amigo, implica em reconhecer que aquele vem tendo uma recreação insuficiente, visto que a exposição contínua dos cuidadores aos eventos estressantes da situação de cuidado implica alteração gradual e generalizada dos seus recursos pessoais e do seu bem-estar. Quanto ao tipo de estudo houve uma predominância do método qualitativo.

## CONCLUSÃO

Observou-se após análise dos estudos, que os aspectos do cuidador apresentou maior enfoque quanto as condições de saúde do paciente, qualidade de vida, tempo do cuidado, suporte familiar, características sócio-demográficas, dentre outros.

Constatou-se que a maior proporção dos cuidadores eram casados, seguidos de divorciados/separados ou solteiros e pequena porção de viúvos embora estes últimos eram geralmente mulheres e sendo muitas vezes cuidadoras de seus próprios cônjuges idosos. Muitos cuidadores referiram não ter atividade extra-domiciliar e dedicavam-se ao cuidado do idoso e de outros membros da família, além dos afazeres domésticos, enquanto os demais, na faixa de 25% conciliava atividades profissionais com o cuidado do idoso. Também muitos cuidadores foram instados a deixar o trabalho ou reduzir sua jornada para cuidar do idoso, quando se exigia dedicação permanente.

A convivência intergeracional parece mostrar relação positiva à medida que membros da família assumem o papel de cuidadores secundários, minimizando situação geradora de estresse sobre o cuidador. De outra parte, embora apresente características relevantes para subsidiar políticas públicas sociais e de saúde os aspectos conceituais do cuidador ainda carecem de estudos aprofundados, a fim de captar as nuances no processo de convivência cuidador/doente.

## REFERÊNCIA

- ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas, São Paulo: Alínea, 2008.
- BICALHO, Cleide Straub; LACERDA, Maria Ribeiro; CATAFESTA, Fernanda. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enferm**, 2008, Jan/mar, 13 (1); 118-23.
- BRASIL. **Plano Integrado de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília, DF, 2007.
- BENJAMIN, A.E. **Internação domiciliar: reduz custos e sofrimento**. N.12, vol.28-30, set.out., 1993. Disponível em: <[www.revistalatinamericanadeenfermagem.com.br](http://www.revistalatinamericanadeenfermagem.com.br)>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- CALDAS, D. (Org.) **A velhice e as doenças**. São Paulo: SENAC, 2010.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. **O mundo da saúde**. São Paulo, Brasil. Ano 21, v. 21, nº 4 jul./ago. de 2007.
- FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Telma Ribeiro. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev Esc Enferm USP**, 2009; 43 (4): 818-24.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## FORTALECENDO O CONTROLE SOCIAL EM UM TERRITÓRIO: AÇÕES DO PROJETO #REDEMONTE

**Glucio Ramon Araújo Costa Oliveira<sup>1\*</sup>, Edirlane Soares do Nascimento<sup>1</sup>, Raksandra Mendes dos Santos<sup>1</sup>, Breno de Oliveira Ferreira<sup>2</sup>, Ingrid Tajra<sup>3</sup>, Izabel Hérika Gomes Matias Cronemberg<sup>4</sup>.**

1. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

2. Doutorando em Saúde Ambiente e Sociedade pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

3. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil

4. Doutoranda em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Piauí (UESPI) Teresina-Piauí-Brasil.

Email: glucioramon@hotmail.com

Palavras-chave: Controle social. Sistema Único de Saúde. Redes em Saúde

### INTRODUÇÃO

O contexto da politização da saúde com os movimentos democráticos de lutas e conquistas proporcionou a participação da população ativamente no processo que culminou na formulação de preposições políticas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marco este muito significativo na história da saúde pública, pois esta conferência deu subsídios e funcionou como recomendações para a composição da temática saúde dentro da Constituição de 1988. Posteriormente a este momento, outro marco resultante dos movimentos foi o surgimento do Sistema Único de Saúde e todos seus dispositivos legais surgidos na década de 1990, dentre eles a Lei nº 8.080/90 e 8.142/90 que estabeleceram, respectivamente, a organização do SUS e o controle social mediante conferências e conselhos de saúde. Arcabouço legal que proporcionou um salto significativo no que diz respeito à saúde pública brasileira (PAIM, 2012).

Assim, trabalhar com o fortalecimento das instâncias de controle social dentro de um território favorece para que as necessidades em saúde sejam enfrentadas de forma horizontalizada, uma vez que, são espaços de exercício do protagonismo de sujeitos democráticos. Criando assim uma cultura de compartilhamento de decisões, na qual “um e outro são sujeitos, portanto, protagonistas de decisões e ações [...] isto é, ser sujeito, e não sujeitado” (SPOZATI; LOBO, p.372. 1992).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho consiste em apresentar e discutir as experiências do projeto #RedeMonte no que diz respeito, a temática controle social realizadas pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) através de metodologias ativas e educação em saúde.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, vivido (e sentido) pela equipe de residentes e preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí (RMSFC/UESPI) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Teresina - PI. A equipe é composta por dezessete (17) membros, sendo oito (08) residentes, de sete (07) categorias profissionais, a saber: odontologia, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, serviço social e educação física, e atuam em atividades multiprofissionais, na perspectiva da educação em saúde utilizando metodologias ativas, e tecnologia leves e leve – duras (MERHY, 2005).

O projeto #RedeMonte elaborado após o processo de territorialização e executado no período entre agosto de 2016 e agosto de 2017 tem como principal eixo, o trabalho de fortalecimento da rede de instituições e serviços do território. Sendo assim, no decorrer da execução do projeto algumas demandas foram surgindo, dentre elas o diálogo sobre controle social, visto que a reativação do conselho local de saúde é algo relevante dentro do contexto da rede no território.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### Dialogando sobre o Controle Social através de metodologias ativas.

O #RedeMonte surge com a proposta de fortalecer a articulação dos equipamentos sociais presente em um bairro na cidade de Teresina, promover ações entre diferentes setores, aproximar os atores que compõem a rede

a fim de uma boa articulação e promover um espaço de cooperação para enfrentamento de dificuldades presentes no território.

Durante a reuniões foram disponibilizados espaços para que as instituições participantes apresentassem os serviços que ofereciam para comunidade, de modo que cada encontro era voltado para a compreensão de um equipamento social diferente. Nestes momentos a equipe de residentes trabalhava as necessidades observadas no processo de territorialização, no entanto, no decorrer do projeto outras demandas foram surgindo.

Entre estas se destaca a necessidade de discussão da temática do controle social, uma vez que, durante o projeto percebeu-se que Conselho Local de Saúde do território estava desativado, e isso era reflexo da falta de diálogos dos representantes dos equipamentos, causando assim, um distanciamento e individualização do trabalho, no qual a Unidade Básica de Saúde e Hospital são as únicas instâncias que trabalham com as questões de saúde do território. Ademais, os residentes compreenderam esta ausência de conselho local como um reflexo do enfraquecimento do controle social, lugar este que deveria ser de lutas e conquistas.

Assim, um novo desafio surge no projeto #RedeMonte, a realização de um encontro para disparar a temática do Controle Social, visto que em reunião de planejamento, residentes e preceptores externaram como meta final para o projeto a possível reativação do conselho local de saúde. Por acreditarem que uma reativação poderia trazer ganhos significativos para a efetivação e operacionalização da rede no território, pois haveria mais diálogo entre representantes das instituições, não somente do campo da saúde, mas como também de diversos outros segmentos afins, além de estabelecer uma comunicação mais efetiva com a comunidade, reconhecendo suas demandas e potencialidades e como estas podem contribuir com o trabalho em rede (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013)

Sendo assim, o grupo de residentes do bairro monte castelo conseguiu realizar três encontros sobre a temática do controle social. O primeiro deles consistiu na realização do “jogo da saúde”, pois a partir deste foi possível criar um ambiente descontraído, de entretenimento e de conhecimento para as informações que seriam construídas durante o desenvolvimento da ação.

A qualidade de participação e interação dos que estiveram presentes foi importante para o sucesso da atividade, pois muitos se mostraram motivados com a discussão através do disparador do jogo, possibilitando que muitos que ainda não ouviram diretamente falar da temática do controle social se apropriassem do conteúdo, assim possibilitando um momento de empoderamento para os sujeitos envolvidos. A atividade finalizou com uma roda avaliativa, onde, na oportunidade, todos os participantes expuseram seus afetos acerca dos sentimentos que foram gerados com a vivência do Jogo da Saúde, em que muito dos quais relataram que a vivência proporcionou um olhar mais sensível para o que seria o controle social e quais espaços e momentos pode-se usar dessa importante ferramenta.

### **Roda de Conversa - Experienciando o controle social**

Para dar continuidade a discussão da temática, o segundo encontro teve como proposta possibilitar aos participantes contato com uma experiência exitosa de controle social. Nesse sentido, o grupo de residentes convidou o conselho local de saúde de outro bairro, que se destaca pela atuação nas causas do território, pelo seu engajamento político na condução das políticas de saúde locais. Assim, a referida ação ocorreu por meio de roda de conversa com exposição da experiência, desde a formação até os dias atuais, fazendo com que o grupo do #RedeMonte dialogasse e despertasse o interesse pelo debate da possível reativação do conselho local do bairro.

### **(Re) Construindo o Regimento interno**

Sendo assim, o terceiro encontro da temática controle social ficou dividido em três momentos. O primeiro foi a construção de um esquema através de tarjetas sobre as competências do conselho local de saúde, em que nesse momento ficaram dois residentes responsáveis pela condução, tirando dúvidas a respeito de cada competência. Outro momento que proporcionou uma interação maior dos participantes foi o trabalho em grupo, pois os outros aspectos pertinentes ao regimento interno ficaram sobre responsabilidade de três grupos, formados pelos participantes e facilitados por residentes, no qual os mesmos iriam de forma criativa e livre expor os principais aspectos deste documento, nesse momento foram utilizadas cartolinas, pinceis, tarjetas, os atores se mostraram bastante envolvidos e participativos. A última atividade seria a tentativa de estabelecer uma agenda do conselho local de saúde, onde o grupo estabeleceria prazos e metas para serem cumpridos nesse processo, essa seria uma forma de organizar e de demandar responsabilidade para o grupo.

Contudo, a construção dessa agenda não foi alcançada neste encontro, percebeu-se que os participantes não tinham confiança ou a vontade suficiente para estabelecer esses prazos. O grupo de residentes pactuou então que nos próximos encontros tentaríamos preencher a agenda, pois foi enfatizado a importância da autonomia nesse processo, uma vez que, estávamos no terceiro encontro sobre esta temática e ainda ressaltamos que a



residência está como suporte e apoio na condução desse processo, mas que a tomada de partida seja do grupo de representantes do bairro monte castelo.

### **Construindo estratégias com os atores sociais**

Diante dos desafios enfrentados de formação de agenda para a reativação do conselho local de saúde do bairro Monte Castelo, os residentes realizaram visitas ao Conselho Municipal de Saúde de Teresina, com objetivo de conseguir informações deste. Todavia, foi contatado o responsável pela formação de conselhos locais no município, que contribuiu com sua disponibilidade para participar do próximo encontro do Rede Monte. Assim, realizou-se também uma reunião de pactuações e encaminhamentos, com um representante do grupo de idosos e dois representantes de uma ONG que já tiveram representação no extinto conselho local, além disso, estes atores se mostraram interessados na possível reativação e são representatividade fortemente reconhecida no território.

A referida reunião não teve exatamente uma pauta pronta, ela foi construída num diálogo livre, possibilitando assim que algumas decisões fossem articuladas, como por exemplo, cada representante ali presente (incluindo os residentes) se comprometesse em convocar pessoas dos diversos segmentos presente no território, sobretudo aqueles mais engajados nas causas sociais, pois acredita-se que a receptividade seria maior se a mobilização partisse de pessoas diretamente ligadas a comunidade, além disso, são pessoas que conhecem quem de fato tem interesse em participar do conselho. Assim, estas foram algumas das estratégias trabalhadas durante o período de agosto de 2016 a junho de 2017, o presente projeto terá sua execução até o dezembro de 2017.

### **CONCLUSÃO**

Diante do que foi exposto já se pode observar alguns ganhos que o projeto #RedeMonte vem proporcionando para a comunidade assistida, entre eles destaca-se o fortalecimento das relações entre as instituições e organizações presentes no bairro, melhoria do processo de trabalho da UBS, através de sua interligação com a rede de serviços, o que repercute na qualidade de vida dos cidadãos no território, e principalmente o fortalecimento de instâncias de controle local, através da proposta de reativação do conselho. Em contrapartida, os desafios para a reativação do conselho local de saúde vão desde a mobilização, capacitação, até o processo de operacionalização do mesmo. Uma vez que há uma composição que precisa ser respeitada, sendo exigida a participação de diferentes segmentos da comunidade, que precisam ter representatividade dentro dos conselhos locais de saúde. Os primeiros passos já são perceptíveis, pois o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Piauí já esteve no território com atores sociais para dialogarem sobre a pauta – controle social, esse movimento ocorreu a partir de articulação dos próprios atores trabalhados no #projetedemonte.

### **REFERÊNCIAS**

- MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo Olhar sobre as tecnologias de saúde: Uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, A.C.S; GOMBERG, E. (orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000207&pid=S1414-3283201300020000900012&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000207&pid=S1414-3283201300020000900012&lng=pt). Acesso em: 21 ago 2017.
- PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro. Medbook.2014. PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>> Acesso em: 04 out 2016.
- SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. **Controle social e políticas de saúde**. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000400003>> Acesso em: 20 ago 2107..
- GONÇALVES, B.D. *et al.* **Articulando redes, fortalecendo comunidades: intervenção psicossocial e articulação entre universidade, comunidades e políticas públicas**. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082015000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000100008)> Acesso em: 20 ago 2107.
- ROLIM, L.B; CRUZ, R.S.B.L.C; SAMPAIO, K.J. A. J. **Participação Popular e o Controle Social como diretriz do SUS: Uma revisão narrativa**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016) > Acesso em: 27 ago 2017.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

**Daniela Queiroz Pires<sup>1\*</sup>, Marcella Lorena Souza Bomfim<sup>2</sup>, Cristina Paloma Guerra da Silva<sup>3</sup>, Marjorie Rodrigues Paula<sup>4</sup>, Greice Gama de Meneses<sup>5</sup>, Rithianne Frota Carneiro<sup>6</sup>.**

1 *Graduanda de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil*

2 *Graduanda de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil. mbomfimm@outlook.com*

3 *Graduanda de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

4 *Graduanda de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

5 *Graduanda de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil. greicegama@hotmail.com*

6 *Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Docente na Faculdade Nordeste- FANOR, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

E-mail: [danielaqueiroz95@hotmail.com](mailto:danielaqueiroz95@hotmail.com)

Palavras-chave: Quedas. Idosos. Prevenção.

### INTRODUÇÃO

A velhice está ligada às modificações do corpo, com o aparecimento das rugas e dos cabelos brancos, com o andar mais lento, diminuição das capacidades auditivas e visual, é o corpo frágil. Essa é a velhice biologicamente normal, que evolui progressivamente e prevalece sobre o envelhecimento cronológico. Cientistas e geriatras preferem separar a idade cronológica da idade biológica. Para eles, tanto o homem quanto a mulher se encontra na terceira idade por parâmetros físicos, orgânicos e biológicos (MATSUDO, 2012).

O envelhecimento populacional no Brasil ocorre hoje num ritmo acelerado. As projeções indicam que até o ano de 2025, a população idosa brasileira corresponderá a mais de 34 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. O aumento da população idosa é uma conquista, mas ao mesmo tempo um desafio, já que o envelhecimento traz consigo algumas condições típicas desta faixa etária, entre elas: a instabilidade postural e a uma série de situações que elevam o risco de desequilíbrio e quedas (SERRA, 2013).

No Ceará a população cearense de idosos está em torno de 1,089 milhões, segundo Lavor (2016), este número representa um aumento considerado de idosos referentes a pesquisas anteriores. Referente a esses dados que já são considerados um aumento importante no número de idosos já faz com que o estado procure oferecer uma assistência melhor para essa classe.

Marin *et al* (2004) afirma que as pessoas envelhecidas, ainda que não possuem doenças, debilitam-se concomitante devido às alterações fisiológicas que acontecem com o avanço da idade e limitam as funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização do autocuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida.

Sabe-se que é necessária a prevenção de quedas, contribuindo de alguma forma para agravar melhorar condições de saúde e de vida da população idosa, pois segundo os autores as quedas constituem a primeira causa de acidentes em pessoas com mais de 60 anos.

A ocorrência de quedas é comum, mas não é normal do envelhecimento. A queda representa um grave problema de saúde pública devido as suas consequências que vão desde lesões leves, medo de cair repetidas vezes, até fraturas, dependência, hospitalização e institucionalização, o que causa impacto na sociedade como um todo, pelos prejuízos físicos, psicológicos e sociais.

Segundo Serra (2013) o dia 24 de junho foi escolhido como o Dia Mundial de Prevenção de Quedas da Pessoa Idosa, com o objetivo de assegurar a qualidade de vida e promover a autonomia dos idosos, partindo da conscientização do problema e de sua prevenção. Dados colhidos pela autora Serra (2013) citam que cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de oitenta anos e 50% entre os que residem em Instituições de Longa Permanência.

O enfermeiro por estar mais próximo aos cuidados do ser humano, deve desenvolver intervenções e realizar estudos sobre estratégias de prevenção, como afirma Rozeno (2010) "a prática de enfermagem na atenção básica é de extrema importância, pois por conhecer o contexto de vida e por estar perto das dificuldades enfrentadas pela população idosa colaborando para implantação de formas de melhorar a qualidade de vida dos mesmos".

Portanto, vê-se que o papel do enfermeiro é de grande importância, pois o profissional de enfermagem atende idosos que sofreram quedas e precisam orientar formas de prevenção de novas quedas.

Nesse contexto, prevenir quedas tem sido um grande desafio a ser enfrentado na atenção à saúde de pessoas idosas, de forma que haja o alerta por parte os profissionais sobre os fatores de risco a que pessoas idosas

estão expostas no domicílio e na comunidade, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização.

Este estudo teve como objetivo identificar os cuidados de enfermagem na prevenção de queda aos idosos.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo realizado através de pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir de material previamente elaborado constituído de artigos científicos, buscando conhecer sob o olhar de alguns autores, a fragilidade da população da terceira idade referente as quedas que tem sido perigo constante na vida dos mesmos, analisando e estudando qual o papel do enfermeiro no auxílio e na prevenção dessas quedas.

Segundo Costa e Barreto (2003) os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos.

A coleta de dados foi realizada através de uma revisão bibliográfica da literatura nacional e utilização de artigos com embasamento no mesmo tema abordado. Foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura usando famosas revistas de pesquisa como: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), LILACS, BIREME, entre outros.

Para realizar os resultados desta pesquisa, foram selecionados e analisado 10 artigos científicos, com o objetivo de identificar quais são os cuidados de enfermagem ao paciente idoso visando a prevenção de quedas.

Com relação aos dados encontrados analisou-se principalmente se os fatos contidos nos documentos pesquisados eram capazes de completar e solucionar as principais questões levantadas durante o estudo tais quais as discussões embasadas na literatura acerca da temática.

Foi realizada uma análise detalhada dos artigos e livros com base na temática abordada, enriquecendo assim o conteúdo do estudo e dando qualidade metodológica, assim como importância da informação e representatividade.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nos resultados obtidos foram selecionados 10 artigos no qual contemplaram a temática. Na base de dados da SCIELO foram escolhidos 6 artigos entre os anos de 2004 a 2014, no qual informavam sobre análises da vulnerabilidade para propensão de quedas em idosos, diagnósticos de enfermagem relacionados e medidas profiláticas.

Na base de dados do LILACS foi escolhido apenas 01 artigos do ano de 2008, que abordava a prevenção em quedas por meio de análise de caráter qualitativo.

Na base de dados da REBEN foram escolhidos 02 artigos, um no ano de 2010 e outro 2016, onde era abordadas intervenções para evitar quedas nos idosos, e o outro sobre o conceito de idoso e as instituições de longa permanência no qual muitos vivem atualmente.

Na base de dados da REDALYC foi selecionado apenas 01 artigos no ano de 2015, que relatava as deficiências encontradas nos idosos no Brasil.

Após a análise dos artigos em questão, pode-se observar que segundo Maia et al (2014), as consequências das quedas podem trazer danos físicos e psicológicos irreversíveis aos idosos, como algumas lesões resultantes da mesma, fraturas, restrição e atividades, medo e traumas entre outros, sem falar que muitas vezes alguns podem até chegar a óbito.

O autor reafirma todos os cuidados e prevenções necessários para que esse evento não aconteça, pois viu-se que a queda é um evento que preocupa muito os idosos e, os profissionais da saúde devem ficar atento pois esses idosos merecem atenção especial.

A prática de exercícios físicos tem se mostrado muito eficaz na prevenção de quedas, uma vez que aumenta a força muscular; melhora o equilíbrio, a flexibilidade, a coordenação motora e a propriocepção. Além disso, medidas instituídas pelos médicos, como a ingestão de níveis adequados de cálcio e vitamina D, têm surtido muito efeito na diminuição da ocorrência de quedas em idosos.

Parahyba e Cardoso (2015) analisando a prevalência das incapacidades funcional dos idosos no Brasil, como a falta de capacidade para corrigir o próprio deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço, uma simples mudança de posição inesperada, ou até mesmo um deslocamento não intencional do corpo para certo nível inferior em relação à sua posição inicial mostra que as quedas são grandes causadoras de distúrbios funcionais no cotidiano dos idosos, isso consequentemente atrapalha a sua locomoção deixando-os vulneráveis às quedas.

Observa-se que existem fatores de risco tanto intrínsecos com extrínsecos, onde os fatores extrínsecos estão associados às dificuldades propiciadas pelo ambiente, como: pisos escorregadios, encerados e molhados, ausência de corrimão, assentos sanitários muito baixos, prateleiras muito altas, mesas e cadeiras instáveis, calçados inapropriados e entre outros; os fatores intrínsecos esses dizem respeito às alterações fisiológicas relacionadas

à idade, e nesse caso podem ser inúmeros, necessitando assim de um diagnóstico para encontrar o tratamento certo.

Os idosos devem ser assistidos no intuito de fazer com que pratiquem exercícios aumentando sua força muscular; melhorando o equilíbrio, a flexibilidade, a coordenação motora e a propriocepção. De fato é importante reafirmar que novas pesquisas devem acontecer no sentido de trabalhar mais os perigos e consequências da queda em idosos, com ênfase na enfermagem, pois são os enfermeiros que atendem a princípio as vítimas desse triste evento que é a queda, a prevenção da mesma deve ser também pauta importante para que pessoas de idade mais avançada, busca-se cada vez mais ideias para que haja uma remoção de riscos, assim como também o uso de técnicas que incentivem a prática do autocuidado e frente aos comportamentos arriscados.

Os profissionais da saúde também devem auxiliar com cuidados como a ingestão de níveis adequados de cálcio e vitamina D, o que vem diminuindo bastante a ocorrência de quedas em idosos.

## CONCLUSÃO

Observou-se que através desse estudo que as quedas trazem muitas consequências para os idosos, tanto físicas como psicológicas e até mesmo sociais. Viu-se também que o ambiente domiciliar é onde ocorrem as frequentes quedas, geralmente, pelo ambiente físico inadequado, tapetes, pisos molhados entre outros.

Analisou-se a fisiologia dos idosos, buscando compreender a fragilidade da sua estrutura física e como os obstáculos físicos e comportamentos de riscos como tomar banho e/ou andar de bicicleta podem ser perigosos.

Analisou-se como os idosos se recuperam após a queda, e como sentem-se acuados a repetir suas atividades cotidianas, necessitando de mais cuidados e uma assistência profissional de alguém da saúde.

Identificou-se que as principais consequências das quedas, são os agravos físicos como: feridas no tecido, fraturas, dor, citando também o agravo psicoemocional como o simples medo de voltar a cair novamente, que foram significantes para que ocorresse as alterações na mobilidade do idoso, ocorrendo assim a sua dependência, seja de um cuidador ou de um enfermeiro.

Conclui-se que muitas situações de quedas acontecem por simples descuidos e sem uma devida prevenção. Na presente pesquisa foram abordados dados importantes no sentido de direcionar a atenção voltada à saúde do idoso na forma de motivar uma assistência por meio de programas de prevenção às quedas.

Deve haver mais preocupação por parte dos projetos públicos em criar alguns investimentos com profissionais qualificados e implantar uma Política Nacional de Saúde do Idoso, com objetivo de garantir que estes grupos populacionais em expansão tenham mais direito.

## REFERÊNCIAS

MAIA, Bruna Carla. VIANA, Patrick Silva. ARANTES, Paula Maria Machado. ALENCAR, Mariana Asmar. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio De Janeiro, 2014.

MARIN, MJS.; AMARAL, FS.; MARTINS, IB.; BERTASSI, VC. Identificando Os Fatores Relacionados Ao Diagnóstico De Enfermagem “Risco De Quedas” Entre Idosos. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2004.

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; NETO, Turíbio Leite Barros. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 5, n. 2, p. 60-76, 2012.

PARAHYBA, Maria Isabel; CARDOSO, da Silva Simões, Celso. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, núm. 4, outubro-dezembro, 2015.

ROZENO, Raquel Farias. **Prevenção de quedas em pessoas idosas: revisão integrativa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2010 – 37pág.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que contribuíram para a formulação desse estudo e a orientadora que ofereceu todo o suporte necessário.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROJETO SAÚDE CIDADÃ: AÇÃO DE PROMOÇÃO À SAÚDE E COMBATE ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

**Manuela Martins Menezes<sup>1\*</sup>; Danila Paula Carneiro de Oliveira Novais<sup>2</sup>; Cristiana Poliana Rolim Saraiva dos Santos<sup>2</sup>; Fabíola Nunes de Sá<sup>3</sup>; Linicarla Fabiole de Souza Gomes<sup>4</sup>; Ana Kelve de Castro Damasceno<sup>5</sup>**

*1 Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil; Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha, Caucaia-Ceará-Brasil.*

*2 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza-Ceará-Brasil;*

*3 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza-Ceará-Brasil; Hospital Municipal Dr. Abelardo Gadelha da Rocha, Caucaia-Ceará-Brasil;*

*4 Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO), Fortaleza-Ceará-Brasil;*

*5 Universidade Federal do Ceará (UFC); Fortaleza-Ceará-Brasil; Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*E-mail: manumartin20@hotmail.com*

*Palavras-chave: Promoção da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Saúde da Mulher.*

### INTRODUÇÃO

A realização de testagem rápida para detecção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) é uma excelente estratégia para promover o diagnóstico precoce, possibilitando que sejam adotadas medidas de prevenção da transmissão, bem como evitando complicações e viabilizando um acompanhamento e tratamento adequados.

A implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis, compõe o conjunto de estratégias do Ministério da Saúde que visam a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV e detecção da sífilis (BRASIL, 2012).

No contexto da Rede Cegonha, que consiste na construção de uma rede de cuidados que assegure à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, é primordial que se qualifique o acesso ao diagnóstico do HIV e da sífilis na gestante e que o tratamento seja realizado em tempo oportuno na Atenção Básica (BRASIL, 2012) bem como em outros níveis de atenção à saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de 1 milhão de pessoas adquiram uma IST diariamente e que 500 milhões de pessoas contraiam alguma IST curável (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase) a cada ano, sendo mais de dois terços em países em desenvolvimento, além de outros milhões de infecções não curáveis incluindo o herpes genital (HSV-2), infecções pelo vírus do papiloma humano (HPV) e infecção pelo HIV. Calcula-se que 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus do herpes genital (HSV-2, do inglês Herpes Simplex Vírus tipo 2) e que mais de 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo HPV. (AZEVEDO et al, 2014; BRASIL, 2015).

No Ceará, de 2007 a 2016 foram notificados 5703 casos de sífilis em gestantes tendo tido um aumento de 184% na taxa de detecção (CEARÁ, 2016). Em relação a HIV/AIDS no ano de 2016 foram notificados 460 casos de HIV/AIDS no Ceará. E em 2016, 122 gestantes foram notificadas com HIV (CEARÁ, 2016).

Os principais meios de transmissão desse vírus são via troca de fluidos genitais e sangue. A relação sexual (vaginal e anal), além do sexo oral, são as principais vias de transmissão. A transmissão do vírus também pode acontecer via transfusão sanguínea e hemoderivados. Cabe destacar a transmissão vertical que pode ocorrer a gravidez, no parto e via leite materno, quando a mãe portadora do vírus transmite a doença para o recém-nascido. O uso de equipamentos não esterilizados em salões de beleza, estúdios de tatuagem, consultórios e ainda acidentes de trabalho em ambientes de saúde constituem outras formas de transmissão (BRASIL, 2015).

Os altos índices dessas doenças ressaltam a necessidade e importância de intervenções no campo da saúde sexual e reprodutiva, direcionadas à prevenção e à promoção da saúde, bem como na assistência propriamente dita (AZEVEDO et al, 2014).

Mediante a relevância destas doenças e as repercussões que podem acarretar ao binômio mãe e filho, ações de rastreamento são importantes a serem oferecidas para as gestantes bem como para a população em geral visando o início precoce do tratamento e a prevenção de complicações.

Vale ressaltar que o estudo objetivou descrever uma ação de promoção da saúde realizada no âmbito de uma maternidade de referência para o Estado do Ceará, atividades estas direcionadas à população em geral, com foco principal no binômio mãe-bebê.

## METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência que descreve uma ação de promoção da saúde articulada e implementada por uma equipe multidisciplinar de uma maternidade de referência para o Estado do Ceará, localizada na cidade de Fortaleza-CE. Esta instituição de saúde foi reconhecida em 2016 pelo Ministério da Saúde, como o primeiro Centro de Apoio ao desenvolvimento das boas práticas de atenção obstétrica e neonatal no Brasil (UFC, 2016).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A instituição em estudo, reconhecendo sua responsabilidade social e importância como instrumento de promoção da saúde materno infantil e da população em geral, promoveu no dia 07 de abril de 2016, em alusão ao Dia Mundial da Saúde, um evento intitulado “Projeto Saúde Cidadã” que foi coordenado pela Ouvidoria da maternidade e contou com a participação de 115 profissionais da instituição. O evento promoveu uma manhã de serviços gratuitos para a comunidade com foco na saúde da mulher e bebê, porém foram atendidas pessoas de toda a comunidade e entorno que buscavam os serviços oferecidos, abrangendo também adultos e idosos.

Entre os serviços ofertados à comunidade durante essa ação conjunta, foi disponibilizada testagem rápida para HIV (vírus da imunodeficiência humana) e Sífilis. A testagem foi realizada por 10 profissionais, constituindo uma equipe multidisciplinar (04 psicólogos, 03 assistentes sociais e 03 enfermeiras) que realizaram as etapas de aconselhamento pré e pós-teste e a realização da testagem.

Foram realizados 55 testes rápidos para Sífilis e HIV, tendo 02 resultados reagentes para HIV e 05 reagentes para Sífilis. As pessoas com resultados reagentes foram encaminhadas ao ambulatório de IST da citada instituição para início do tratamento e seguimento. Na ocorrência do resultado negativo, foram realizadas orientações quanto às práticas sexuais seguras e a importância da prevenção.

Vale destacar que foram realizadas atividades educativas em grupo e individuais, aconselhamentos pré-teste e pós-teste e testagem propriamente dita, além da distribuição de preservativos masculinos e femininos.

As ações executadas no evento “Projeto Saúde Cidadã” vão ao encontro da promoção da saúde a qual requer ações em equipe, nas quais os profissionais de saúde se articulam e agem visando a promoção da saúde da população em geral através de uma ação integral e interdisciplinar em prol da prevenção e controle das IST (SÃO PAULO, 2011). Percebeu-se a adesão da população, não só das gestantes e pacientes da maternidade, mas de toda a comunidade do território abrangido pela instituição de saúde.

## CONCLUSÃO

Ações em equipe, que busquem a prevenção de saúde, a detecção precoce de doenças como as IST são relevante tendo em vista estas doenças representarem importante significado epidemiológico e poderem causar repercussões biopsicossociais para o indivíduo, família e sociedade em geral.

Deste modo, através dessa experiência foi possível identificar a importância das atividades extra muros como forma de facilitar o acesso da população à saúde pública e espera-se que outras ações como esta sejam oferecidas de modo que o serviço de saúde seja cada vez mais um instrumento de promoção da saúde da população em geral.

Cabe destacar que, além do diagnóstico precoce, é de suma relevância garantir uma rede de apoio ao portador de IST, visando à imediata adesão ao tratamento, bem como quebrar barreiras e paradigmas que estão estreitamente relacionados com as IST, principalmente quando se fala de HIV.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Bruno Del Sarto et al. Análise da produção científica sobre doenças sexualmente transmissíveis e sua relação com a saúde escolar no Brasil. **Educação em Revista / Belo Horizonte**, v.30, n.03, p.315-334. Julho-Setembro, 2014. Disponível in: <http://www.scielo.br/pdf/edur/v30n3/v30n3a14.pdf> Acessado em 30 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica**. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120 p.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. Fortaleza-CE: Julho, 2016. Disponível in [http:// www.saúde.ce.gov.br>boletins](http://www.saúde.ce.gov.br>boletins). Acessado em 24 de agosto de 2017.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Boletim epidemiológico Sífilis**. Fortaleza-CE: Julho, 2016. Disponível in [http:// www.saúde.ce.gov.br>boletins](http://www.saúde.ce.gov.br>boletins). Acessado em 24 de agosto de 2017.

SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. **Manual para o manejo das doenças sexualmente transmissíveis em pessoas vivendo com HIV**, São Paulo-SP, 2011. 152 p.

Universidade Federal do Ceará. MEAC é a 1ª do País em boas práticas de atenção obstétrica e neonatal, diz Ministério. Disponível em <http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2016/8656-meac-e-a-1-do-pais-em-boas-praticas-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-diz-ministerio>. Acessado em 25 de agosto de 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos aos profissionais que planejaram e executaram o Projeto Saúde Cidadã. À comunidade e usuários do sistema de saúde que aderiram a proposta e participaram ativamente dos serviços ofertados.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## OS PROCESSOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS DE LINGUAGEM E APRENDIZAGEM NA VISÃO DE UM PSICÓLOGO ESCOLAR

Silvia Helena de Amorim Martins<sup>1</sup> (IC), Luiza Valeska Mesquita Martins<sup>2</sup> (IC), Sarah Catrib<sup>3</sup>, Soraya da Silva Trajano<sup>4</sup> (PG), Roberta Maria Fernandes Cavalcante<sup>5</sup> (PQ), Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>6</sup> (PQ).

*1 Graduação em Psicologia na Universidade de Fortaleza, Fortaleza- Ceará*

*2 Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará*

*3 Mestranda em Saúde Coletiva, Fortaleza- Ceará*

*4 Mestre em Educação e Saúde na Universidade de Fortaleza, Fortaleza- Ceará*

*5 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza CE*

*Email: silviaamorim@edu.unifor.br*

*Palavras-chave: Psicologia, Aprendizagem, Linguagem, Psicólogo Escolar, Dificuldades*

### INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende analisar e aplicar as técnicas de entrevista e observação em Psicologia, além de identificar a visão, atuação e as principais dificuldades percebidas pelo psicólogo escolar com relação aos processos psicológicos básicos de linguagem e aprendizagem e conhecer a visão das pessoas do senso comum sobre os processos psicológicos básicos de linguagem e aprendizagem, e a atuação do psicólogo escolar. A motivação para o desenvolvimento do artigo surgiu do interesse de pesquisar sobre os processos psicológicos básicos de linguagem e aprendizagem no âmbito escolar.

A teoria Vygotskiana compreende que o desenvolvimento do sujeito desde o início da vida, ocorre em virtude de um processo de apropriação que ele realiza dos significados culturais que o circundam, o que faz ascende uma condição eminente humana, de ser, de linguagem, consciência e atividade, transformando-se em biológico e sócio histórico (Vygotsky, 1984). A escola possui papel fundamental no desenvolvimento da linguagem e aprendizagem da criança. O espaço escolar possui técnicas e instrumentos, que facilitam o desenvolvimento através da relação e do ambiente lúdico.

A escola possui papel fundamental no desenvolvimento da linguagem e aprendizagem da criança. O espaço escolar possui técnicas e instrumentos, que facilitam o desenvolvimento através da relação e do ambiente lúdico. Então para atingir o objetivo desse trabalho foram entrevistados uma psicóloga escolar e uma pessoa do senso comum.

### METODOLOGIA

A metodologia utilizada no artigo foi uma pesquisa qualitativa, com uso de ferramentas como roteiro de entrevista semi – estruturada e referencial teórico que será a base do artigo. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas no período de Fevereiro a Junho de 2017.

A entrevista foi realizada com uma psicóloga escolar em seu local de trabalho, e uma pessoa de senso comum em sua residência. A escolha desses sujeitos deu – se para melhor responder aos objetivos do artigo. Foi elaborado um roteiro de perguntas semi - estruturadas com objetivo de obter respostas sobre os processos psicológicos básicos de linguagem e aprendizagem e a intervenção nos casos de dificuldade de aprendizagem e linguagem.

O presente estudo se fundamentou nos princípios da bioética, respeitando os aspectos estabelecidos na Resolução 466/12, nomeadamente os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça de acordo com o parecer do Comitê de Ética nº 1.795.390.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### VISÃO DA APRENDIZAGEM

A aprendizagem esta muito ligada a questão do conhecer, é saber o que é algo que eu não sabia, que eu não conhecia e que ali eu vou ter a oportunidade de conhecer, aprender, conhecer coisas que eu não conhecia e vai de aprendizagem pedagógica na escola até aprendizagem social de como eu me relaciono como o mundo e vai me agregar evolução. (Psicóloga)



A aprendizagem é o ato de aprender é a forma de adquirir novos conhecimentos seja através do ensino regular ou de movimentos sociais, convívio familiar ou através de outras formas de adquirir novos conhecimentos. (Senso comum)

A visão sobre aprendizagem da psicóloga escolar e da pessoa do senso comum são bem coerentes, ambas concordam que aprendizagem esta relacionado a ato de aprender e que essa aquisição de novos conhecimentos pode ocorrer nos espaços formais de educação como a escolar ou nos nos espaços não formais de educação como a família ou movimentos sociais.

Segundo Nunes e Silveira (2009) aprendizagem em Vygotsky é um processo de apropriação de conhecimentos, habilidades, signos, valores, que engloba o intercambio ativo do sujeito com o mundo cultural onde se está inserido.

Vygotsky(1987) trás o conceito de intercambio social, pois existe a relação do que aprende e do que ensina. O psicólogo traz o conceito de dois tipos de aprendizagem: espontâneo; que são adquiridos nos contextos cotidianos de atividade da criança, como os papéis de cada membro da família (pai, mãe e irmão) a função dos objetos e utensílios domésticos( para que servem a colher, prato, cadeira). E científicos; adquiridos por meio do ensino, como, por exemplo, os conceitos matemáticos de números decimais, conjuntos, variáveis e os conceitos de verbo, adjetivo, substantivo, vinculados á compreensão da linguagem escrita.

## **VISÃO SOBRE LINGUAGEM**

Existem vários tipos de linguagem e que linguagem é quando eu consigo me comunicar. (Psicóloga).

Linguagem é a forma de se comunicar seja através da fala ou de sinais a entrevistada exemplificou á linguagem brasileira de sinais, libras como uma forma de linguagem.(Senso Comum).

As entrevistadas concordam em afirmar que a linguagem é uma forma de se comunicar e a entrevistada do senso comum ainda enfatiza a linguagem brasileira de sinais como uma forma de comunicação.

Segundo Papalia, Feldman (2013) a linguagem é um modo de comunicação baseada em palavras. Quando as palavras são familiarizadas a criança pode usá-las para demonstrar objetos, ações, comunicar suas necessidades, sentimentos e ideias, assim, tendo mais equilíbrio sobre sua vida.

Segundo Nunes e Silveira (2009) Vygotsky afirma que a linguagem faz parte das funções superiores, para que a criança se aproprie dos conhecimentos e se desenvolva é necessário que ela utilize signos culturais que mediam sua relação com o meio. Os signos podem ser sistemas simbólicos como linguagem, símbolos algébricos, sistemas de representação gráfica e outros.

## **DIFICULDADES DE LINGUAGEM**

Os principais déficits de linguagem são atrasos de fala, desestruturação da fala, desorganização da fala, dislexia, a linguagem que não comunica, crianças com traços de autismo, ou casos de que a fala não aparece, existe os casos de crianças que não tem a fala e usam fichinhas, para favorecer á linguagem, por que não tem a linguagem oral e a escola trabalha para favorecer que a linguagem apareça. ( Psicóloga)

Poucas escolas públicas tem atendimento educacional especializado. As crianças com dificuldade de linguagem são pouco assistidas as escolas públicas não tem psicólogo ou psicopedagogo, as salas são super lotadas não tem como o professor dar conta da sala de aula e dar atenção especial as crianças com necessidades especificas de linguagem.(Senso Comum)

De acordo com a fala das entrevistadas é perceptível uma diferença no atendimento das crianças com dificuldade de aprendizagem na escolar pública e na escolar particular. A psicóloga escolar exemplifica as dificuldades de linguagem e afirma que a escolar trabalha para que a linguagem apareça. A pessoa do senso comum afirma que as crianças da escola pública são pouco assistidas pois as instituições públicas não possuem psicólogo ou pedagogos e as salas são super lotadas. Existe uma divergência na qualidade de atendimento das crianças com dificuldade de linguagem, pois a escolar pública não possui condições apropriadas para lidar com essa demanda.

Segundo Nunes e Silveira (2009) o sujeito utiliza os signos para atuar no mundo, podendo planejar, realizar reflexões mais complexas e compreender de forma mais refinada a realidade, a linguagem e as interações sociais são elementos cruciais na formação da consciência humana. A linguagem, por sua vez, não é apenas expressão do pensamento, mais é a criação de imagens e sentidos internos. É um tipo de atividade superior, que se diferencia de ações mais elementares como os reflexos e as atividades limitadas á percepção imediata da realidade.

Segundo a psicóloga escolar entrevistada as intervenções utilizados nos casos de dificuldade de linguagem acontecem em parceria com a fonoaudióloga, psicóloga, professores e a coordenação, a profissional de psicologia

percebe a criança como um todo, observa como ela se comunica, ela percebe que o não se comunicar traz angústia à criança. A psicóloga acompanha a criança para favorecer estratégias para que a linguagem apareça e para perceber como a criança lida com a dificuldade que ela apresenta e quais as estratégias possíveis. A psicóloga informa que supervisiona, conversa com professores, família, acolhe, e acompanha.

Outro ponto destacado está relacionado a linguagem. A linguagem é um modo de comunicação baseada em palavras. Quando as palavras são familiarizadas a criança pode usá-las para demonstrar objetos, ações, comunicar suas necessidades, sentimentos e ideias, assim, tendo mais equilíbrio sobre sua vida. (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Se não forem trabalhadas pode acarretar a perda do lugar no social de se relacionar no grupo, que o outro não o entenda, isso gera uma angústia, não ser acolhido pelo outro, de não ter entendimento do que a sociedade diz. A psicóloga relata que existem crianças que tem dificuldade no processamento das informações, na compreensão do que o outro diz. A profissional ainda enfatiza que a linguagem é fundamental. (Psicóloga)

Se a pessoa não consegue se comunicar ela não consegue aprender, a linguagem é de extrema importância. A entrevistada exemplificou o caso de uma criança surda em uma sala de aula de ensino regular para que esta consiga aprender ela precisa de um intérprete de libras, para que possa se comunicar. (Senso comum)

As entrevistadas concordam sobre a importância da linguagem, a entrevista do senso comum afirma que se a pessoa não consegue se comunicar também não consegue aprender e a psicóloga afirma que se a dificuldade de linguagem não for trabalhada adequadamente pode ocorrer a perda do lugar social do sujeito.

## CONCLUSÃO

A pesquisa abordou a visão do psicólogo escolar e do senso comum sobre os processos psicológicos básicos de linguagem e aprendizagem. A importância da parceria entre direção, professor e psicólogo e família na busca de traçar estratégias para o desenvolvimento da criança que possui dificuldade de aprendizagem e linguagem.

A família possui papel importante no papel do desenvolvimento da linguagem e aprendizagem, como Vygotsky afirma a aprendizagem se dá na relação. E estimular e apoiar essa criança em casa e na escola em parceria com o professor e psicólogo é fundamental por que esse suporte das condições maiores de desenvolvimento a criança.

A impressão do senso comum sobre linguagem e aprendizagem foi coerente, e apresentou algumas semelhanças com os conceitos apresentados pela psicóloga escolar e o teórico utilizado. Ambos entrevistados concordam que se as dificuldades de linguagem e aprendizagem se não forem trabalhadas podem acarretar diversos problemas de desenvolvimento na criança inclusive a perda do papel social, de um lugar atuante na sociedade.

## REFERÊNCIAS

- NUNES, Ana Ignez Belém Lima; Silveira, Rosemary do Nascimento- Psicologia da aprendizagem: processos teóricos e contextos – Brasília: Liber livro 2009. 192 p – (Série Formar)
- PAPALIA, Diane E; FELDMAN, Ruth Duskin. Desenvolvimento humano. 12. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.
- VYGOTSKY, L.S. (1984). A formação Social da mente. São Paulo: Martins Cortez
- VYGOTSKY, L. S. (1987) *Pensamento e Linguagem*. São Paulo, Martins Fontes.

## AGRADECIMENTOS

Aos sujeitos entrevistados que participaram, voluntariamente, e contribuíram com as informações necessárias para essa produção.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SABERES E PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADO COM PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Níobe Guimarães Fernandes<sup>1</sup>, Amanda Cavalcante Frota<sup>2</sup>, Arilene Moreira Lins de Alexandria<sup>3</sup>, Delcilda Eugênia Souza Lopes<sup>4</sup>, Rafael Rolim Farias<sup>5</sup>, Rayan Ibiapina Campos<sup>6</sup>

1 Pós-Graduação em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza-CE-Brasil

2 Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro-RJ-Brasil.

3 Graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat, João Pessoa-PB-Brasil.

4 Pós-Graduação em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza-Ce-Brasil.

5 Mestrado em Artes Cênicas pela Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA-Brasil

6 Pós-Graduação em Administração Hospitalar – Centro de Ciências Empresariais e Sociais Aplicadas, Universidade Norte do Paraná, Sobral-CE- Brasil.

Email: [niobe\\_gf@yahoo.com.br](mailto:niobe_gf@yahoo.com.br)

Palavras-chave: Plantas Medicinais. Terapias Complementares. Atenção Primária à Saúde.

### INTRODUÇÃO

Dentre tantos saberes e práticas populares, as plantas e suas potencialidades terapêuticas possuem substancial valor. Na cultura popular brasileira, o uso de plantas medicinais tem suas origens nas práticas e saberes indígenas, posteriormente influenciados pela cultura africana e portuguesa.

Nos anos seguintes ao descobrimento do Brasil, com o apogeu do Iluminismo e em decorrência das descobertas científicas e tecnológicas na medicina e indústria farmacêutica, atenuou-se o uso das plantas medicinais, sendo este colocado em segundo plano e considerado como algo aliado à crença popular e sem evidências científicas (ALVES E SILVA, 2003).

Porém, nos últimos anos, as plantas medicinais reconquistaram espaço no meio acadêmico e instituições científicas, com proporcional agilidade em que seus princípios ativos começaram a ser industrializados. Cenário semelhante foi visualizado durante prática profissional na Estratégia de Saúde da Família e Comunidade no município de Canindé-CE, oportunizada pelo Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará, onde durante consulta e diálogo com os usuários do serviço de saúde verificou-se comumente a dedicação de crescente credibilidade às plantas medicinais e fitoterápicos, estes compreendidos como extratos vegetais, ou seja, de uma mistura de vários compostos. Porém, em diálogo com os agentes comunitários de saúde componentes da Equipe de Saúde da

Família Canindezinho, foi detectada heterogeneidade de posicionamentos a tal questão: alguns confiavam e creditavam mais nos fármacos industrializados, enquanto que outros revelaram insatisfação frente ao elevado custo destes fármacos e frente à [ainda existente] subestimação das potencialidades terapêuticas das plantas medicinais por parte de alguns dos usuários do serviço.

Diante disso, bem como da oportunidade de Canindé contar dentre seus filhos com uma mestra da tradição cearense em medicina popular, Mestre Odete - Maria Odete Martins Uchoa, surgiu-me o anseio de fomentar a valorização do conhecimento popular em plantas medicinais, tecendo uma temática de encontro entre cultura e saúde, vislumbrando a idéia de promover o *encontro* entre os saberes em plantas medicinais de Dona Odete Uchoa e os saberes e práticas populares de cuidado em saúde com plantas medicinais dos agentes comunitários de saúde (reconhecendo nestes a atuação como agentes multiplicadores e educadores em saúde). Cabe mencionar que, conforme Conselho Estadual de Preservação do Patrimônio Cultural do Ceará - COEPA (2007), os Mestres da Cultura atuam como “Tesouros Vivos do Ceará, fortalecendo o intercâmbio entre saberes e fazeres, e são os mantenedores das tradições coletivas”.

Tendo como objetivo, por sua vez, relatar, a partir da vivência grupal de educação em saúde, a experiência de promoção dos saberes e práticas populares de cuidado em saúde com plantas medicinais, buscando fomentar a valorização do conhecimento popular em plantas medicinais. E assim, a presente temática abordará sobre a promoção dos saberes e práticas populares em Plantas Medicinais e Fitoterápicos nos cuidados de saúde na Atenção Básica, tendo os agentes comunitários de saúde como principal público alvo das práticas vivenciais colaborativas dos mesmos com a mestra da cultura em medicina popular D. Odete Uchoa, canindeense nomeada (em 2007) pela Secretaria da Cultura do Ceará – Secult.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência acerca dos cuidados em saúde com o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, realizado durante atuação como enfermeira residente - pelo Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - na Equipe de Saúde da Família (eSF) Canindezinho, localizada na zona urbana do município de Canindé-CE.

Conforme Cavalcante e Lima (2012), o relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que possui uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

O relato resultou da vivência grupal de “Saberes e Práticas Populares em Plantas Medicinais”, que foi direcionada inicialmente ao público-alvo de 07 agentes comunitários de saúde (ACS) componentes da eSF Canindezinho, e contou como sujeitos co-facilitadores a Mestre da Cultura D. Odete Uchoa e sua discípula de caminhada - em defesa do cuidado em saúde com plantas medicinais - Francisca Leitão (ambas integrantes do Centro de Medidas Alternativas a Serviço da Saúde- CEMEASS). Bem como contou com participação colaborativa dos autores do presente estudo e, emergindo a possibilidade de inserir outros atores na partilha e troca de saberes e experiências, foram convidados a coparticiparem da vivência: profissional nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), duas médicas cubanas do programa Mais Médicos, fisioterapeuta residente, enfermeiro de eSF, psicopedagoga da Secretaria Municipal de Assistência Social, um representante do movimento social de mulheres do município de Canindé e um membro-representante do Conselho Municipal de Saúde (de categoria profissional ACS), totalizando assim 18 atores participantes da vivência.

A vivência grupal ocorreu durante três finais de semana no mês de Março de 2015, na Casa da Mulher (nos dois primeiros finais de semana) – instituição localizada no centro da cidade, vinculada a Secretaria de Saúde do município de Canindé e sede de ações e movimentos de promoção à saúde da Mulher (acupuntura, aulas de biodança, massagem, meditação, rodas de conversas, formação e educação popular, dentre outros serviços). E no terceiro final de semana, ocorreu na sede do CEMEASS – considerado uma organização não governamental, sem fins lucrativos, com sede e foro na cidade de Canindé-CE, que tem por objetivos: resgatar a sabedoria popular com relação às plantas medicinais; preservar a natureza; e favorecer a educação em saúde de grupos comunitários.

Totalizando-se um percurso de cinco dias de encontro, cada qual com duração de 04 horas e 30 minutos, e abordando questões relacionadas à presente temática e contou com dinâmica metodológica o círculo de cultura de Paulo Freire. Sendo que o procedimento para coleta de dados na vivência, ocorreu com registros fotográficos e registro escrito em diário de campo das fala/ações/materiais produzidos pelo grupo, contribuindo ao exame do corpus de pesquisa, no registro, na descrição e na análise da informação. E a descrição e a organização dos resultados constaram de transcrição das informações coletadas com registro de falas na íntegra, ordenadas mediante narração e discussão. Observaram-se os princípios éticos, onde os dados apresentados procederam de observação simples, registrada através de anotações de campo. E ao final dos encontros/ vivência, decorreu-se a análise e interpretação dos resultados, pelo grupo, do significado da experiência para cada participante.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro dia de encontro, reunidos em círculo, foram observados rostos marcados de expectativa. Ao se aproximarem e comporem o grande círculo e inserissem, realizou-se momento de acolhimento e de autoapresentações para/com o grupo.

Após o acolhimento e agradecimento pela presença de todos, soou forte o aguardo destes pela motivação do convite, sendo lhes apresentada a temática e os objetivos da vivência. Bem como reforçado a metodologia de construção participativa do saber e da cultura em que se dariam os encontros, constituindo-se todos como sujeitos autônomos e co-responsáveis tanto da dinâmica de grupo, como da construção e partilha democráticas do conhecimento.

Em continuidade, ainda em círculo, foram apresentando-se e relatando sua familiaridade ou não com os Saberes e Práticas Populares em Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Dialogicamente discutiu-se o que são fitoterápicos, a diferença entre estes e o termo plantas medicinais, algumas precauções em relação ao uso de ambos e o papel da ANVISA com relação aos mesmos. Teceu-se também sobre a contribuição da Mestre da Cultura ao Centro de Medidas Alternativas a Serviço da Saúde (CEMEASS), sobre a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (2006), o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (2008), a Farmácia Viva no âmbito do SUS e sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (2013).

No segundo final de semana, abordamos as contribuições nutricionais das plantas para a promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças, fomos contemplados com uma vivência de Biodança, conversamos sobre os doze (12) fitoterápicos inclusos no Renome 2014: alcachofra, aroeira, babosa, cáscara-sagrada, espinheira-santa, garra-do-diabo, guaco, hortelã, isoflavona-de-soja, plantago, salgueiro, unha-de-gato. E nos divertimos com a dinâmica

*Acerte o Verde*, onde cada participante tinha a chance de escolher duas amostras aleatórias de vegetal exposto sobre a mesa e dizer os respectivos nomes populares, a parte usada e suas aplicações terapêuticas, possibilitando a oportunidade de contribuição dos demais participantes durante exposição de cada amostra de vegetal escolhida.

Discutimos no *Acerte o Verde* as contribuições fitoterapêuticas das seguintes plantas medicinais: abacate, abacaxi, alho, agrião, alecrim-pimenta, alfavaca, arruda, boldo-do-chile, capim-santo, cebola, cidreira, chanana, coronha, coentro, cravo-da-índia, camomila, canela, coco, copaíba, endro, erva-doce, espinafre, gergelim, machiche, mastruz, marcela, malvarisco, mostarda, noni, própolis, salsa semente de girassol, quebra-pedra, urucum.

No terceiro final de semana, o grupo teve a oportunidade de unir teoria e prática, pois vivenciamos o preparo do composto de babosa (utilizado para o tratamento de gastrite, úlceras gástricas, reumatismo, asma, hemorroidas e prevenção de hiperplasia benigna prostática). Neste encontro, reunimo-nos na sede do CEMEASS. Momento em que tive oportunidade de observar a aproximação mais dedicada da maioria das participantes do sexo feminino, enquanto que os dois representantes de sexo masculino (da categoria de Agentes Comunitários de Saúde) tiveram bastante atentos, porém, um pouco recuados no fazer (do transformar a matéria prima em outra formulação).

Ainda no terceiro final de semana, dialogou-se sobre o valor da clorofila e das fibras para a promoção da saúde, foram discutidos os dez (10) mandamentos para o bom uso das plantas medicinais: 1- coletar as plantas corretamente; 2- coletar a planta na hora apropriada; 3- saber a parte da planta a ser usada; 4- secar e conservar corretamente; 5- saber como preparar; 6- saber quando tomar; 7- saber a quantidade para preparo, para toma e o tempo de uso e de validade do preparo; 8- conhecer as propriedades terapêuticas da planta; 9- conhecer as contraindicações para seu uso; 10- não se basear no livro “Letra Morta” e sim no livro “Letras Vivas” da vida do Povo. Bem como, foram apresentadas algumas das plantas e produtos naturais produzidos pela mestra da cultura D. Odete em parceria com o CEMEASS: Melão São Caetano (com propriedades digestivas e laxativas), Amora Miúra (usada no tratamento de Diabetes Melitus, dislipidemia e dos sintomas do climatério), Xarope de Cumaru (expectorante), Extrato de maçã (para tratamento de insônia), Preparo de Babosa (para tratamento de gastrite e úlceras gástricas, e prevenção de hiperplasia benigna prostática), Vinho Medicinal à base de graviola, alecrim e carajuru (atua na prevenção de doenças cardiovasculares), Tintura do Cajueiro (com propriedades anti-inflamatórias).

Desse modo, aos participantes, marcou o desafiador chamado – enquanto educadores em saúde – ao fortalecimento da inserção das práticas integrativas e complementares com o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no cotidiano da saúde pública, bem como à conscientização e mobilização da comunidade para o empoderamento e aplicação de seus saberes e práticas em plantas medicinais e fitoterápicos.

E tal vivência de grupo alertou-nos que apesar das evidentes iniciativas de incentivo por parte da OMS e do Ministério da Saúde para a incorporação de práticas integrativas e complementares com uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos serviços de saúde - representando uma expansão no processo de cuidar na Atenção Básica em Saúde – existe ainda uma significativa necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para que eles se sintam confiantes em suas prescrições e orientações ao uso seguro e eficaz dos fitoterápicos e plantas medicinais.

## CONCLUSÃO

A vivência possibilitou aos seus atores-participantes visualizar o quão frequente se faz o uso de plantas medicinais e fitoterápicos no seu autocuidado e cuidado de saúde de familiares e comunidade. Instigando os mesmos à vivência de uma reflexiva percepção da necessidade de fortalecimento do diálogo entre os diferentes saberes populares e científicos para a efetiva e segura inserção das plantas medicinais e fitoterápicos nos serviços de saúde. Possibilitando o esclarecimento quanto à oportunidade de valorização da biodiversidade Brasileira em prol da melhoria de saúde da população, sendo necessário a formação de profissionais capacitados técnico-cientificamente e que reconheçam e dialoguem o conhecimento popular.

E, apesar da considerável aceitação do uso tradicional da fitoterapia por parte da comunidade, detecta-se o desafio relacionado à gestão municipal das práticas integrativas e complementares para a oferta e uso seguro e eficaz das plantas medicinais e fitoterápicos. Assim, não basta-nos ter fitoterápicos e plantas medicinais inclusos na Renome, se os mesmos não estiverem também inclusos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume).

## REFERÊNCIAS

- ALVES D. L.; SILVA C. R. **Fitohormônios: abordagem natural da terapia hormonal**. São Paulo: Atheneu, 2002.
- ANVISA. Medicamentos Fitoterápicos. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)**; 2007. Decreto nº 5813 de 23/06/2006. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>
- BRANDÃO, C.R. **O que é método Paulo Freire**. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.

BRASIL . Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Atitude de Ampliação de Acesso. 2006.

Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **A fitoterapia no SUS e o programa de pesquisas de plantas medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília; Ministério da Saúde; 2006. 148 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia\\_no\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2014**. 9. ed. rev. e atual. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

CAVALCANTE, B.L.L; LIMA U.T.S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **J Nurs Health**, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;1(2):94-103.

DAMASCENO, C.F. **Educação popular em saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus – adulto (DM2) e profissionais**[dissertação]. Fortaleza:Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2003.

GALVANI, P. **A autoformação, uma perspectiva transpessoal, transdisciplinar e transcultural**. In: 2.º Encontro Catalisador do CETRANS da Escola do Futuro da USP, Guarujá, de 8 a 11 de junho de 2000.16p. Anais eletrônicos. Guarujá, 2000. Disponível em<[http://www.cetrans.futuro.usp.br/encontros/catalisador/2encontro\\_catalisador/cgavani](http://www.cetrans.futuro.usp.br/encontros/catalisador/2encontro_catalisador/cgavani)>

GOMES, L. B. **O cuidado e a educação popular em saúde** [recurso eletrônico]– 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Ressalto nossa gratidão à oportunidade de mútua colaboração e de aprendizagem de saberes e práticas vivenciados junto à comunidade, aos mestres da cultura popular e aos profissionais de saúde do município de Canindé, durante o processo de formação em serviço proposto pela Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONTRIBUIÇÕES DE UMA LIGA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM MEDIANTE AÇÃO EDUCATIVA SOBRE TUBERCULOSE

Ingrid Grangeiro Bringel Silva<sup>1\*</sup>, Thiáskara Ramile Caldas Leite<sup>2</sup>, Maria do Socorro Vieira Lopes<sup>3</sup>, Edilma Gomes Rocha Cavalcante<sup>4</sup>.

1 Enfermeira, mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, da Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará, Brasil. Email: [ingrid\\_gbringel@hotmail.com](mailto:ingrid_gbringel@hotmail.com)

2 Enfermeira, mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, da Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará, Brasil.

3 Enfermeira, doutora em enfermagem (Universidade Federal do Ceará), professora adjunta da Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará Brasil.

4 Enfermeira, doutora em Enfermagem (Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo), professora adjunta da Universidade Regional do Cariri.

Email: [ingrid\\_gbringel@hotmail.com](mailto:ingrid_gbringel@hotmail.com)

Palavras-chave: Enfermagem. Tuberculose. Controle. Liga Acadêmica.

### INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK) que ainda representa um problema de saúde pública no mundo (Brasil, 2011). Pode ser apresentada através das formas extrapulmonar e pulmonar, sendo esta mais frequente, e também a mais relevante para a saúde pública, descrita como principal responsável pela transmissão da doença (BERTOLOZZI et al., 2014).

Por ser uma doença em que a cura é possível, a equipe multiprofissional em saúde deve interagir entre si proporcionando informação e transmitindo confiança para que o usuário não abandone o tratamento. A enfermagem por criar um vínculo maior com o paciente, tem um papel fundamental na promoção da saúde, por isso deve estar bem capacitada para atuar de forma eficiente nos cuidados à pessoa com tuberculose (DUARTE; BRAGA; BRAGA, 2012).

Nesse sentido, considerando o processo de formação do enfermeiro, a Resolução nº 3 do Conselho Nacional de Educação institui as diretrizes curriculares do curso de enfermagem, as quais orientam a formação profissional para atuar nos distintos níveis de atenção em saúde. A formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde, e assegurar a integralidade da atenção, bem como qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, aprofundar estudos acerca dos indivíduos que são acometidos por agravos e doenças, à exemplo da tuberculose, torna-se essencial para assentamento de uma assistência cada vez mais humanizada e voltada para o atendimento das reais necessidades dos usuários nos serviços de saúde. Tais necessidades contemporâneas exigem que os profissionais assumam um novo perfil, capazes de atender essas demandas de forma crítica e reflexiva. Deste modo, emerge a reflexão acerca da integração entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária, essa última como responsável pela apresentação de uma diversidade conceitual e prática, interferindo no pensar e no fazer dentro da universidade (HAMAMOTO FILHO, 2011).

A extensão universitária implica na formação do aluno, do professor e da sociedade; tem como base a contribuição e o compromisso com a construção de uma sociedade crítica, autônoma e produtora de conhecimento, de modo a gerar autonomia e participação nas decisões e resoluções para as questões demandadas pelo contexto, pelos sujeitos e pelo entorno social geral, além de complementar a formação dos universitários propiciando a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos nas atividades de ensino (GONÇALVES et al., 2009).

As ligas acadêmicas são consideradas métodos que podem viabilizar demandas das universidades. Elas se configuram como grupos compostos por alunos, organizados formalmente, para aprofundar os seus conhecimentos em uma área do conhecimento que seja permeado por lacunas tanto no âmbito da pesquisa quanto da assistência direta à saúde, tendo as atividades direcionadas por um docente (AZEVEDO; DINI, 2006).

Dessa forma, o objetivou-se relatar as contribuições de uma liga acadêmica de enfermagem por meio de ação educativa sobre tuberculose.

### METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado na Universidade Regional do Cariri, durante o mês de março de 2017, considerado mês alusivo ao desenvolvimento de ações de combate à tuberculose em âmbito mundial, com o objetivo de contribuir para o controle da tuberculose. A intervenção educativa foi realizada por

docentes e discentes dos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem que integram a Liga de Ensino, Pesquisa e Extensão das Doenças Negligenciadas (LIDONE). A LIDONE representa um projeto de extensão que tem como objetivo desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde no que diz respeito às doenças negligenciadas com ênfase em hanseníase e tuberculose.

A ação, denominada CineLIDONE, teve como temática o controle da tuberculose e foi direcionada aos estudantes da graduação em enfermagem. Houve divulgação prévia da ação mediante elaboração e afixação de cartazes sobre a ação educativa no espaço universitário, assim como divulgação em recursos midiáticos (facebook e instagram). Para a realização do CineLIDONE, foram utilizados projetor multimídia, notebook e caixa amplificadora de som, além do oferecimento de pipoca aos participantes durante a exibição dos documentários.

Os facilitadores da liga estruturaram o CineLIDONE em duas sessões, e para cada sessão, exibiu-se documentários diferentes com duração média de 15 minutos. No primeiro grupo de participantes foi exposto o documentário: “Tuberculose – propostas Inovadoras – O que é saúde?”. Na segunda sessão o documentário exibido foi: “Tuberculose – propostas Inovadoras – Prisões livres de TB”. Ambos os documentários são produtos de elaboração O Fundo Global de Luta Contra AIDS, Tuberculose e Malária.

Após a exibição de ambos os documentários, realizou-se debate problematizador norteado pelas seguintes indagações: o que caracteriza os sinais, sintomas e transmissibilidade da tuberculose? Quem são os responsáveis pelo cuidado à saúde da pessoa com tuberculose? Qual a relevância da atuação do profissional de enfermagem frente à doença?

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da atividade educativa, um total de 24 estudantes que cursavam entre o segundo e nono semestres do curso de graduação em enfermagem. Na exibição dos documentários, identificou-se boa interação do grupo e emergiram discussões a partir da problematização proposta, surgindo discursos dos participantes que versaram sobre o alto índice de casos da tuberculose no Brasil e na região Nordeste, onde ocorrera a ação educativa.

Quanto aos sinais, sintomas e transmissibilidade da doença, os participantes responderam satisfatoriamente à indagação, ao afirmarem que a mesma pode ser caracterizada pela presença de tosse com ou sem expectoração, há mais de três semanas, febre baixa e perda de peso. Entretanto, ao falarem sobre a transmissibilidade, expressaram dúvidas sobre qual tipo de máscara utilizar e se o beijo pode transmitir a doença. Os questionamentos foram posteriormente esclarecidos pelas facilitadoras.

Os conhecimentos acerca da tuberculose devem sempre ser atualizados, principalmente os que envolvem medidas de biossegurança, como a proteção individual adequada, e também as medidas de controle da doença. Além disso, conceitos e fatores de vulnerabilidades devem ser conhecidos pelos estudantes das áreas da saúde considerando que esses indivíduos são susceptíveis de contaminação nos espaços curriculares que ocupam (MUSSI; TRALDI; TALARICO, 2012).

Discuti-se, também, sobre a importância do profissional de enfermagem na assistência à saúde da pessoa com tuberculose. As narrativas fizeram menção de que o enfermeiro assume o papel central no diagnóstico, tratamento e cura, pelo fato de estar à frente da unidade básica de saúde, acompanhando o paciente de forma direta e contínua.

Os discursos dos participantes são corroborados por Freitas et al (2013), ao afirmar que o profissional enfermeiro deve assumir papel de liderança na prevenção e controle da tuberculose, por possuir maior vínculo com a comunidade, o que facilita a inserção desses indivíduos em ações de promoção de saúde, como palestras, projetos, oficinas, com objetivo de informar, conscientizar e solucionar as dúvidas dos usuários.

O profissional tem contato com toda a família, com os pais desde que levam a criança para tomar a vacina contra o Bacilo Calmette Guérin (BCG), momento em que o enfermeiro pode fazer uma consulta de enfermagem completa com o objetivo identificação dos sintomáticos respiratórios e diagnóstico precoce (FREITAS et al., 2013).

O último momento foi reservado para os participantes fazerem uma breve avaliação da ação educativa. Os discentes avaliaram de modo positivo o momento, ao considerarem uma iniciativa diferenciada de discussões sobre a tuberculose promovido pela liga acadêmica. Dessa forma, compreende-se que através da perspectiva problematizadora que orientou a ação educativa realizada pela LIDONE foi desenvolvido um momento dialógico, atingindo os objetivos propostos e fortalecendo a atuação da liga enquanto entidade que contribui no processo formativo dos estudantes. Assim, as ligas assumem sua importância no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento do discente, com maior ênfase na aquisição do conhecimento, ampliação do senso crítico e desenvolvimento do raciocínio científico (QUEIROZ et al., 2014).

Ademais, os discentes manifestaram interesse em participar de mais ações semelhante à que foi desenvolvida, pois foi considerada propícia para a discussão e troca de experiências, ao promover uma interação entre acadêmicos de diversos semestres. Considera-se, pois, que as atividades de ligas acadêmicas são espaços ativos, onde



diferentes abordagens metodológicas que integram os saberes das ciências da saúde serão propostos, integrando ainda mais o ensino, a pesquisa e a extensão (SILVA, 2013).

De modo geral, as ligas devem atuar como um espaço em que o conhecimento científico seja utilizado a favor da sociedade, melhorando assim a relação desta com a universidade, proporcionando o direcionamento para a melhoria do conhecimento dos seus membros, da pesquisa científica e da promoção à saúde dos usuários, família e comunidade (PANOBIANCO, 2013).

## CONCLUSÃO

A intervenção educativa proporcionou aos participantes um momento de aprendizado, em que tiveram a oportunidade de se expressar, de compartilhar seus saberes prévios, de sanar dúvidas e de construir de forma conjunta o entendimento a respeito do controle da tuberculose, fato que atendeu à premissa da educação problematizadora, que é a valorização do conhecimento do discente, proporcionando-lhe participação ativa e autônoma no processo educativo.

Para as facilitadoras foi um momento valioso em que, além de compartilharem o conhecimento científico, puderam romper com a transmissão verticalizada do conhecimento que comumente é realizada no espaço universitário, transcendendo os métodos tradicionais de ensino.

Enfatiza-se o relevante trabalho educativo desenvolvido através de ligas acadêmicas, à exemplo da LIDONE, como iniciativa do desenvolvimento de práticas dialógicas, ativas e críticas no ambiente da universidade e para além dela, visando contribuir e fortalecer o processo de formação de futuros profissionais de saúde. Além disso, dada a experiência realizada, os integrantes da liga acadêmica compreenderam a necessidade de desenvolver atividades semelhantes, como forma de promover a continuidade da melhoria no processo de formação profissional.

## REFERÊNCIAS

- Bertolozzi MR, et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Rev Med** (São Paulo). abr.-jun. v. 93, n.2, p. 83-9. 2014
- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº. 03, de 07 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da união 09 nov 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília, DF. 816 p. 2011
- CAVALCANTE, B. L. L.; LIMA, U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **J Nurs Health**, Pelotas (RS), v. 1, n. 2, jan/jun, p.94- 103. 2012
- DUARTE, A. S. C.; BRAGA, A. L. S.; BRAGA, S. N. S. A Tuberculose Pulmonar em ambiente hospitalar: Uma revisão sobre o papel do enfermeiro. **Rev. de Pesq. Cuid. Fundam.** V. 4, n.1, p. 2714-22. 2012
- Freitas, K.G; SOBRINHO, E.C.R; PIAI, T.H; FIGUEIREDO, R.M. Conhecimento de auxiliares de enfermagem da saúde da família sobre Tuberculose. **Rev. Rene.** V.14, n.1, p. 3-10. 2013.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GONÇALVES, R.J; FERREIRA, E.A.L; GONÇALVES, G.G; LIMA, M.C.P, RAMOS-CERQUEIRA ATA, KERR-CORREA F ET AL. Quem Liga para o Psiquismo na Escola Médica? A Experiência da Liga de Saúde Mental da FMB – Unesp. **Rev Bras Educ Med.**; v. 33, n.2, p. 298-306. 2009
- Iseman MD, Tuberculose. In: Goldman L & Ausiello D. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 22. ed. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, p. 2211-2220. 2005.
- MUSSI, T.V.F; TRALDI, M.C; TALARICO, J. N. S. O conhecimento como fator de vulnerabilidade à tuberculose entre alunos de graduação e profissionais de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** v. 46, n. 3, p. 696-703. 2012
- PANOBIANCO, M. S.; *et al.* A contribuição de uma liga acadêmica no ensino de graduação em enfermagem. **Rev Rene.** v.14, n.1, p.169-78, 2013.
- SILA, S.A. As perspectivas das ligas acadêmicas no processo de formação dos estudantes de saúde na Universidade de Brasília. 2013. 100f. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 2013.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro para desenvolvimento do estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## REPERCUSSÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA EM SAÚDE NA ADESÃO DE FAMILIARES CUIDADORES NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL OU NA PREVENÇÃO DE RISCO DESSE AGRAVO

Amábili Couto Teixeira de Aguiar<sup>1\*</sup>, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup>, Kátia Alves Ferreira Rodrigue<sup>3</sup>, Paula Dayanna Sousa dos Santos<sup>4</sup>, José Iran das Chagas de Oliveira Júnior<sup>5</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim<sup>2</sup>.

1 Hospital Geral Dr Waldemar de Alcântara (HGWA), Fortaleza-Ceará

2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil. zeliasantos@unifor.br

3 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Eusébio-Ceará-Brasil

4 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza- Ceará-Brasil. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA). Fortaleza-Ceará-Brasil.

Email: amabilicouto@yahoo.com.br

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Educação em saúde. Cuidador.

### INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) maior ou igual a 140 e/ou 90 mmHg. Atinge grande parte da população mundial e, quando não tratada adequadamente, traz grandes e graves complicações aos seus portadores. Partes destas alterações são decorrentes da não adesão ao tratamento ou realizado de forma inadequada. Associa-se com frequência a alterações metabólicas, funcionais e/ou estruturais de órgãos alvos. É agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como obesidade abdominal, dislipidemia, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Associa-se independentemente com eventos cardiovasculares (CV) como morte súbita, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica e doença renal crônica, fatais e não fatais. As complicações ocorrem por comprometimento de órgãos-alvo (rins, coração, encéfalo e vasos sanguíneos) (SBC, 2016).

Trata-se da principal causa de óbito prevenível no mundo, sendo responsável por 13,0% das mortes. Em 2000, a prevalência mundial era estimada em torno de 26,0%, devendo passar para 29,0% em 2025, considerando apenas o aumento populacional e a composição etária. Esse percentual equivale a aproximadamente 1,56 bilhão de pessoas afetadas. Na América Latina, a HAS afeta mais de um terço da população (KARAKURT e KASIKÇI, 2012).

A atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS), considerando-se a interação e a participação familiar, tem sido abordada e destacada por inúmeros estudos, onde, cada vez mais, encontram-se trabalhos que evidenciam o sucesso que pode resultar da associação entre o cuidado familiar e o cuidado profissional (LOPES e MARCON, 2009).

A família é primordial no cuidado dos seus membros, tanto em condições de saúde como doença, e sua importância tem sido relacionada a uma maior adesão ao tratamento por indivíduos com algum problema de saúde, especialmente quando a mesma é incluída como participante no processo saúde- doença, já que ela contribui de forma substancial na promoção da saúde (SQUARCINI *et al*, 2011).

O Enfermeiro tem a missão de fomentar o cuidado no seio familiar, permitindo que a família absorva o *fazer* dentro das suas atividades diárias, realizando-as de forma segura e adequada. Tal tarefa visa à promoção da saúde, bem como à participação da família no cuidado, através da educação em saúde.

No entanto, de acordo com Stipp (2008), os hábitos de vida de modo geral interferem na promoção da saúde, na prevenção e no desenvolvimento das doenças do coração e do sistema circulatório. Sendo assim, a identificação dos fatores de risco deve ser realizada para promover uma orientação mais eficaz, principalmente para que estas cheguem aos ambientes familiares e instituições educacionais, atingindo crianças e adultos. Assim, capacitando as pessoas a cuidar de si mesmas e dos familiares que estão, de certo, sobre a sua responsabilidade.

Ao longo dos anos de experiência na prestação de cuidados a pessoas com doenças crônicas, inscritas no Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) em Fortaleza-Ceará, tem-se observado familiares cuidadores (FC) hipertensos não aderentes às condutas de controle da HAS, e aqueles normotensos com estilo de vida compatível com o surgimento deste agravo, e quando indagadas sobre este fato, frequentemente há referência à priorização do

tempo dedicado ao cuidado do familiar doente. Contudo, se percebe também déficit de conhecimento relacionado à HAS, às condutas de controle e de prevenção dos fatores e risco.

A família vem ficando à margem no planejamento dos cuidados pelas Equipe de Saúde (EqS) ou Equipes Saúde da Família (EqSF), cujo foco tem sido o indivíduo, na condição de usuário que se encontra hospitalizado ou dependente no domicílio, em áreas adstritas a estas equipes. Entende-se, preliminarmente, que, ao não incluir a família em seu plano de cuidados, não há avanço na proposta de um modelo assistencial orientado segundo os preceitos da promoção da saúde e pelo princípio da integralidade (COSTA, 2014).

Então, a EqS do SAD deve prestar cuidados também aos FC, principalmente investindo na prevenção e promoção da saúde. Esses cuidados fundamentar-se-ão na educação em saúde (ES), porque os emponderará para o autocuidado com sua saúde e seu bem-estar.

O uso de tecnologias da informação e comunicação (TIC) desenvolve-se rapidamente e são empregadas com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento de patologias crônicas como a HAS. De grande importância é a utilização das tecnologias com a finalidade de favorecer a comunicação entre profissionais de saúde e os usuários. São centradas nos cuidados à pessoa e através de informações clínicas sobre a patologia. Objetiva tornar a pessoa mais consciente acerca do caráter assintomático e da natureza crônica da HAS e auxilia também no estímulo motivacional para a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Educação efetiva deve ser realizada de forma contínua com a finalidade de resultar em mudanças comportamentais. Há um grande desafio em integrar todos os profissionais de saúde com os usuários para que ocorram estas mudanças (SANTOS, 2013).

Mediante da problemática da HAS para a Saúde Pública, e em particular o estilo de vida dos FC susceptível ao risco da HAS e de outros agravos, optamos por este estudo, com o objetivo de analisar a repercussão da aplicação da Tecnologia Educativa em Saúde na adesão do Familiar Cuidador com hipertensão arterial sistêmica às condutas de controle, e daquele sem este agravo, às condutas preventivas dos fatores de risco.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa participante realizada no Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) de um hospital público de Fortaleza-Ceará-Brasil, cuja missão é prestar serviços de saúde com qualidade, em nível secundário, aos usuários do SUS referenciados pelas Centrais de Leitos do Estado do Ceará e do Município de Fortaleza-Ceará-Brasil.

Participaram do estudo 10 (dez) familiares cuidadores (FC), sendo quatro com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e quatro sem HAS, integrantes do SAD pertencente à instituição supracitada que assistiam as pessoas com doenças crônicas dependentes de cuidados, independentemente da idade, escolaridade, cor, etc. Denominamos FC, aquele membro da família que mais se destaca no cuidado com essa pessoa.

A Tecnologia Educativa em saúde (TES) intitulada “*Adesão do familiar cuidador às condutas preventivas do risco ou do controle da hipertensão arterial sistêmica*” foi elaborada com base nos pressupostos da educação em saúde. A aplicação da TES consistiu de 10 (dez) encontros semanais, com duração média de sessenta minutos.

Nos encontros foram desenvolvidas oficinas educativas por meio de dinâmicas de grupo (JALOWITZKI, 2012 e EMILITÃO, 2009) com abordagem dos temas: resgate com socialização do saber construído pela experiência relacionado com HAS e as medidas de prevenção e controle da HAS; discussão sobre a HAS como problema de Saúde Pública, e sobre cronicidade, assintomatologia, fatores de risco, diagnóstico e risco/gravidade; e condutas de controle da HAS e as preventivas do risco da HAS - alimentação saudável, prática regular do exercício físico, prevenção e combate do alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas, gerenciamento do estresse, uso regular da medicação antihipertensiva pelos FC hipertensos, bem como a guarda, conservação, efeitos terapêuticos e adversos, e desconfortos do esquema medicamentoso. Encerramos os encontros com a realização do *feedback* sobre a participação dos FC e uma autoavaliação destes, seguidas da elaboração de um “Plano de Ação” com vista à adesão às condutas de prevenção e/ou de controle da HAS.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2016, por meio das técnicas: entrevista, e observação participante. As entrevistas foram gravadas, conforme o consentimento prévio dos FC, e complementadas com as informações registradas durante os encontros no diário de campo. Os FC participaram de uma reunião apazada em consenso com a Direção da Intuição e da Coordenação do SAD, na qual foram expostos a natureza e os objetivos da pesquisa, e confirmada a anuência quanto à participação no estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o compromisso com a participação no estudo. Foram organizados a partir da análise de conteúdo, seguindo os postulados de Bardin (1977), conforme as etapas para a análise e interpretação dos dados coletados: *Pré-análise*, *Exploração do material* e *Tratamento dos resultados*. Desenvolvemos com base na Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS) (BRASIL, 2012). Os participantes foram identificados pelas letras FCH (FC com HAS) e FCN (FC sem HAS), seguidas da numeração relativa ao número de participantes (FCH1 a FCH4, e FCN1 a FCN4).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o processamento da análise, agrupamos os resultados nas categorias: caracterização sociodemográfica dos Familiares Cuidadores; e repercussão da aplicação da Tecnologia Educativa em Saúde “Adesão do familiar cuidador às condutas preventivas do risco ou as de controle da hipertensão arterial sistêmica”

### Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores

Os familiares cuidadores (FC) eram do sexo feminino; sete adultas (32 e 47 anos de idade) e uma idosa (60 anos); quanto ao estado civil – quatro casadas, duas separadas, uma solteira e uma viúva; em relação à prática religiosa – quatro católicas e quatro evangélicas; sete nasceram em outros municípios do Estado do Ceará e em Fortaleza-CE; três cursaram o ensino médio, três o ensino fundamental e duas iniciaram o ensino fundamental; três habitavam em imóvel próprio e cinco em imóvel alugado; a renda mensal individual era em torno de um salário mínimo (SM) vigente (R\$ 880,00) e a familiar era até quatro SM.

O vínculo família do FC, incluíam: uma filha, uma neta, cinco mães, e uma sogra; seis famílias eram do tipo nuclear e duas do tipo ramificadas. Aquelas que tinham ocupação remunerada fora do domicílio, duas costureiras, uma manicure, uma empregada doméstica, e uma artesã.

Os FC do estudo eram mulheres. Este achado corrobora com Maffioletti e Loyola (2006), quando fez uma reflexão sobre as práticas do cuidar, historicizando o que considera próprio da natureza feminina, que é a tarefa do cuidar. O que concorda com estudos anteriores como Diniz, Monteiro, Farias e Alves (2016), Yamashita *et al* (2010) e Aragão e Nunes (2009) sobre familiares cuidadores, evidenciaram que o grupo é constituído predominantemente por mulheres.

A baixa escolaridade apresentada pelas mulheres consiste tanto em um fator de risco para HAS, quanto em empecilho para adequada adesão ao tratamento e controle. Um estudo epidemiológico desenvolvido por Chor *et al* (2015), evidenciou variações importantes da HAS quanto a escolaridade, sendo a prevalência de 44% entre os que não completaram o ensino médio e de 28,4% entre os participantes que tinham pós-graduação. Já em estudos que avaliaram a relação entre adesão ao tratamento, como o de Noack *et al* (2013), o baixo nível educacional tem sido apontado como um dos mais importantes entraves.

### Repercussão da aplicação da Tecnologia Educativa em Saúde “Adesão do familiar cuidador às condutas preventivas do risco, ou as de controle da hipertensão arterial sistêmica”

Compreendemos como repercussão da aplicação da TES a partir dos relatos do FC: esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS); adaptação e mudanças nos hábitos; envolvimento no autocuidado; conscientização do risco da HAS e incentivo aos familiares sobre a prevenção; e agente multiplicadora do saber adquirido na família e na comunidade.

### Esclarecimentos de dúvidas sobre condutas de controle da HAS

*[...] tirei minhas dúvidas em relação a alimentação, exercício físico, aprendi que é importante tomar a medicação direitinho e fiquei mais atenta sobre isso [...]* (FCH1, 47anos). Em um dos objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2010), a transmissão do conhecimento acerca dos processos patológicos, embora não seja objeto da atenção da promoção da saúde, colabora para a capacitação individual e coletiva, e trazem reflexões significativas da visão da pessoa sobre si mesma, sua vulnerabilidade e a autonomia para desempenhar um papel na “prevenção dos fatores determinantes e/ ou condicionantes de doenças e agravos à saúde”.

### Adaptação e mudanças nos hábitos

*[...] mudou muitas coisas, eu estou tentando me adaptar, me alimentando melhor [...] o uso do sal que eu era acostumada, e achava que era normal e bom, aprendi que não é, cortei o refrigerante e coisas gordurosas, agora faço no Grill [...]* (FCN2, 32 anos). Baldissera *et al* (2008) considera o fator mais observado como determinante na escolha de estilos de vida é o prazer, sentido individualmente ao praticar comportamentos desejáveis. Sem compreender como as pessoas pensam e se sentem diante de seus problemas não se pode concretizar um processo educativo que vislumbre a mudança e sustentação de estilo de vida saudável.

### Envolvimento no autocuidado

*[...] me ajudou a ter mais cuidado com a comida, estou cuidando para não comer sal, a fazer meus exercícios físicos, a cuidar mais de mim [...]* porque apesar de eu cuidar do meu genro eu também tenho que cuidar de mim [...]

 (FCH5, 60 anos). Consideram-se, como aspectos fundamentais, o desenvolvimento de

habilidades que permitam ao portador de uma doença crônica uma postura mais crítica diante dos seus problemas de saúde, com capacidade de exercer um controle sobre si mesmo e o ambiente em que vivem (BALDISSERA *et al.*, 2008).

### **Conscientização do risco da HAS e incentivo aos familiares sobre a prevenção**

[...] *eu agora estou fazendo as comidas com mais consciência, diminui o sal e a gordura, estou fazendo caminhada e estou incentivando minhas cunhadas e minha irmã [...]* (FCN7, 37 anos). Tomar consciência dos riscos é mais do que saber o que se passa ao seu redor, para Freire (1980), o homem reage aos desafios que lhe apresenta seu contexto de vida, ele se cria, se realiza como sujeito, reflete, critica, inventa.

### **Agente multiplicadora do saber adquirido na família e na comunidade**

[...] *com certeza me ajudou muito, mudei fiquei mais segura em saber como fazer melhor os alimentos e posso até ensinar minha família e meus vizinhos [...]* (FCH8, 38 anos). Para Silva, Monteiro e Santos (2015) a capacitação de cuidadores serve como um instrumento de apoio aos profissionais envolvidos na assistência a si, aos pacientes e a suas famílias, permitindo que atuem como multiplicadores dos conhecimentos adquiridos.

## **CONCLUSÃO**

Os Familiares cuidadores (FC) eram do sexo feminino e revelaram algum conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e tratamento, mas se tratava de um algo superficial e fragmentado, adquirido pela experiência com o próprio agravo, de outrem, ou ainda de orientações recebidas pela Equipe de Saúde (EqS) do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Entretanto, a aplicação da Tecnologia Educativa em Saúde (TES) repercutiu favoravelmente no seu emponderamento, comprometendo-se com o autocuidado, tornando-se, de certo modo, agente de autocuidado, e agente multiplicadora das ações de autocuidado na família e na comunidade.

Contudo, é necessário capacitar os FC para cuidar do outro, e de si mesmo, ou seja, cuidar de quem cuida. Torna-se necessário apoiá-los e incentivá-los a encontrar meios que possam reduzir os fatores de risco e controlar a HAS. Ao construírem o conhecimento em relação à doença, os FC puderam se emponderar e realizar mudanças no cotidiano estendendo o cuidado com a própria saúde para o restante da família e até vizinhos e amigos. Portanto, diante do que foi discutido e considerado, conclui-se que a forma mais verdadeira de parceria entre pesquisador e FC é o da Educação em Saúde. Através desta parceria, os FC não serão meros espectadores, mas protagonistas da própria saúde, agindo de maneira tal que se torne multiplicador dessas ações preventivas e de controle, sensibilizando a comunidade que os rodeia.

## **REFERÊNCIAS**

- ARAGÃO, E.M.S.; NUNES, R.T.D. Caracterização do cuidador familiar de afásicos de uma instituição na cidade de Salvador (BA). *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador, v.33, n.4, p.553-560, 2009.
- BALDISSERA, V.D.A.; PLUDO, D.; MOREIRA, N.M.; GARBELINI, L.F.; CARVALHO, M.D.B. Mudanças vivenciadas por hipertensos após o diagnóstico da doença. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, v. 26, n.3, p. 304-309, 2008.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CONEP/CNS/MS; 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Vida. Brasília, 2006.
- CHOR, D. et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. *PLOS one*, v. 10, n. 6, p. e127-382, 2015.
- COSTA, V.C.I. Aprendizagem baseada em problemas (PBL). *Rev. Tavola* v.5 n.1. p. 1-3, mar., 2014. EMILITÃO, A. R. S.O.S dinâmica de grupo. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2009.
- FREIRE, P. *Conscientização*. São Paulo: Cortez; 1980.

- JALOWITZKI, M. Vivências para dinâmicas de grupos - a metamorfose do ser a 360°. São Paulo: Madras; 2012.
- KARAKURT, P.; KASIKÇI, M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *Journal Vascular Nursing*. v.30, n.4, p. 118-126, 2012.
- LOPES, R.; TOCANTINS, F.R. Promoção da saúde e a educação crítica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 16, n. 40, p. 235-246, jan./mar. 2012.
- LOPES, M.C.L; MARCON, S.S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. *Rev. Esc. Enfer. USP*, n.42, n.2, p.343-350, 2009.
- MAFFIOLETTI, V.L.R.; LOYOLA, C.M.D. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Ciencias e Saúde Coletiva*. v. 11, n. 4, p. 1085-1092, 2006.
- MONTEIRO, C.N.; FARIAS, R.E.; ALVES, M.J.M. Perfil de hipertensos em populações urbana e rural no estado de Minas Gerais. *Revista APS*. v.12, n.1, p.48-53.
- NOACK, F. K.; CORNEJO-CONTRERAS, G.; NOACK, F. K.; CASTILLO, L. J. A. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Hospital Comunitario de Yungay, 2012. *ANACEM*, v. 7, n. 2, 2013.
- RODRIGUES, A. A. A. O.; JULIANO, I. A.; MELO, M. L. C.; BECK, C. L. C.; PRESTES, F. C. Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 1, Supl 2, p. 184-192, 2012.
- SANTOS, Flavia Pedro dos A; NERY, Adriana Alves; MATUMOTO, Silvia. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 1, p. 107-114, 2013.
- SILVA, R.C.A.; MONTEIRO, G.L.; SANTOS, A.G. O enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com seqüelas de acidente vascular cerebral. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 13, n. 45, p.114-120, jul./set. 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Zélia Santos por sempre me incentivar a expandir meus conhecimentos.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL SALIVAR DE IDOSOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Danilo Lopes Ferreira Lima<sup>1</sup>, Débora Rosana Alves Braga de Figueiredo<sup>2</sup>, Sandro Dias Rocha Mendes Carneiro<sup>3</sup>, Douglas Eduardo Araújo Pardim<sup>4</sup>, Carina Barbosa Bandeira<sup>5</sup>, Maria Vieira de Lima Saintrain<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará- Brasil

<sup>2</sup> Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza. Programa de Bolsa de Iniciação Científica DPDI - FUNCAP, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>3</sup> Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

Email: deboraabraga@gmail.com

Palavras-chave: Xerostomia. Saúde Bucal. Diabetes Mellitus. Saúde do Idoso.

### INTRODUÇÃO

Além de complicações crônicas clássicas ligadas ao Diabetes mellitus (DM) como cardiopatia, nefropatia, neuropatia e retinopatia, complicações orais tais como a doença periodontal (DP), hipossalivação e xerostomia ou boca seca também são relatadas entre os diabéticos, principalmente entre os idosos (ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J., 2008, NEGRATO, C.A.; TARZIA, O., 2010).

A saliva é um fluido com muitas funções como digestão por via oral, lubrificação das mucosas, manutenção do equilíbrio ecológico na cavidade oral, atividade antimicrobiana e eficácia na proteção da integridade dos dentes mantendo o pH da cavidade oral (TAKEUCHI, K. et al., 2015, SOARES, M.S.M. et al, 2004).

A diminuição do fluxo salivar pode ser causada por condições como envelhecimento, algumas drogas, a dieta, o tratamento com radiação e algumas doenças como o diabetes. Dessa forma, idosos diabéticos estão mais sujeitos a terem a presença de hipossalivação e, conseqüentemente, uma diminuição de sua qualidade de vida, relacionadas às funções salivares.

O objetivo geral deste estudo foi investigar o fluxo salivar em idosos com DM tipo 2. O objetivo específico foi relacionar o fluxo salivar com a sensação de xerostomia.

### METODOLOGIA

Este estudo clínico transversal, quantitativo foi realizado com 120 pacientes idosos diagnosticados com DM2 há, pelo menos, 1 ano e em tratamento no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão do Ceará (CIDH), na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. Foram avaliados pacientes independentemente do sexo, com idades iguais ou superiores a 65 anos sendo 60 insulino-dependentes e 60 não insulino-dependentes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob parecer n° 788.534.

A mensuração de fluxo salivar foi realizada através da mastigação de um dispositivo de silicone extra-macio. As amostras foram obtidas com o paciente sentado confortavelmente, posicionado com a cabeça levemente inclinada para frente, orientado a mastigar o dispositivo de silicone amarrado a um fio dentário de 25cm para evitar deglutição acidental. Todos os pacientes que faziam uso de prótese dentária fizeram uso de suas próteses durante o exame. Por um tempo cronometrado de 5 minutos a saliva produzida foi coletada e mensurada num recipiente com graduação de 0,05ml. O volume do fluxo salivar foi calculado em ml/min. Foi orientado ao paciente que o mesmo não poderia deglutir qualquer quantidade de saliva que estivesse sendo formada e que o mesmo deveria manter-se com o corpo flexionado para frente afim de evitar a deglutição.

Os valores sialométricos foram considerados de acordo com os padrões estabelecidos pela Associação Brasileira de Halitose: até 0,00 a 0,049 ml/min para assialia; 0,05 a 0,5ml/min, hipossalivação severa; 0,51 a 0,9 ml/min, hipossalivação moderada; 0,91 a 1,19 ml/min, hipossalivação leve; 1,2 a 2,5 ml/min, ideal; >2,5 ml/min, sialorréia<sup>5</sup>. A percepção de xerostomia foi avaliada através da utilização da Escala Visual Analógica, onde o paciente indicou o número relacionado à sua percepção de secura bucal. Valores de 0 a 3 foram considerados como nenhuma/leve, 4 a 7 moderado e 8 a 10 severo.

Os dados foram tabulados e os cálculos estatísticos foram realizados utilizando o do Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) na versão 22.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). A normalidade da distribuição de cada variável foi avaliada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste Exato de Fischer com nível de significância  $p < 0,05$  foi utilizado para associações das variáveis categóricas. O teste de Kruskal-Wallis

com nível de significância  $p < 0,05$  foi utilizado para verificar a associação entre a classificação de salivação e o CPOD e a perda dentária. Para a comparação do CPOD entre os sexos foi utilizado Teste-T.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 120 idosos investigados, 38 (31,7%) eram do sexo masculino e 82 (68,3%) do sexo feminino. As idades variaram entre 65 e 91 anos, com média  $72,26 \pm 6,53$  anos ( $71,63 \pm 5,95$  anos entre os homens e  $72,55 \pm 6,80$  anos entre as mulheres).

Quando avaliado o fluxo salivar estimulado, 10(8,3%) apresentaram valores normais de produção salivar. Quando comparado entre os sexos, observou-se uma frequência de 13,2% entre os homens e 6,1% entre as mulheres. Quando separados entre os que faziam ou não uso de insulina verificou-se uma frequência de 8,3% entre os que faziam uso de insulina e 8,3% entre os que não faziam uso de insulina. Ainda foram encontrados 5 (4,2%) pacientes com redução leve do fluxo salivar, 26 (21,7%) com redução moderada, 74 (61,7%) com redução severa e 5 (4,2%) encontravam-se em um quadro de assialia. Nenhum dos 120 pacientes apresentou valores similares aos de sialorréia. Ao comparar o sexo ( $p=0,38$ ) e o uso de insulina ( $p=0,17$ ) com grau de salivação, nenhuma significância foi observada. Contudo, quando foi levada em consideração somente a presença ou não de diminuição do fluxo salivar, sem classificar o grau de hipossalivação, verificou-se significância estatística tanto para sexo ( $p=0,03$ ) quanto para o uso de insulina ( $p=0,01$ ).

Os valores variaram entre 0,05 e 2,1ml/min com média de  $0,52 \pm 0,42$ ml/min. Quando avaliado por sexo, o grupo masculino apresentou média de  $0,63 \pm 0,44$ ml/min e o grupo feminino apresentou média de  $0,47 \pm 0,41$ ml/min. Entre os insulíndependentes, a média do fluxo salivar foi de  $0,50 \pm 0,43$ ml/min, enquanto os não insulíndependentes apresentaram média de  $0,54 \pm 0,42$ ml/min. Foi observada significância estatística ( $p=0,05$ ) apenas entre os sexos e não entre os usuários de insulina.

Ao avaliar o grau de percepção de xerostomia/boca seca, 61(50,8%) afirmaram não apresentar sintomas de secura bucal ou somente sensação leve, 53(44,2%) indicavam moderada secura bucal, enquanto 6(5%) relataram sofrer de xerostomia severa. Ao avaliar por sexo, entre as mulheres, 41(50%) apresentaram sensação de xerostomia de moderada à severa, enquanto entre os homens o resultado foi de 18(47,4%). Entre os que faziam uso de insulina, 27(45%) apresentaram sensação de xerostomia de moderada à severa, enquanto os que não faziam uso de insulina, 32(53,3%) apresentavam tais sintomas. Quando comparados por sexo ( $p=0,947$ ) e por utilização de insulina ( $p=0,561$ ) não foi observada nenhuma significância quanto à sensação de xerostomia/boca seca. Uma associação entre a pouca produção salivar e a sensação de xerostomia de moderada a severa também não foi significativa ( $p=0,489$ ).

A saúde bucal de pacientes diabéticos tem sido extensivamente estudada no decorrer de décadas. Os estudos concentram-se, primordialmente, na relação entre diabetes e doença periodontal. Inicialmente, foram estudados os efeitos do diabetes na gengivite e periodontite para, posteriormente, serem propostas pesquisas que buscavam uma bidirecionalidade de relação onde as doenças periodontais, enquanto processos infecciosos, poderiam dificultar o controle glicêmico (NEGRATO, C.A. *et al.*, 2013), o que confirma a importância do acompanhamento odontológico para pacientes portadores de diabetes.

Observou-se uma maior prevalência de idosos do gênero feminino, concordando a afirmativa de que mulheres são mais afetadas pelo diabetes do que os homens (SILVA, A.M. *et al.*, 2010). Essa situação pode ser explicada pela maior procura ao serviço de saúde pelas mulheres, bem como a maior percepção em relação aos sinais e sintomas da doença e a maior realização de exames diagnósticos (BARROS, *et al.*, 2011).

Com relação à utilização de insulina, observou-se que o tempo decorrido do diagnóstico de diabetes foi maior entre os usuários do que nos não-usuários de insulina, com média de  $18,37 \pm 9,01$  anos e  $13,53 \pm 9,4$  anos respectivamente ( $p=0,05$ ). Diferenças significativas foram encontradas em estudo com pacientes acima de 30 anos que procurou a mesma relação  $9,6 \pm 9,2$  anos para usuários de insulina e  $6,0 \pm 6,1$  anos para não usuário com  $p=0,043$  (PANAROTTO, D. *et al.*, 2005).

Quando avaliada a percepção de xerostomia/boca seca, 49,2% dos avaliados relataram sensação de boca seca, variando de moderada à severa, contradizendo os resultados de Narhi *et al.*, (1996) e Collin *et al.*, (2000), onde mais de 50% dos avaliados queixaram-se de xerostomia. Segundo Coimbra *et al.*, (2009), as causas da xerostomia, muitas vezes, não estão diretamente ligadas ao envelhecimento ou a patologias associadas a este, mas sim ao uso prolongado de determinadas medicações onde destacam-se os anticolinérgicos, os antidepressivos tricíclicos e os anti-hipertensivos, ressaltando-se os diuréticos.

O estudo de Linn *et al.*, (2002) sugere que pacientes diagnosticados com DM2 que relatam xerostomia estão mais predispostos a sofrerem redução no fluxo salivar. A hipossalivação em diferentes níveis foi observada em 111 (92,5%) pacientes, variando de redução leve à assialia. Em virtude da grande variedade de testes de mensuração do fluxo salivar, muitos estudos apresentam resultados conflitantes. A heterogeneidade metodológica e a falta



de estudos comparando o fluxo salivar e xerostomia entre os grupos diabéticos, insulínodpendentes e não insulínodpendentes, demonstra a necessidade de novos estudos abordando o assunto.

As causas da alteração no fluxo salivar em pacientes diabéticos são múltiplas destacando-se, entre elas, modificações no parênquima das glândulas salivares (LIN, C.C. *et al.*, 2002), glicosúria causada por hiperglicemia leve (MALICKA, B.; KACZMAREK, U.; SKOŚKIEWICZ-MALINOWSKA, K., 2014) e complicações do diabetes, como neuropatia, angiopatia e descontroles metabólicos, diminuindo a atividade das enzimas localizadas nas glândulas salivares, afetando sua função (CHAVEZ, E.M. *et al.*, 2000).

Ao comparar o fluxo salivar entre os grupos de diabéticos insulínodpendentes e não insulínodpendentes não foi encontrada diferença estatisticamente significativa. Comparando por sexo, o fluxo salivar estimulado do gênero masculino (0,63±0,44ml/min) foi maior quando comparado ao feminino (0,47±0,41ml/min) (p=0,05). Esta diferença vai contra os resultados expostos por Cabrera *et al.* (2007) e Lima *et al.* (2004) em que não houve diferença estatisticamente significativa do fluxo salivar quando comparado por sexo.

## CONCLUSÃO

A redução do fluxo salivar mostrou-se prevalente no grupo estudado, não estando compatível com percepção de xerostomia/boca seca informada. Tal redução do fluxo salivar pode estar relacionada com três fatores de risco encontrados: idade, DM2 e perda dentária, grande responsável pelo elevado resultado do Índice CPOD.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência Saude Coletiva*, v. 13, n.4, p. 1199- 1207, 2008.

BARROS, M.B.A *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3755- 3768, 2011.

CABRERA, M.A.S. *et al.* Fluxo salivar e uso de drogas psicoativas em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 2, p. 178-181, 2007.

CHAVEZ, E.M. *et al.* Salivary function and glycemic control in older persons with diabetes. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontic*, v.89, n.3, p.305-311, 2000.

COLLIN, H.L. *et al.* Oral symptoms and signs in elderly patients with type 2 diabetes mellitus. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontic*, v. 90, p. 299-305, 2000.

CONCEIÇÃO, M.D. Bom hálito e segurança: metas no tratamento da halitose. Campinas SP: Arte em livros. 2013.

COIMBRA, F. Xerostomia. Etiologia e Tratamento. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, v. 50, n. 3, p. 159-164, 2009.

LIMA, A.A.S. *et al.* Avaliação sialométrica em indivíduos da terceira idade. *Revista Odonto Ciência*, v. 19, n. 45, p. 238-244, 2004.

LIN, C.C. *et al.* Impaired salivary function in patients with noninsulin-dependent diabetes mellitus with xerostomia. *Journal Diabetes Complications*, v. 16, p. 176–179, 2002.

MALICKA, B.; KACZMAREK, U.; SKOŚKIEWICZ-MALINOWSKA, K. Prevalence of xerostomia and the salivary flow rate in diabetic patients. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, v. 23, n.2, p. 225-233, 2014.

NARHI, T.O. *et al.* Oral health in the elderly with noninsulin-dependent diabetes mellitus. *Specifications Care Dental*, v.16, p. 116-122, 1996.

NEGRATO, C.A.; TARZIA, O. Buccal alterations in diabetes mellitus. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, v. 2, n. 3, p. 1-11, 2010.

NEGRATO, C.A. *et al.* Periodontal disease and diabetes mellitus. *Journal Applied Oral Science*, v. 21, n. 1, p. 1-12, 2013. PANAROTTO, D. *et al.* Associação entre idade ao diagnóstico de diabetes do tipo 2 e o uso de insulina. *Revista da Amrigrs*, Porto Alegre, v. 49, p. 137-216, 2005.

SILVA, A.M. *et al.* A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2197-2206, 2010.

SOARES, M.S.M. *et al.* Fluxo salivar e consumo de medicamentos em diabéticos idosos. *Arquivos em Odontologia*, v. 40, n. 1, p. 49-57, 2004.

TAKEUCHI, K. *et al.* Risk Factors for Reduced Salivary Flow Rate in a Japanese Population: The Hisayama Study, *Biomed Research International*, v. 7, p. 1-8, 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Nossos sinceros agradecimentos à Universidade de Fortaleza- UNIFOR que, ao realizar este evento, contribui de maneira significativa para a comunidade científica. Agradecemos também a nossa professora-orientadora, cujo auxílio se mostrou fundamental na elaboração deste trabalho, e à Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico- FUNCAP, pelo patrocínio deste projeto de pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## GESTAÇÃO E HANSENÍASE: CONHECIMENTOS DE MULHERES ACERCA DA HANSENÍASE E SUAS IMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO

Lilian Mirian Almeida Moreira<sup>1</sup>, Riani Joyce Neves Nobrega<sup>2</sup>, Layane Ribeiro Lima<sup>3</sup>, Raimundo Tavares de Luna Neto<sup>4</sup>

*1* Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil.

*2* Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil. Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do adolescente, da Universidade Estadual do Ceará.

*3* Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil.

*4* Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil; Curso de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade Vale do Salgado-FVS- Icó-Ceará-Brasil.

Email: [lilianmirian17@hotmail.com](mailto:lilianmirian17@hotmail.com)

Palavras-Chave: Conhecimento. Gestação. Hanseniase.

### INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa e contagiosa, causada pelo *Mycobacterium Leprae*, tem dimensão social inigualável pela capacidade que a mesma tem de causar incapacidades físicas. A transmissão se dá por meio de pessoas portadoras do Bacilo, chamado Bacilo de Hansen, principalmente quando não tratada ocorrendo transmissão através das vias aéreas superiores, na maioria das vezes a sua grande incidência acomete classes sociais e econômicas baixas, devido à exposição, baixo nível de formação, nutrição e condições de moradia (BRITO *et al.*, 2014).

No Brasil, apesar da redução significativa do número de casos, de 19 para 4,68 doentes em cada 10 mil habitantes no período compreendido entre 1985 e 2000, a hanseníase ainda apresenta um problema de saúde pública que necessita de uma vigilância mais resolutiva. Muito embora, desde 1985, o país venha modificando e reestruturando suas ações voltadas para este problema e, em 1999, tenha assumido o compromisso de eliminar a hanseníase até 2005, quando se objetivava alcançar o índice menor de doentes em cada 10 mil habitantes, essa meta ainda não foi alcançada na atualidade (TEMOTEO *et al.*, 2013).

Verificando a série histórica da hanseníase no Ceará entre o período de 2008 a 2015, os números mostraram que no 1º ano foram notificados 2.570 casos, com uma taxa de detecção de 30,41/100.000 habitantes, enquanto que em 2015 foram notificados 1.743 casos novos, com taxa de detecção de 20,25/100.000 habitantes. Em 2015 houve registro de casos novos de hanseníase em 148 municípios cearenses (80,5%) sendo que 34 desses municípios (18,4%) registraram mais de 10 casos novos de hanseníase (CEARÁ, 2016).

As ações de controle desenvolvidas para hanseníase são realizadas de acordo com: orientação em saúde, onde procuram enfatizar a importância da detecção precoce da patologia, os principais sinais e sintomas destacando as complicações da doença quando não tratada, a suma importância da adesão ao tratamento e avaliação dos contatos. Todas essas orientações são repassadas através de ações educativas voltadas aos diversos grupos, tais como de diabetes, hipertensos, gestantes, idosos, dentre outros, haja vista que não há um grupo específico de hanseníase (REIS *et al.*, 2015).

A hanseníase é uma enfermidade que traz problemas a saúde pública em geral, e também apresenta-se como doença oportunista no que diz respeito a vulnerabilidade do indivíduo, essa vulnerabilidade apresenta-se muitas das vezes pela queda da imunidade celular que essa por sua vez ocorre com maior frequência no processo gestacional tornando-se fator de risco para o aparecimento da hanseníase tanto em gestantes que possam vir a ter o contato com algum indivíduo infectado, como também o agravamento de processos reacionais em mulheres que estão sob tratamento da hanseníase e que venham engravidar podendo ser mediada por reações tipo I ao passo que podem agravar-se chegando a casos de reação tipo II, ou ainda o reaparecimento de sinais e sintomas em mulheres já submetidas a tratamento (BRASIL, 2012).

Com base nisso a interrelação entre o processo gestacional e a hanseníase também gera resultados desfavoráveis. Os níveis elevados de esteroides, hormônio tireóideo e de estrogênio na gestação, causam diminuição na imunidade celular, que é a principal resposta de defesa contra o bacilo de Hansen. Diante disso há um aumento da proliferação do bacilo, o que pode antecipar o aparecimento da doença ou sua piora, levando a danos neurais permanentes. O período crítico para a gestante com hanseníase é quando a imunossupressão chega ao seu ápice, e que na maioria das vezes o fator desencadeante é o estresse do parto (NOGUEIRA, 2011).

## METODOLOGIA

Diante o exposto objetiva-se: Compreender a percepção de mulheres acerca da hanseníase e suas implicações na gestação.

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva e com abordagem qualitativa. O local da referida pesquisa foi no município de Icó, esse município é localizado na região Centro-Sul do estado do Ceará que fica a 370 km da capital do Ceará- Fortaleza. A cidade de Icó possui uma extensão territorial de 1.871.996 km<sup>2</sup>, obtendo-se de uma população estimada de 64. 456 habitantes no ano de 2015, sendo divididos tanto na zona rural como na zona urbana (IBGE, 2010).

Participaram da pesquisa 08 mulheres, dentre elas 06 em idade fértil e 02 gestantes, respeitando os seguintes critérios de inclusão para as mulheres em idade fértil: estarem em planejamento familiar na referida unidade, residirem na área adstrita da ESF Cidade Nova II, que busquem os serviços da unidade, aceitem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido. Foram excluídas da pesquisa: as mulheres que possuíam vínculos empregatícios com a unidade, que trabalham em algum serviço de saúde, ou que não apresentaram interesse no assunto.

Quanto às gestantes, o que difere das mulheres em idade fértil entre os critérios de inserção é o acompanhamento pré-natal. Já em relação aos critérios de exclusão foram: gestantes pertencentes a outras áreas, que não tenham o hábito de buscar assiduamente os serviços da unidade e que estejam ausentes no período da coleta para a pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada incluindo questões norteadoras que abordavam toda a temática que se julgava importante para obtenção de maiores informações e com isso contemplar os objetivos da pesquisa, além das situações sociodemográficas apresentadas.

Para a análise dos dados obtidos das informações qualitativas fora utilizado a técnica de Análise de Conteúdo que se apresenta como um conjunto de técnicas que da permissão para a observação dos diálogos através da obtenção de informações reais do conteúdo das mensagens.

Como recomendado à pesquisa foi desenvolvida obedecendo a resolução de nº 466/12 sobre as pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, onde será encaminhado a Plataforma Brasil para a análise dos princípios ético-legais que fazem referência a bioética tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade recomendadas nessa resolução.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das mulheres que participaram da pesquisa apresentou a faixa etária entre 26 a 36 anos. Desta maneira observa-se que a busca das mesmas pelos serviços de saúde torna-se frequentes, seja ela por atendimento na própria unidade como também a busca por orientações com os profissionais. Isso vem a contribuir para que os profissionais possa apoderar seus clientes junto a essa busca pelo ESF para que os mesmo tornem-se autônomos e possa colaborar na prevenção de doenças.

Quanto ao estado civil destas mulheres observa-se a porcentagem de 57,1 % casadas e que estas são as que também buscam com frequência a unidade visto que em sua maioria mulheres gestantes e em idade fértil justamente por estarem encaixadas dentro dos programas de saúde, como o pré-natal, planejamento familiar, exames ginecológicos se fazem presentes. Em sua grande maioria como pode-se perceber, a busca pelos serviços se dá entre faixas etária jovem.

De acordo com os dados gineco-obstétricos observa-se que o número de gestações é bem maior no quantitativo de 23 gestações sendo apenas 08 mulheres participantes da pesquisa, isso muitas vezes acontece pela falta de informação, a não busca por orientações de como prevenir-se, e isso parte da afirmação que 42,8% dessas mulheres tem o nível de escolaridade como fundamental incompleto, isso acaba por influenciar as mesmas em não conhecer e nem buscar orientação nos serviços, observa-se que as participantes buscam sim os serviços, mas muitas das vezes por não entender e se sentirem retraídas em fazer indagações por achar que não tem a informação suficiente, se negam a questionamentos a respeito de sua vida produtiva.

Observou-se quanto à profissão e renda familiar das mulheres que 42,8% delas apresentam como profissão a agricultura tendo como renda menos de um salário mínimo, essas são condições mínimas para uma família poder viver de acordo aos requisitos em que a sociedade em que hoje vivemos impõe, esses aspectos vem alinhar-se com um conjunto de outros que propiciam uma má qualidade de vida, moradia, alimentação, e que principalmente se torna um pouco, mas inviável o acesso ou até mesmo a busca por informações e ou orientações que esse é o ponto de partida para o desenvolvimento de uma sociedade apta ao seu empoderamento.

## Gestação e hanseníase: Percepção de mulheres quanto aos riscos da associação gestação e hanseníase

Esta categoria irá abordar sobre a vertente de mulheres a respeito dos riscos relacionados com a gestação e a hanseníase, verificando quais as orientações e ou conhecimentos a respeito de algo tão complexo e que pouco se é dado à devida importância no que diz respeito a conhecer sobre um processo fisiológico normal como a gravidez, e uma patologia, levando em consideração à existência da associação de ambas oferecendo riscos a vida de uma mulher que venha a passar por essa situação, e até mesmo o oferecimento de diversas complicações e riscos para a criança também isso fica claro nas seguintes opiniões:

*“Eu acho que esta mulher passando por um tratamento de hanseníase, hoje em dia é tratada como uma doença comum, mas agente sabe que ela não é, ela é transmissível, sendo que esse bebê que vai nascer, vai nascer com a mesma doença, se chegar a nascer”* (IF4).

*“Eu acredito que tem, ao meu pensar tem, tanto risco pra mim como pra criança, dos chegarem até a morte (...)”* (IF1).

*“Eu acho que vai sim, sabe por quê? Porque tem uma mulher lá onde eu moro que abortou a criança por causa da doença(...)”* (G1).

O que se pode observar nos depoimentos das mulheres são as informações muitas das vezes sem um teor de orientações a respeito dos reais riscos com esta associação para a mãe e para a criança que esta sendo gerada, de que o processo gestacional pode seguir adiante mesmo sendo portadora dessa patologia, normalmente não havendo contra indicações de inter rompimento, exceto em outros casos de uso onde o tratamento possa vir a influenciar, com isso deixando claro que os cuidados e orientações a estas mulheres que venham a engravidar ou mesmo que estão grávidas e sejam ou não portadoras da doença, são de suma importância para que possam prosseguir com a gravidez, com uma atenção especial voltada para acompanhamento com o obstetra, sem a presença de medos que possam provocar a morte da mãe e da criança.

Mediante as informações e conhecimentos repassados por outras mulheres entrevistadas elas trazem além dos riscos para o binômio mãe-filho, elas também citam como principal fator de mortalidade da mãe como também da criança a inserção do tratamento da hanseníase, a transmissão da doença para o feto ainda no seu ventre, quando estas fazem uso das medicações que possam vir a prejudicar ou interromper a gestação como vistas nas falas a seguir:

*“Eu acredito que sim, tem risco por ser uma gestação e por ser uma doença infecciosa, eu acredito que prejudique de alguma forma, ou de não poder fazer o tratamento e se fazer o tratamento e ter reações adversas ao bebê”* (IF2).

*“Eu acho assim que eles correm o risco de chegar até a morte, por que como é um caso onde na mãe já esta a doença, dentro do ventre da mãe praticamente passa para a criança e pode chegar o risco até dos dois (...)”*(IF5).

*“Concerteza por que a pessoa gestante ela vai passar por um tratamento e o tratamento influi em até a perda da criança”*(IF6).

O tratamento da hanseníase em mulheres gestantes se traz como um enfoque em cuidados precisos tanto pelo manejo do pré-natal, como as orientações dadas durante um planejamento familiar de mulheres que possam vir a engravidar sendo elas portadoras ou não da patologia, lembrando que esse tratamento é realizado normalmente de acordo com o mesmo tratamento voltada apenas para a hanseníase, tendo como indicativo a diminuição das dosagens para que não haja possíveis efeitos adversos.

As gestantes portadoras de hanseníase seguem o protocolo padrão que irá incluir os hansenostáticos tais como a rifampicina, clofazimina e dapsona e, apesar de haver recomendações de se restringir à ingestão desses fármacos ao menos no primeiro trimestre da gravidez, no qual é um período onde ocorre a formação do tubo neural desta criança e que é um período onde se apresenta de significativas formações do embrião, diante a orientação de respeitar ao menos os primeiros três meses os benefícios do tratamento superam os riscos (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Entende-se nas falas decompostas por trazer o tratamento como principal mediante ao acontecimento de interrupções na gravidez com a interrelação da gestação e da hanseníase, pode-se trazer os riscos em relação há alguns tipos de medicações utilizadas no tratamento tendo como base a partir do pressuposto da existência das drogas teratogênicas, que ocasiona malformações congênitas, e um exemplo claro delas é o uso da talidomida indicada no caso de reações hansenicas tipo 2, quando esta já foi tratada da doença e que agora apresenta uma extensão maior de comprometimento, esta droga traz prejuízos à formação do embrião.

## CONCLUSÃO

Mediante a todas as informações colhidas nas entrevistas e com a decomposição das falas evidenciou-se que as mulheres em idade fértil obtinham de mais conhecimentos a respeito da associação processo gestacional e a hanseníase, da definição e primordialmente dos riscos envolvidos neste processo. Já as gestantes trouxeram como resposta que não sabiam sobre a associação ou que já ouviu falar, mas que não entendia o que a doença provocava ou que interferia na gestação.

Diante das dificuldades encontradas na percepção das gestantes sobre importantes informações a respeito da associação gestação e hanseníase, sugere-se que dentro da Estratégia Saúde da Família no momento de suas consultas marcadas de acordo com sua necessidade, sejam orientadas sobre isso, os cuidados voltados ao ambiente em que vive, as condições de moradia e a importância sempre de buscar por orientações e informações a respeito de fatores de riscos que se apresentem dentro também da sua comunidade, a formação de grupos de gestantes, palestras a fim de esclarecer dúvidas, mostrar o quanto é importante está sempre em dia com seu acompanhamento pré-natal, para identificar possíveis riscos que possa vir a interferir nesse processo de gestação.

A educação em saúde é uma das propostas, mas abrangentes e que esta sendo trabalhada ultimamente no que diz respeito principalmente a saúde de forma geral, a promoção da saúde traz estratégias que proporcionam maior visibilidade aos fatores de risco como também aos agravos a saúde da população, tendo como foco o atendimento ao indivíduo, a coletividade e ao ambiente, e trabalhando em cima de estratégias e mecanismos que reduzem situações de maior vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Talidomida Orientação para o uso controlado**. Brasília, 2012. Acesso em 28 de fevereiro de 2016.

BRITO, K. K. G.; ARAUJO, D. A. L.; UCHÔA, Rosa E. M. N.; FERREIRA, J. D. L.; SOARES, M. J. G.

Oliveira.; LIMA, J. O. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Revista de enfermagem UFPE**. Recife, v.8, n.8, p.93- 2686, 2014.

CEARÁ; Boletim epidemiológico hanseníase. **Aspectos epidemiológicos**. Governo do Estado do Ceará, Secretaria da Saúde, 2016.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **Censo Demográfico 2010**.

NOGUEIRA, P. S. F. **Hanseníase em mulheres: uma avaliação na perspectiva da anticoncepção e da gestação**. Fortaleza 2011.

OLIVEIRA, S. G.; TAVARES, C. M.; MOURA, E. R. F.; TRINDADE, R. F. C.; ALMEIDA, A. M.; BOMFIM, E.

O. **Gestação e hanseníase: uma associação de risco nos serviços de saúde**. Ceará, v.36, n.1, p. 31-38, 2011.

REIS, M. R.; ALBUQUERQUE, K. R.; SILVA, P.; NASCIMENTO, F. C. V.; PAIVA, M. P. Vivência de enfermeiros da atenção básica nas ações de controle da hanseníase no município de Teresina-PI. **Revista Saúde em Foco**. Teresina, v.2, n.2, p.115-124, Agosto/Dezembro, 2015.

## AGRADECIMENTOS

A Faculdade Vale do Salgado-FVS, onde comecei meus primeiros passos desta trajetória profissional, as participantes da pesquisa e a Secretaria Municipal de Saúde de Icó-CE, pela abertura do seu espaço para a realização deste estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## TRATAMENTO DE FERIDAS DECORRENTES DE ERISPELA BOLHOSA: RELATO DE CASO DO PROJETO DE EXTENSÃO AMBULATÓRIO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES

Ítala Alencar Braga Victor<sup>1\*</sup>, Caroline Torres da Silva Cândido<sup>2</sup>, Jamilly Carla de Sousa Nascimento<sup>3</sup>,  
Taynara Silva de Freitas<sup>3</sup>

1 Docente - Graduação em Enfermagem - Faculdade Vale do Salgado, Icó-Ceará-Brasil italaalencar@hotmail.com

2 Docente - Graduação em Enfermagem - Faculdade Vale do Salgado, Icó-Ceará-Brasil

3 Discente - Graduação em Enfermagem - Faculdade Vale do Salgado, Icó-Ceará-Brasil

E-mail italaalencar@hotmail.com

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Erisipela. Ferimentos e lesões.

### INTRODUÇÃO

A erisipela, também conhecida como erisipela bolhosa é uma infecção na pele causada por bactérias do tipo *Streptococcus pyogenes* agredindo a camada superficial da pele comprometendo o sistema linfático, de prevalência nos membros inferiores, podendo acometer outras partes do corpo. Seus sintomas característicos surgem de forma abrupta, geralmente acompanhado de febre e mal estar. Os mais comuns são: feridas vermelhas e inflamadas, rubor, manchas vermelhas com bordas elevadas e irregulares e em casos mais graves formação de bolhas e necrose da pele (SILVA et al., 2013).

São apontados como fatores de risco toda e qualquer alteração na pele que facilite a evolução para um quadro infeccioso. Dentre os fatores de risco locais evidenciam-se dermatoses, traumas, micoses superficiais, feridas operatórias, picadas de insetos, feridas mal tratadas e comprometimento da imunidade celular. É mais frequente em pacientes do sexo feminino com idade superior a 60 anos (CRUZ et al., 2016).

O diagnóstico de erisipela é essencialmente clínico, através de exame físico. Em casos mais graves pode ser necessária a solicitação do exame de cultura ou biópsia, mas não é um procedimento de rotina (PÓRTO et al., 2015).

O tratamento medicamentoso se dá através de antibióticos conforme prescrição médica. Em situações nas quais a infecção atinge a corrente sanguínea ou a extensão da lesão for maior é necessário o uso de antibióticos por via endovenosa. Na presença de bolhas, além dos antibióticos é necessário tratamento tópico e realização de curativos de acordo com a necessidade da lesão, que deve ser avaliada para escolha do tratamento tópico ideal (PIRES et al., 2015).

O tratamento de feridas necessita, principalmente, de uma assistência de enfermagem que priorize o uso de novas tecnologias, propiciando um atendimento integral voltado para total recuperação da lesão, garantindo ao paciente o retorno às suas atividades outrora interrompidas por conta da patologia. Isso requer do profissional de enfermagem aprimoramento de seus conhecimentos, habilidades e competências (CRUZ et al., 2016).

O aprimoramento do profissional inicia desde a graduação e as atividades de extensão favorecem a aproximação da universidade com a comunidade, onde os acadêmicos estarão inseridos na realidade social da população, à medida que incentiva a produção de soluções e contribui para a formação de um profissional consciente de sua responsabilidade e que participa da organização de sua sociedade identificando necessidades e intervindo em suas demandas (GOMES et al., 2014).

O projeto de extensão Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Lesões (APTL) tem a missão de integrar o ensino teórico com a prática de prevenção e tratamento de feridas, mostrar a responsabilidade clínica e social que o graduando em enfermagem deve seguir na profissão e decisão de condutas perante a lei do exercício profissional e saúde baseada em evidências.

Diante da relevância da temática apresentada o estudo tem como objetivo demonstrar o tratamento de feridas ocasionadas por erisipela bolhosa, realizado pelos extensionistas e professores do APTL, mediante relato de caso.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso com abordagem qualitativa, realizado durante os meses de Abril a Agosto de 2017, com uma paciente portadora de feridas decorrentes de processo infeccioso (erisipela bolhosa) sob cuidados do Projeto de Extensão APTL.

O APTL acontece na Clínica Escola da Faculdade Vale do Salgado em Icó/CE desde março de 2017. O projeto ocorre duas vezes por semana com atendimentos clínicos aos pacientes portadores de feridas. Os atendimentos são realizados pelos alunos integrantes do projeto, supervisionados pelos professores responsáveis. Os pacientes dão entrada no APTL por meio de encaminhamento feito pelos preceptores de estágios da Atenção Primária e Secundária da Faculdade Vale do Salgado que, juntamente com os acadêmicos, identificam a necessidade de encaminhá-los para o tratamento especializado de feridas.

Após encaminhados passam pela triagem clínica e se atenderem aos critérios do regimento interno do projeto segue-se com a assinatura do termo de autorização para uso de imagens e dar-se início ao tratamento da(s) ferida(s). Mensalmente, existem reuniões de discussão dos casos e realização de pesquisas para aprimoramento dos tratamentos.

Os dados desse caso foram coletados em cada atendimento, mediante realização de anamnese e exame físico da paciente; consulta de enfermagem; avaliação das feridas observando pele perilesional, margens, leito, exsudato, coloração, odor, mensuração da altura, largura e profundidade; registro fotográfico, curativo das lesões e reavaliação a cada troca. Todos os atendimentos são registrados em prontuário de cada paciente que contém: instrumento estruturado para triagem, admissão, avaliação do paciente e lesão, acompanhamento da cobertura utilizada, e evoluções de enfermagem. O acompanhamento clínico e o uso dos dados para o estudo foram autorizados pela paciente através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e termo de autorização para uso de imagem, respeitando os aspectos éticos e princípios exigidos na Resolução 466/2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente de 74 anos, sexo feminino, ex-fumante, portadora de Diabetes Mellitus, faz uso de insulina, antibioticoterapia via oral e desconhece qualquer tipo de alergia. Deu entrada no APTL no dia 07 de abril com histórico de internamento hospitalar para tratamento de erisipela bolhosa. Após triagem foi encaminhada para o médico para avaliar a necessidade de desbridamento cirúrgico e medicação sistêmica. Posteriormente a avaliação médica, retorna para o ambulatório, sendo admitida no dia 11 de abril para tratamento de duas lesões em Membro Inferior Esquerdo (MIE).

Paciente apresentava-se consciente, orientada, com nutrição adequada, higiene boa e regular, mobilidade parcialmente dependente, eliminações fisiológicas normais e ansiosa por desejo de sucesso do tratamento. Na avaliação das lesões, realizado verificação de pulsos pedioso, tibial, poplíteo e femoral estando sem alterações; membro com edema +++/4+ e duas lesões: uma no terço medial da perna em face posterior na região da panturrilha (L1) e a outra no terço inferior lateral na região tarsal (L2); Características e classificação de cada lesão: L1 – grau IV com exposição de fáscia e músculo gastrocnêmio, área de 82 cm<sup>2</sup>, presença de exsudato purulento com odor e volume moderado, tecido de granulação (70%), necrose de liquefação (30%) e descolamento de borda com 6,5 cm em direção superior, periferida com leve descamação e sinais flogísticos de edema e rubor. L2 – grau III, área de 35,75 cm<sup>2</sup>, presença de exsudato discreto, de aspecto seroso, sem odor, tecido de granulação (95%), necrose de liquefação (5%) e biofilme, periferida íntegra e maceração das bordas.

Como conduta inicial da enfermagem, na L1, foi realizada limpeza com soro fisiológico 0,9% e clorexidina 2%, desbridamento instrumental conservador para remoção de tecido desvitalizado. Coberturas primárias - em bordas creme barreira e no leito hidrofibra de carboximetilcelulose impregnada com alginato de cálcio e prata (troca de 72/72 horas). Já na L2, foi realizada limpeza com soro fisiológico 0,9% e clorexidina 2%, desbridamento mecânico com gazes para remoção do biofilme. Coberturas primárias – em bordas, creme barreira e no leito ácidos graxos essenciais com copaíba e melaleuca (Troca diária). Cobertura secundária de ambas foram com gazes, atadura e fita adesiva. Nos curativos subsequentes, fazia-se a limpeza e sempre que necessário a remoção do tecido desvitalizado. Além dos cuidados realizados no ambulatório, foi orientado aos familiares a troca da cobertura secundária diariamente na L1 e troca diária da primária em L2, como também a necessidade de repouso, elevação do membro, hidratação e alimentação adequada.

Após 2 meses e 4 dias, aconteceu a completa cicatrização da L2 e o nivelamento do descolamento de borda da L1. Neste mesmo dia, foi modificada a cobertura primária para espuma de poliuretano no leito e mantido o creme barreira nas bordas da lesão. E em última avaliação, dia 14 de agosto, L2 completamente cicatrizada com presença de tecido de epitelização em toda sua extensão e L1 com diminuição significativa da sua área.

## CONCLUSÃO

Através do acompanhamento desta paciente comprovou-se novamente os resultados positivos colhidos através do projeto de extensão APTL realizado por acadêmicos de enfermagem da Faculdade Vale do Salgado (FVS) sob supervisão de professores da mesma instituição, com a utilização de tecnologias e total empenho dos profissionais envolvidos.



Por meio deste projeto os extensionistas são instigados a terem uma visão holística do paciente, possibilitando uma assistência que resulta na melhora de seu estado de saúde e impede o agravamento do seu quadro clínico, vendo a necessidade da continuidade do tratamento até o processo final da cicatrização de suas lesões.

O tratamento de lesões decorrentes de erisipela bolhosa nessa paciente teve sucesso devido a uma avaliação e acompanhamento criteriosos pelos integrantes do APTL e do acesso às tecnologias e coberturas especializadas disponíveis. Notadamente, com a cicatrização de uma lesão e melhora de outra, os extensionistas se sentem motivados, passando a ver o APTL um ambiente de promoção da saúde e de aprendizado contínuo e aprimoramento acadêmico.

## REFERÊNCIAS

- CRUZ, R. A. O.; MIRANDA, E. G.; SANTOS, E. C.; FERREIRA, M. G. S.; SANTANA, R. A. Abordagem e reflexões para o cuidado do cliente com erisipela. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, Pombal, v.6, n.1, p.22-26, 2016.
- GOMES, N. P.; SANTOS, A. B.; ABIB, S. W.; SANTOS, V. M.; FÉRIAS, Z. I.; CAREIRO, J. B. Extensão Universitária: política educacional que orienta políticas públicas locais. *UDESC em Ação*, v. 8, n. 2, p. 65-79, 2014.
- PIRES, C. A.; SANTOS, M. A. L.; OLIVEIRA, B. F.; SOUZA, C. R.; BELARMINO, L. N. M.; MARTINS, M. F. Infecções Bacterianas primárias da pele: perfil dos casos atendidos em um serviço de dermatologia na região amazônica, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v.6, p.45-50, 2015.
- PÔRTO, L. A. B.; LYON, A. C. *Infecções Bacterianas da Pele*, 2015.
- SILVA, P. L. N.; ABREU, G. G. D.; FONSECA, J. R.; SOUTO, S. G. T.; GONÇALVES, R. P. F. Diagnóstico e intervenção de enfermagem em paciente com erisipela: estudo de caso em hospital de ensino. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v.04, n.4, p. 1512-1526, 2013.

## AGRADECIMENTOS

À Faculdade Vale do Salgado por possibilitar que o projeto de extensão Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Lesões seja viável.

Aos pacientes que nos confia sua expectativa de melhorar a condição de saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E O ESTILO DE VIDA MASCULINO

**Francisco Antonio da Cruz Mendonça<sup>1</sup>, Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>2</sup>, Luis Rafael Leite Sampaio<sup>3</sup>, Bruna Michelle Belém Leite Brasil<sup>4</sup>, Cristiani Nobre de Arruda<sup>5</sup>, Andrea Stopiglia Guedes Braide<sup>6</sup>, Kátia Castelo Branco Machado Diógenes<sup>6</sup>**

*1 Curso de Graduação em Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*Email: francisco.mendonca@estacio.br*

*Palavras-chave: Saúde do Homem. Estilo de Vida. Promoção da Saúde. Adulto Jovem.*

### INTRODUÇÃO

Este ensaio aborda a existência ou não de associação estatística entre a participação em ações de promoção da saúde e o estilo de vida de escolares adultos jovens do sexo masculino do município de Maracanaú-Ceará-Brasil, com vistas a apresentar um cenário epidemiológico que possa ser utilizado como parâmetro para subsidiar a promoção da saúde nas diversas redes sociais nos quais os jovens estão inseridos.

Percebe-se na literatura das últimas décadas um admirável avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (ROUQUAYROL; GURGEL, 2012) com enfoque, sobretudo, para o estilo de vida das pessoas.

O Ministério da Saúde do Brasil está investindo na promoção da Saúde do Homem em nível federal, estadual e local. Chama a atenção o coeficiente de mortalidade no Brasil, pois, atualmente, nas pessoas adultas, em cada três mortes, duas são de homens, dentre as mais diversas causas. Preocupa, ainda mais, quando relacionado aos jovens na faixa etária de 20 a 30 anos, pois tem 80% de risco de morte maior do que as mulheres (BRASIL, 2009).

Em agosto de 2009 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes, com enfoque para as políticas públicas de saúde, nesta clientela uma vez que essa parcela da população não possuía uma política na agenda da saúde, o que veio a favorecer a contextualização dos seguintes indicadores demográficos: violência, população privada de liberdade, alcoolismo e tabagismo, pessoa com deficiência, adolescência e velhice, direitos sexuais e reprodutivos, mortalidade, morbidade, causas externas e tumores.

O Ministério da Saúde do Brasil preocupou-se e lançou, em 2008, o Programa Saúde na Escola, resultado de uma parceria com o Ministério da Educação, com a finalidade de reforçar a prevenção, avaliação e monitoramento à saúde dos escolares brasileiros, e propor a construção de uma cultura de paz nas escolas (BRASIL, 2008).

Tal programa foi criado em decorrência do estilo de vida atual sobre as condições de saúde, com aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis, gravidez na adolescência e acreditando nas possibilidades de sucesso com uma aproximação da escola e a associação entre saúde e educação. Destaco, sobretudo, a saúde dos escolares do sexo masculino, devido ao fato de maior risco de morbimortalidade na fase adulto jovem.

Sobre a promoção da saúde, sabe-se que em uma sociedade em constante transformação, a promoção da saúde adquire importante papel socioeconômico e cultural, pois as pessoas do sexo masculino, com sobrecarga de atividades, acabam por relegar ao segundo plano a sua saúde. Dessa forma, o estudo pretende responder aos seguintes questionamentos: 1) Quais as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos escolares adultos jovens do sexo masculino de um município da rede metropolitana de Fortaleza? 2) Quais as ações de promoção da saúde das quais os escolares adultos jovens do sexo masculino participaram? 3) Qual o estilo de vida destes escolares adultos jovens? 4) Há associação ente as ações de promoção de saúde, as características descritas e o estilo de vida da clientela em estudo?

Com efeito, revendo as bases de dados Medline e Lilacs, em uma revisão não sistematizada, em 31 de maio de 2017, usando os descritores Saúde do Homem; Estilo de Vida; Promoção da Saúde; Adulto Jovem, encontrou-se 18 artigos que discutiam esta temática. Ao se analisar, porém, os títulos e os resumos destes artigos, não foram encontrados referência sobre estilo de vida e ações de promoção da saúde em homens adultos jovens, constituindo, desse modo, uma lacuna deste conhecimento.

Esta lacuna suscita estudos na temática, com vista a contribuir para os profissionais no planejamento de ações de promoção à saúde específicas para a população masculina, e, ainda, que sirvam de subsídio aos gestores para traçar, efetivar e avaliar políticas de incentivo de ações de promoção da saúde e estilo de vida saudável na população masculina, possibilitando a realização de práticas educativas e a reorientação dos serviços de saúde.

Diante desse contexto, objetivou-se averiguar a existência de associação estatística ente as ações de promoção de saúde e o estilo de vida da clientela em estudo.

## METODOLOGIA

O estudo foi do tipo transversal, analítico e quantitativo. O local da pesquisa compreendeu as escolas do município de Maracanaú-Ceará-Brasil, cidade localizada na Região Metropolitana de Fortaleza. Atualmente Maracanaú possui uma população de 200.797 habitantes (IBGE, 2010). Trata-se de região urbana com grande quantidade de indústrias com a segunda maior receita orçamentária do Ceará. Foi realizado no período de dezembro/2011 a junho/2012 compreendendo a população do município que tem cobertura de 93% da população do município pela Estratégia Saúde da Família.

Para esse estudo, o universo foi composto por todos os escolares de Maracanaú-Ceará-Brasil. A população compôs-se, por sua vez, dos adultos jovens escolares homens de Maracanaú. Por adultos jovens entende-se aqueles com idade compreendida entre 20 e 24 anos de acordo com a Organização Mundial de Saúde e com o marco legal brasileiro que contextualiza o Estatuto da Criança e do Adolescente no âmbito da saúde do adolescente e do jovem (OMS/OPAS, 2005).

Foram identificados os adultos jovens escolares de Maracanaú devidamente matriculados no ano de 2011 para compor a amostra, desde que estivessem disponíveis a participar da pesquisa. Incluiu-se na amostra o adulto jovem do sexo masculino, presente e que concordasse participar.

A partir do levantamento realizado, contou-se com uma população finita de N= 534 estudantes na faixa etária em estudo e do sexo masculino, sendo 168 do Ensino Médio e 366 do Educação de Jovens e Adultos. A amostra teve seu cálculo realizado de acordo com a fórmula de cálculo de amostra para população finita, considerando uma prevalência de 50% (chance de ter ou não estilo de vida saudável) e erro de 5% (HULLEY et al., 2008). Estimou-se a amostra como valor n=223, acrescentando-se 10% para eventuais desistências ou *missing*, totalizando 246 homens.

A coleta de dados constou da aplicação do questionário estruturado referente às variáveis sociodemográficas e clínicas e o questionário “Estilo de vida fantástico”, desenvolvido no Canadá (WILSON; CILISKA, 1984) em que a origem da palavra “fantástico” vem do acrônimo FANTASTIC que representa as letras dos nomes dos nove domínios (na língua inglesa) em que estão distribuídas 25 questões ou itens: F= *Family and friends (família e amigos)*; A = *Activity (atividade física)*; N = *Nutrition (nutrição)*; T = *Tobacco e toxics (cigarro e drogas)*; A = *Alcohol (álcool)*; S = *Sleep, seatbelts, stress, safe sex (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro)*; T = *Type of behavior (tipo de comportamento; padrão de comportamento A ou B)*; I = *Insight (introspecção)*; C = *Career (trabalho; satisfação com a profissão)* (RODRIGUEZ-AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Os dados coletados seguiram para construção do banco de dados no SPSS versão 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Os dados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos para melhor compreensão dos resultados. Foram respeitados os preceitos éticos em todas as fases do estudo, sendo aprovado sob o protocolo Nº 014/2012 do Centro Universitário Estácio do Ceará.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características clínicas, verificou-se que a faixa etária variou de 20 a 24 anos, com média de 20,85 ( $\pm 1,18$ ), predominando de 20 a 22 anos (87,4%). Em relação à raça, destacou-se que 69,1% declarou-se não branco. A grande maioria declarou solteiro (86,2%). Predominou em mais de um terço dos participantes o 3º ano do Ensino Médio (EM), com 42%.

A renda mensal familiar prevalente foi de até dois salários mínimos (71,5%). Verificou-se que a maioria (76,3%) dos homens adultos jovens disseram ser etilistas e 23,3% negaram este hábito. A grande maioria (89,4%) informou não ser tabagista. A maioria (75,2%) dos homens adultos jovens escolares não participou de reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico ou outros nos últimos doze meses, tendo 22,4% deles participado.

Quanto à participação de homens adultos jovens escolares em reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico, dentre outros, nos últimos doze meses, a maioria (75,2%) dos homens adultos jovens escolares não participou de reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico ou outros nos últimos doze meses, tendo 22,4% deles participado.

Sobre o estilo de vida, aplicou-se o questionário Estilo de Vida Fantástico (EVF), verificou-se escore mínimo de 17 e máximo de 91, com média de 69,29 pontos ( $\pm 10,64$ ). As classificações “excelente”, “muito bom” e “bom” foram agrupadas na classificação “positiva”, enquanto que as classificações “regular e ‘necessita melhorar” foram agrupadas na classificação “negativa”. Foi possível observar que 92,4% dos homens escolares adultos jovens apresentaram classificação positiva, em detrimento de 7,6%.

**Tabela 1:** Análise multivariada da leitura sobre saúde em folhetos ou revistas (BLOCO 1) associadas ao estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Variáveis	p*	OR	IC 95%
Folhetos			
No mínimo semanalmente	0,045	1,00	
Raras vezes ou nunca		0,12	0,01-0,95
Revistas			
No mínimo semanalmente		1,00	
Raras vezes ou nunca	0,527	0,59	0,34-8,31

\*p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; IC: intervalo de confiança.

Posteriormente, analisou-se o efeito das variáveis do bloco 2 (influência de alguém para deixar de fumar, emagrecer, consumir menos sal, consumir menos álcool) sobre o EVF. Permaneceu significativa estatisticamente a variável consumir menos álcool e sua associação com o EVF.

**Tabela 2:** Análise multivariada da orientação para deixar de fumar e de beber (BLOCO 2) associadas ao estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Variáveis	p*	OR	IC 95%
Deixar de fumar			
Profissional da saúde	0,590	1,00	
Outros		2,19	0,13-37,95
Emagrecer			
Profissional da saúde	0,999	1,00	
Outros		0,00	0,00-0,01
Consumir menos sal			
Profissional da saúde	0,882	1,00	
Outros		1,24	0,07-20,31
Consumir menos álcool			
Profissional	0,039	1,00	
Outros		0,13	0,02-0,90

\*p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

**Tabela 3:** Análise multivariada da verificação da PA nos últimos doze meses (BLOCO 3) associadas ao estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Variáveis	p*	OR	IC 95%
Verificou PA			
Sim	0,029	1,00	
Não		0,18	0,04-0,84

\*p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Na tabela 3, verificou-se que a variável do bloco 3 (verificação da PA nos últimos doze meses) permaneceu significativa.

**TABELA 4:** Modelo Final das variáveis intervenientes no estilo de vida fantástico em homens adultos jovens escolares. Maracanaú-CE-Brasil, 2012.

Variável	p	OR	IC 95%
Folhetos			
No mínimo semanalmente		1,00	
Raras vezes ou nunca	0,041	0,11	0,01-0,91
Consumir menos álcool			
Profissional		1,00	
Outros	0,065	8,81	0,87-89,04
Verificou PA			
Sim		1,00	
Não	0,058	0,22	0,05-1,05

\*p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Na tabela 4 apresentam-se as variáveis que permaneceram no modelo final da análise. Realizou-se regressão logística múltipla com os blocos 1, 2 e 3, que apresentaram  $p < 0,05$  no ajuste entre os blocos. Nesta etapa final, detectou-se que consumir menos álcool e verificar a PA não mantiveram associação estatisticamente significativa, portanto foram retiradas do modelo, permanecendo apenas mensagens de saúde em folhetos.

Sabe-se que, dentre as prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, destaca-se a saúde da população masculina. Foi, portanto, com o intuito de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira e de contribuir, de modo efetivo, para a redução da morbimortalidade dessa população e pelo enfrentamento dos fatores de risco (BRASIL, 2009).

Percebe-se, dessa forma, a necessidade de estudos que abordem o estilo de vida dos homens e seus fatores intervenientes, pois na contemporaneidade, o estilo de vida está susceptível à alimentação inadequada, que envolve refeições fora de casa, baixa adesão a alimentos saudáveis, possibilidade de alimentação em estabelecimentos próximos ao trabalho e nas cantinas escolares, e ao sedentarismo, impedindo ou dificultando um estilo de vida saudável.

Estudo realizado com adultos jovens escolares, porém de ambos os sexos, detectou a mesma predominância, sugerindo como justificativa a proximidade desta faixa com a ideal para o período escolar em que se encontravam, 3º ano do ensino médio (SANTOS, 2012).

Existem poucos estudos realizados com homens e nestes, a faixa etária é, normalmente, a partir de 50 anos. Como exemplo, observa-se o estudo de Knauth, Couto e Figueiredo (2012), o qual identificou que os homens que procuram os serviços de saúde são divididos em categorias: 1) a dos trabalhadores, formada por homens entre 30 e 50 anos, exercendo atividade remunerada e que, por exigência da empresa, realizam a atualização do calendário vacinal no momento da admissão e exames de rotina; 2) os demais afirmam ter pouco tempo disponível para irem ao serviço de saúde.

Nesse estudo, o estilo de vida foi avaliado pelo questionário “Estilo de Vida Fantástico”, proposto pelo Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, por Wilson e Ciliska (1994), e validado por Rodrigues-Añez, Reis e Petroski (2008). Há evidências de que é apropriado o instrumento do questionário “Estilo de vida fantástico” na versão em português para a avaliação do estilo de vida de adultos jovens. No entanto, recomenda-se a utilização do questionário na atenção primária à saúde e em estudos epidemiológicos, pois foi demonstrado em estudo que é um instrumento para auxiliar os profissionais de saúde na orientação para mudanças no estilo de vida dos homens adultos jovens.

Para Pardo-Torres e Núñez Gómez (2008), o estilo de vida compreende a maneira geral da pessoa viver, fundamentada nas condições de vida, o que, em um sentido mais amplo, envolve as maneiras de comportamento, determinada por fatores socioculturais e características individuais. Ou seja, um estilo de vida saudável sugere hábitos que influenciem positivamente a saúde da pessoa.

Estudo de Lema Soto et al. (2009) utilizou o instrumento *College Youth Lifestyle Questionnaire* (instrumento constituído por 11 domínios, a saber: exercício e atividade física, tempo de ociosidade, autocuidado, alimentação, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, sono, sexualidade, relações interpessoais, afrontamento, percepção do estado emocional e satisfação com o estilo de vida e estado geral de saúde) e observou elevada frequência de práticas saudáveis e o não consumo do álcool.

Dessa forma, nosso estudo corroborou com o anterior, no tocante à relação estatisticamente significativa entre a classificação do estilo de vida e a influência de alguém para consumir menos álcool ( $p = 0,004$ ), pois percebeu-

se que as pessoas no nosso entorno podem contribuir positiva ou negativamente para nosso estilo de vida, sendo os familiares de influência positiva.

Em nosso estudo, observou-se associação estatística entre a classificação do estilo de vida fantástico e a verificação da pressão arterial nos últimos 12 meses ( $p = 0,023$ ). Ou seja, para a preocupação em verificar a pressão arterial se associa com o Estilo de Vida Fantástico.

A Estratégia de Saúde na Família e a Escola podem desenvolver uma parceria muito útil para trabalhar as ações de promoção da saúde e estilo de vida saudável e trabalhá-los com olhar diferenciado. A prevenção de novos agravos a estes adultos jovens masculinos trazem grandes benefícios sociais e econômicos, além da melhoria da qualidade de vida destes homens na velhice. Estas intervenções acarretariam menos custos ao Estado e ao próprio homem, também ocorreriam menos internações e óbitos em decorrência do estilo de vida inadequado e da ausência de ações de promoção da saúde.

## CONCLUSÃO

Em relação às características sociodemográficas dos homens adultos jovens avaliados, houve predomínio da faixa etária de 20 a 22 anos, não brancos, com escolaridade cursando o terceiro ano do ensino médio e sem companheira. A maioria era etilista e não tabagista. Em relação à participação em reunião ou atividade relativa ao hábito de fumar, dieta, exercício físico, dentre outros nos últimos doze meses um quarto participou. A maioria dos homens adultos jovens classificou de maneira positiva o questionário Estilo de Vida Fantástico.

No entrecruzamento entre ações de promoção da saúde e classificação do estilo de vida fantástico, observou-se associação estatística da classificação do estilo de vida fantástico com a leitura sobre mensagens de saúde em folheto, com a influência de alguém para consumir menos álcool e com a verificação da pressão arterial nos últimos 12 meses.

Ao longo do estudo, muitas foram as dificuldades vivenciadas: pelo fato de ser uma população adulta jovem, na qual a maioria estudava à noite e a coleta ser realizada em um região metropolitana de Fortaleza: Problemas de acesso para chegar a algumas escolas; barreiras funcionais para a marcação da coleta pelo calendário da escola que teve greve, férias dos alunos; greve dos professores, e entre outros.

Torna-se necessário que outros estudos abordando a saúde do homem nos diversos cenários da saúde coletiva sejam desenvolvidos. É essencial a percepção de que o processo saúde-doença-cuidado envolve uma complexa teia de serviços, onde os saberes e as ações intersetoriais são fundamentais para o sucesso das práticas de promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel.php>. Acesso em 01 mar 2010.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-26, 2012.

LEMA SOTO, L. F.; SALAZAR TORRES, I. C.; VARELA ARÉVALO, M. T.; TAMAYO CARDONA, J. A.; RUBIO SARRIA, A.; BOTERO POLANCO, A. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. **Pensamiento Psicológico**, v. 5, n. 12, p. 71-88, 2009.

OMS. Organização Mundial de Saúde. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital**. Organização Mundial da Saúde, 2005.

PARDO-TORRES, M. P.; NÚÑEZ GÓMEZ, N. ARTURO. Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven. **Aquichan**, v. 8, n. 2, p. 266-284, Chía, 2008.

RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão Brasileira do Questionário "Estilo de Vida

Fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arq Bras Cardiol.** v.91, n. 2, p. 102-9, 2008.

SANTOS, J. C. **Análise da obesidade em adultos jovens escolares**: subsídio à educação em saúde pelo enfermeiro. 2012. 109f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

WILSON, D. M.; CILISKA, D. Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument. **Can Fam Physician.** v.30, p. 1863-6, 1994.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA E DOMÍNIOS DO ESTADO COGNITIVO DA PESSOA IDOSA

Marcia Maria Gonçalves Felinto Chaves<sup>1</sup>; Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho<sup>2</sup>; Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro<sup>3</sup>; Edgar Gomes Marques Sampaio<sup>4</sup>, Maria Vieira de Lima Saintrain<sup>5</sup>

1 Docente do Curso de Fisioterapia, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO, Fortaleza- CE, Brasil. marciagfchaves2@gmail.com

2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza-CE, Brasil. gflamarion@hotmail.com

3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza-CE, Brasil.

4 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil.

5 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza-CE, Brasil.

Email:edgar.gauss@gmail.com

Palavras-chave: Mini-mental. Condição Socioeconômica. Domínios. Estado cognitivo. Pessoa Idosa.

### INTRODUÇÃO

O aumento da população de idosos é uma realidade mundial e no Brasil já em 2012 passa a representar 12,6% da sua população geral (IBGE, 2012), de tal modo que em menos de 40 anos o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigências de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

Sabe-se que viver mais, implica no declínio fisiológico em virtude da maior probabilidade de doenças crônicas, manifestação a vulnerabilidade, que envolve capacidade funcional, equilíbrio e mobilidade, função cognitiva, deficiências sensoriais e que podem comprometer a autonomia (LACAS e ROCKWOOD, 2012; BURLÁ *et al.* 2013).

Estudo realizado por Guo, Zhou e Zhao (2012), demonstra que a função de execução de uma atividade pode diminuir com o aumento da idade. Portanto, enfatizam que a avaliação por meio do MEEM deve fazer parte do exame de saúde anual para os idosos. Recomendam sua realização em conjunto com outras medidas de rotina no sentido de aumentar a probabilidade do diagnóstico precoce do comprometimento cognitivo.

Importante mencionar o fato de que as repercussões do declínio cognitivo sobre o estado geral de saúde no idoso sinalizam para a necessidade de inquéritos abrangentes sobre a situação de saúde mental, em todas as regiões do país (Nascimento *et al.* 2015).

Nesta conjuntura, o objetivo desta pesquisa teve como argumento identificar os domínios do Mini Exame do Estado Mental que precisam ser melhores investigados na pessoa idosa.

### METODOLOGIA

Pesquisa, transversal, constituída de dados primários oriundos de entrevista com pessoas idosas (60 anos ou mais) usuárias do Sistema Único de Saúde do Município de Fortaleza – Ceará.

O tamanho da amostra foi calculado, tomamos por base os seguintes critérios: número total dos habitantes idosos no ano de 2010 (N=202.814) da cidade de Fortaleza (DATASUS, 2010), utilizou-se da fórmula para população finita,

$$n = \frac{N \cdot k^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

considerando tamanho mínimo de amostra para estimar proporção populacional com proporção máxima esperada de 20%, nível de significância de 5% e erro máximo admissível de 5%, obteve-se o tamanho mínimo de 246 idosos. Para suprir eventuais perdas de dados foram acrescidos 20% sobre este valor ficando definido em 297 idosos.

Foram consideradas informações sobre dados sociodemográficos (idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade e renda) e o instrumento específico denominado Mini Exame do Estado Mental - (MEEM).

Para avaliação dos domínios da função cognitiva as questões foram organizadas em sete categorias com pontuações específicas, conforme Caixeta e Ferreira (2009). Compreende orientação temporal (0-5 pts), orientação espacial (0-5 pts), memória imediata (0-3 pts), atenção e cálculo (0-5 pts), memória de evocação (0-3 pts), linguagem (0-8 pts) e capacidade construtiva visual (0-1 pt). Os escores variaram de zero a 30 pontos. O escore



mínimo de zero ponto indica o maior grau de comprometimento cognitivo, e quanto maior for o escore, melhor será a capacidade cognitiva.

Foram adotadas como critérios de inclusão todas as pessoas com 60 anos ou mais atendidas nas referidas UBAs e que aceitaram participar livremente do estudo após o esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto à exclusão, obviamente, não participaram da pesquisa os idosos que não se conformavam aos critérios ora mencionados e que demonstravam comprometimento auditivo ou visual que os impediam de responder às questões.

Após a coleta dos dados, estes foram digitalizados e analisados por meio do *Software* "Statistical Package for Social Science", versão 20 (SPSS Co., Chicago, USA), para seu processamento, tabulação e análise. As variáveis foram submetidas à análise descritiva (com finalidade de determinar sua distribuição) e analítica (para verificar a associação entre elas).

Quanto aos aspectos éticos legais, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza. Sem conflito de interesse, teve aprovação sob Parecer 200/2009, enquanto Projeto aprovado pelo Edital do CNPq, sob o processo de número 478645/2013-9.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 297 idosos com idade de 60 a 97 anos, média de 71,7 anos (DP±9,0). Prevaleram: sexo feminino (230; 77,4%); casados (137; 46,1%); raça branca (140; 47,1%); não trabalham

(208;70%); renda mensal até dois salários mínimos (130;43,8%), baixa escolaridade (130; 43,8%), saúde atual razoável (185;62,3%) e igual quando comparada ao ano anterior (148;49,8%).

No que concerne ao teste do MEEM, 74 idosos (24,9%) apresentaram déficit cognitivo. Os escores variaram de oito a 30 pontos, média 24,4% (DP± 4,3).

Esta grande prevalência quando comparada ao longo do tempo com outras pesquisas, os resultados se revelaram semelhantes. Em estudo de Bennet *et al.* (2002) os resultados mostraram que 26,4% de seus pesquisados tinham déficit cognitivo; Panini (2013) encontrou 37,9% de idosos com semelhante déficit. Outros autores como Silberman *et al.* (1995) corroboram ao encontrar uma frequência de 29%. Ferreira *et al.* (2014) verificou que o percentual de idosos com perda cognitiva por meio do MEEM foi de 30% da amostra, sendo mais prevalente em mulheres (36,2%), quando comparado aos homens (7,7%). Vale salientar que os estudos de Ferreira *et al.* E de Panini *et al.* foram realizados em Instituição de longa permanência, justificando, assim, sua prevalência mais elevada.

Houve associação significativa entre: ter déficit cognitivo e variável sociodemográfica: faixa etária (p=0,009; RP=2,05), renda (p<0,001; RP=2,48), escolaridade (p<0,001; RP= 4,20).

Sobre Faixa etária e escolaridade, a análise de associação do MEEM com as variáveis sociodemográficas além de apresentar significância estatística no que se refere a faixa etária apresentou maior acometimento para os idosos com 80 anos ou mais, que em consonância com Machado *et al.* (2007), em seus achados mostram que quanto maior for a idade, maior será o déficit cognitivo. Igualmente, a prevalência de declínio cognitivo apresentou-se elevada no estudo de Nascimento *et al.* (2015) e associou-se a longevidade dos idosos (80 anos ou mais) e ao menor nível de escolaridade. Para o autor, a prevalência elevada de declínio cognitivo constitui um dado preocupante, em decorrência do impacto negativo das perdas cognitivas na saúde e bem-estar das pessoas idosas.

De acordo com os domínios da função cognitiva, no que concerne ao percentual geral de acerto, ressalta-se maior comprometimento naquele referente ao cálculo (47,5%) e melhor desempenho no domínio da memória imediata (98,9%).

Pela tabela observa-se os resultados com significância estatística entre a média de pontuação nos domínios: **temporal** e faixa etária (p=0,005), raça (p=0,032), trabalha (p=0,038), renda (p<0,001) e escolaridade (p<0,001); **espacial** e faixa etária de 70 a 79 anos (p= 0,001); cálculo e faixa etária (p=0,001), estado civil (p=0,013), raça (p= 0,002), trabalha (p=0,001), renda (p< 0,001) e escolaridade (p<0,001); **memória evocada** e faixa etária (p=0,005); linguagem e faixa etária (p=0,010), raça (p=0,017), renda (p=0,013) e escolaridade (p< 0,001); **domínio construtivo visual** e faixa etária (p=0,001), trabalha (0,044), renda (p<0,001) e escolaridade (p=0,007).

Tabela - Significância estatística da associação entre a condição socioeconômica e os domínios do estado cognitivo da pessoa idosa. Fortaleza-CE, 2016.

Domínios	Faixa etária <sup>2</sup>	Sexo <sup>1</sup>	Estado civil <sup>2</sup>	Raça <sup>2</sup>	Trabalha <sup>1</sup>	Renda <sup>2</sup>	Escolaridade <sup>2</sup>
Temporal	0,005	0,943	0,417	0,032	0,038	<0,001	<0,001
Espacial	0,001	0,994	0,053	0,346	0,541	0,083	0,006
Memória imediata	0,351	0,692	0,502	0,675	0,940	0,532	0,158
Cálculo	0,001	0,104	0,013	0,002	0,001	<0,001	<0,001
Memória evocada	0,005	0,518	0,643	0,930	0,123	0,304	0,145
Linguagem	0,010	0,214	0,598	0,017	0,486	0,013	<0,001
Construtiva	0,001	0,623	0,428	0,135	0,044	<0,001	0,007

<sup>1</sup> Teste de Mann-Whitney;

<sup>2</sup> Teste de Kruskal-Wallis

O **domínio de atenção e cálculo** foi o que comprovou menor desempenho geral no teste do MEEM, exprimindo significância estatística em praticamente todas as variáveis sociodemográficas, exceto quanto ao sexo. Este achado tem consonância com Silva *et al.* (2011), vista que em seu estudo também houve detecção de baixo escore no domínio da atenção e cálculo, assim como na memória evocada.

Considerando o fato de que no desempenho dos domínios da função cognitiva, o mais prejudicado foi àquele referente ao cálculo, contrapondo ao de maior desempenho, o da memória imediata, nos faz ressaltar o exemplo de Gallahue e Ozmun (2005) ao enfatizar que na medida em que o cérebro envelhece, a atividade bioquímica e os neurotransmissores são afetados frequentemente e desta maneira, com o envelhecimento normal, sucede decréscimo no número de células nervosas, podendo ocorrer variações com uma mínima perda celular em uma região e prejuízos mais pronunciados em outras.

Portanto, a deterioração não é necessariamente difusa nem global e, com frequência, múltiplos domínios cognitivos restam-se afetados, enquanto outros se mantêm preservados (RITCHIE & LOVESTONE, 2002). Assim sendo, a avaliação cognitiva deve fazer parte da avaliação clínica, haja vista o fato de que, auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas, além de que o desempenho físico e social destas depende da integridade de suas funções cognitivas nas quais a perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva Haywood e Getchell (2004) chamam à atenção para o fato de que o exercício físico é de fundamental importância para redução de alguns declínios no sistema nervoso gerados pelo envelhecimento. Autores consideram que a inatividade física e outras doenças e comorbidades, afetam a saúde cognitiva e física dos idosos, com grande repercussão na sua autonomia e qualidade de vida, tornando-se necessário encontrar estratégias que viabilizem a atenção, promoção e prevenção da saúde, voltadas a esses segmentos populacionais (VARGAS, LARA E MELLO-CARPES, 2014)

Considerando o exposto, e ser o declínio cognitivo um problema de Saúde Pública, é importante mencionar sobre a necessidade de maiores investigações a respeito desta temática.

## CONCLUSÃO

O instrumento MEEM mostrou-se importante na triagem da função cognitiva, identificando domínios mais comprometidos como da atenção e cálculo e memória evocada, e de melhor desempenho, deparado pelo domínio da memória imediata, portanto, eficaz na prevenção de possíveis casos de défices cognitivos que possam ser precursor de demência, trazendo consequência para a pessoa, a família e a sociedade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. Brasília-DF, 2006.

- BENNETT, D. A.; WILSON, R. S.; SCHNEIDER, J. A., Evans, D. A. Beckett L. A., Aggarwal N. T. et al. Natural history of mild cognitive impairment in older persons. **Neurology**; v. 59, n. 2:198-205, 2002
- BURLÁ, Claudia; CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; FERNANDES, Daniele; NUNES, Rui; Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.18, n.10, p.2949-2956,2013.
- CAIXETA, G. C. S.; FERREIRA, A. Desempenho cognitivo e equilíbrio funcional em idosos. **Revista de Neurociências**; v.17, n.3,p.:202-208,2009.
- DATASUS. Informações de Saúde. População residente por faixa etária, segundo Município. Período 2010. [Accessed on 09 Jan 2015] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/a01.def>.
- FERREIRA, L.S., PINHO, M.S.P., PEREIRA, M.W.M., FERREIRA, A.P. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. *Revista Brasileira de Enfermagem*; v.67, n.2, p. 247- 51, 2014.
- GALLAHUE, D.L. E OZMUN, J.C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3ª Edição. São Paulo: Phorte, 2005.
- GUO, Q.; ZHOU, B.; ZHAO, Q-H. Memory and Executive Screening (MES): a brief cognitive test for detecting mild cognitive impairment. **BMC Neurology**, 2012, v. 12, p. 119.
- HAYWOOD, K.M. E GETCHELL, N. **Desenvolvimento motor ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de indicadores 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65857.pdf>>. Acesso em: 20 agosto de 2017.
- LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *Londres: BMC Med.* v. 10, n. 4, 11/ jan/2012.
- MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L.; LEAL, P. F. G.; COTTA, R. M. M. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**; v.10, n.4, p.592-60, 2007.
- NASCIMENTO, R.A.S.A., BATISTA, R.T.S., ROCHA, S.V., VASCONCELOS, L.R.C. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; v.64, n.3, p.187-92, 2015.
- PANINI A. V; MENEGASSO, J.F.; GALVAN, L.; FELDENS, V.P.; VINHOLES, D.B. Transtornos neuropsiquiátricos em idosos institucionalizados no sul de Santa Catarina (Brasil). *Medicina (Ribeirão Preto)*; v.46, n.4,p.374-80,2013.,
- RITCHIE, K.; LOVESTONE, S. The dementias. *Lancet*, v. 360, n. 9347, p. 1759-1766, Nov. 2002.
- SILBERMAN C, SOUZA C, WILHEMS F, KIPPER L, WU V, DIOGO C, SCHMITZ M, STEIN A, CHAVES M. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Revista de Saude Publica*; v. 29, n.6, p.444-450, 1995.
- VARGAS, L.S., LARA, M.V.S., MELLO-CARPES, P.B. Influência da diabetes e a prática de exercício físico e atividades cognitivas e recreativas sobre a função cognitiva e emotividade em grupos de terceira idade *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*; v. 17, n. 4, p. 867-878, 2014.
- VERAS, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev. Saúde Pública* v.43, n.3, p. 548-54,2009

## AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq) pelo financiamento do Projeto, processo número: 478645/2013-9.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO EM SAÚDE COM O FOCO EM SAÚDE AMBIENTAL E QUALIDADE DE VIDA: REVISÃO INTEGRATIVA.

Cesário Rui Callou Filho<sup>1</sup>, Ilana Farias Andrade de Moura<sup>2</sup>, Andressa Kécia Menezes Saraiva<sup>3</sup>, Ethel Esthephane Alves Vieira<sup>4</sup>, Maria Lys Callou Augusto<sup>5</sup>

*Mestrado em Saúde Coletiva- UNIFOR*

*Graduanda em Enfermagem na Faculdade Maurício de Nassau Fortaleza-Ceará-Brasil.. 3 Graduanda em Enfermagem na Faculdade Maurício de Nassau Fortaleza-Ceará-Brasil. 4 Graduanda em Fisioterapia na Faculdade Maurício de Nassau Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*Email:calou.augusto@gmail.com*

*Palavras-chave: Saúde Ambiental. Qualidade de Vida. Promoção em Saúde.*

### INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde ambiental refere-se aos aspectos da saúde e da qualidade de vida humana, determinadas por fatores ambientais, sejam estes físicos, químicos, biológicos ou sociais. Refere-se também à teoria e a prática de avaliação, correção, controle e prevenção daqueles fatores que, presentes no ambiente, podem afetar potencialmente, de forma adversa, a saúde humana de gerações presentes ou futuras (BRASIL, 1988).

Foi a partir da Constituição Nacional de 1988, também conhecida por Constituição Cidadã, que a saúde e o meio ambiente, no Brasil, passaram a ser reconhecidos como direitos dos cidadãos. Neste sentido, a realidade brasileira revela o distante e complexo caminho a ser percorrido para que esses direitos se tornem presentes no cotidiano da população brasileira. Portanto, a garantia do direito a saúde e ao meio ambiente está ligada às conquistas coletivas da sociedade brasileira (BRASIL, 2002).

Desde o surgimento das cidades, sabia-se que haviam processos que influenciavam no adoecimento. Observou-se que a água poderia ser uma via de contaminação e que os alimentos, de igual maneira, poderiam ser meios de propagação de doenças (BRASIL, 2005).

Com as populações aglomerando-se nas cidades, gerou-se um tipo de desorganização social, originando transtornos que foram crescendo e se tornando mais complexos. Surgindo, então, a preocupação com a vigilância sanitária - que impunha regras e providências sanitárias o que motivou a atividade profissional de vários especialistas, voltados para o estudo da água que abastecia a população, para os alimentos que eram consumidos por ela, para como seria a remoção do lixo produzido pela cidade e, assim, garantindo a higiene e evitando a propagação de epidemias (BRASIL, 2005).

Os inúmeros fatores ambientais que podem afetar a saúde humana é um indicativo da complexidade das interações existentes e da amplitude de ações necessárias para melhorar os fatores ambientais determinantes e condicionantes da saúde. Assim, tratar da questão relativa ao meio ambiente assume uma relevância fundamental (BRASIL, 2007).

As questões ambientais são, atualmente, um problema na saúde da sociedade, uma vez que, ao passar dos anos, está ocorrendo um crescimento acelerado e pouco planejado dos centros urbanos, aliado aos avanços tecnológicos e as mudanças globais, muitas vezes sem a devida preocupação com o meio ambiente (RIBEIRO, 2004).

Através da evolução da legislação, ampliou-se a consciência de que a saúde, individual e coletiva, nas suas dimensões física e psicológica, está particularmente relacionada à qualidade do meio ambiente. Com esse estudo, objetiva-se encontrar como o meio ambiente pode influenciar na promoção da saúde e na qualidade de vida. Assim, percebe-se a modificação nos hábitos das populações e cria-se um novo padrão de consumo, no qual os indivíduos são responsáveis pelos danos causados à natureza. Por isso, torna-se necessária a reflexão acerca do bem-estar ecológico e humano. Dessa forma, expõe-se a preocupação com a conservação da natureza, buscando "orientar" a população no sentido de possibilitar um futuro sustentável. Portanto, tratar da questão relativa ao meio ambiente assume uma relevância fundamental na atualidade, pois uma vida saudável depende intrinsecamente de um planeta saudável.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa realizada entre fevereiro e dezembro de 2016. A busca pelos artigos foi conduzida na base de dados *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, no período de 2012 a 2016. Foram encontrados 24 artigos acerca do assunto. Para tal estudo, utilizou-se X artigos que se aproximaram com o objetivo proposto.

O filtro “ano” foi utilizado para realizar uma abordagem mais atual do tema proposto na revisão. Na coleta de dados utilizou-se os descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): promoção em saúde, saúde ambiental e qualidade de vida, a fim de delimitar o assunto.

De acordo com a busca realizada com o descritor Promoção em saúde, Saúde Ambiental e Qualidade de Vida, foram encontrados 49 artigos. Com o emprego do descritor “Promoção em Saúde”, foi encontrado um total de 36.259 artigos, sendo 5.475 em português, 26.989 em inglês e 555 em espanhol, e se referiam, inclusive, a outras particularidades. Com o descritor “Saúde Ambiental”, foram encontrados 21.637 artigos, sendo 6.130 em português, 58.804 em inglês e 555 em espanhol. Utilizando o descritor “Qualidade de Vida”, foram encontrados 72.849 artigos, sendo 6.130 em português, 58.804 em inglês e 2.786 em espanhol. Desta forma, decidimos utilizar apenas o descritor que forma o título do artigo, a fim de possibilitar maior delimitação do material a ser analisado.

A descrição dos dados foi realizada em dois momentos. No primeiro, foram identificados: autores; título; ano e país de publicação; base de dados e periódicos. Após esse momento, procedeu-se a segunda etapa, de análise mais aprofundada, na qual o conteúdo foi explorado por meio de revisão crítica atendendo aos critérios de elegibilidade, objetivos, processo analítico e resultados obtidos.

Sobre o descritor “Promoção da Saúde” e “Saúde Ambiental na Qualidade de Vida”, foram encontrados 24 artigos, sendo 21 artigos em português, 1 artigo em inglês, 1 artigo em espanhol e 1 em francês. Destes, foram selecionados 12 artigos que contemplaram aos critérios de inclusão para uma análise mais aprofundada. Após a leitura dos 12 artigos, 5 foram excluídos por não estarem relacionados à temática do estudo. A amostra final foi composta por 4 artigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela I: Síntese do processo de seleção dos artigos para a revisão integrativa de literatura.

Nº DO ARTIGO	TITULO	AUTOR (ES)	ANO	OBJETIVO	DELINEAMENTO
ARTIGO - 1	Mobilização Social em Saúde e Saneamento em Processo de Pesquisa-ação em uma Comunidade Indígena no Noroeste Amazônico.	Toledo, F.R; Giatti, L.L.; Pelicioni, F.C.M.	2012	Relatar e discutir um curso de formação em saúde e saneamento em processo pesquisa-ação, em uma comunidade indígena no Noroeste Amazônico.	Relato de experiência
ARTIGO - 2	A Inserção da Vigilância em Saúde Ambiental no Sistema Único de Saúde	Filho, B.B.E.; Pontes, S.R.J.	2012	Apontar a importância dos artigos com temas relacionados a inserção da vigilância em saúde ambiental no sistema único de saúde, publicados pela revista brasileira em promoção a saúde.	Artigo editorial
ARTIGO - 3	Saúde e Meio Ambiente na Contemporaneidade: O Necessário Resgate do Legado de Florence Nightingale	Camponogara, S.	2012	Problematizar a relação entre as questões ambientais e o campo de saúde, resgatando bases conceituais que possibilitou os profissionais de enfermagem e saúde, refletir sobre o tema e o processo de preservação ambiental, destacando o legado deixado por Florence Nightingale.	Artigo Reflexivo

Tabela II: Síntese de resultados e conclusão dos artigos incluídos na revisão de literatura.

TÍTULO	SINTESE DE RESULTADOS	CONCLUSÃO
ARTIGO – 1	Como resultado do estudo realizado na comunidade indígena, o trabalho relata que durante a pesquisa verificou-se que a população era muito carente de informação sobre saúde e meio ambiente, sofria com dificuldade de acesso a água potável e saneamento básico, o que poderia gerar muitas doenças, mostrando que essa população está muito indefesa no que também em sua qualidade de vida e exprime a gravidade do problema socioambiental no local de estudo.	Assim conclui-se que os trabalhos promovidos na comunidade levaram conhecimento através de cursos e discussões realizadas com os índios, que são uma população especial brasileira. Foi demonstrado para a comunidade que o meio ambiente em que vivem deve ser mais salutar possível e que isso pode impactar na sua qualidade de vida e de saúde. Demonstra um estímulo a aproximação da população indígena com as instituições governamentais, que deveriam olhar com mais atenção para a mesma.
ARTIGO – 2	O editorial expõe sobre as ações desenvolvidas pelo ministério da saúde na vigilância ambiental, aplicada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Trata da implementação do Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVISA) e discorre sobre a parceria do governo federal com outros órgãos e instituições. Demonstrando a influência do ambiente com a qualidade de vida da população.	Conclui-se que a Revista Brasileira em Promoção a Saúde busca aumentar a publicação de artigos que tratam do tema, meio ambiente e saúde. E que demonstra que o governo tem mantido ações a respeito do meio ambiente e saúde. É possível verificar a importância da vigilância ambiental, pois acarreta diretamente a qualidade de vida da população, no que diz respeito a manutenção da saúde, que sofre a interferência ambiental.
ARTIGO – 3	O artigo reflete sobre o legado de Florence Nightingale, mostra a importância da consciência ambiental no trabalho em saúde, mostra o impacto da sociedade no processo saúde-doença. Admite que é necessário a busca de uma consciência ambiental e no que diz respeito ao trabalho em saúde, exige grande esforço de todos os profissionais envolvidos e a favor do mesmo ideal. Percebe-se que a saúde ambiental pode impactar diretamente na qualidade de vida dos profissionais da saúde e das pessoas que os mesmos atendem.	Nesse contexto expõe que deve ser discutido o conceito de meio ambiente, levando educação ambiental para a população. De um modo especial orientar os profissionais da saúde para tomarem decisões conscientes a respeito do assunto e praticar ações que gerem o bem estar e promoção da saúde para todos.

Após a análise da literatura e pesquisa, compreendeu-se que o processo saúde-doença se estabelece numa relação entre o homem e o ambiente, e que os diversos fatores ambientais influenciam diretamente nesse processo. Por isso, faz-se necessário uma mobilização educativa, com o propósito de conscientização para a redução da degradação ambiental, nas diversas áreas do conhecimento, para que o assunto se torne de domínio público. Esta tarefa compete não somente ao serviço de saúde, como também à população em geral, fazendo com que seja um processo integrativo, que unifica a força de trabalho dos diversos segmentos sociais. Dessa forma, percebeu-se que as questões ambientais influenciam diretamente na qualidade de vida da população, como gerar um processo de adoecimento, inclusive transtornos psicológicos e comportamentais.

No que diz respeito a educação ambiental, demonstrou-se a importância de acesso a informação por parte da população que não tem facilidade de acesso a saneamento ou a tratamento de água, como na comunidade indígena habitante da sede do distrito de Iauaretê, no município de São Gabriel da Cachoeira, no estado do Amazonas (BESERRA,2010).

Nessa comunidade indígena, percebendo a questão ambiental que está diretamente ligada à qualidade de vida, instituíram-se cursos e reuniões, para que os indígenas pudessem participar de forma efetiva nas tomadas de decisões da comunidade, no que diz respeito as ações de saúde e ao saneamento, demonstrando assim, a grande importância desses fatores na melhoria de vida dessa população (BESERRA,2010).

Visto a importância da vigilância ambiental, o ministério da saúde vem inserindo ações nesse sentido dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso vem sendo aplicado de maneira diferente da vigilância epidemiológica, pois é algo intersetorial, e somente a área da saúde não consegue lidar com a questão da saúde ambiental (TOLEDO2012).

Com a criação da instrução normativa nº 1, de 7 de março de 2005, cria o Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVISA), buscando desenvolver várias ações voltadas para a vigilância ambiental, que tanto entidades públicas quanto privadas devem seguir, sempre observando fatores que possam ser condicionantes e determinantes ao meio ambiente, interferindo na saúde humana, recomendando a adoção de medidas que possam prevenir e controlar alguns fatores que possam estar relacionados com doenças ou qualquer agravo a manutenção da saúde (FILHO,2012).

Diante da situação ambiental, não podemos evitar a discussão sobre como está o Brasil em meio a tudo isso. Nesse sentido, podemos perceber que não existe somente uma crise ambiental, mas também social e cultural, o que influencia na relação humana e em como vemos o mundo em que vivemos e o ambiente ao nosso redor (CAMPONOGARA,2012)

Podemos perceber que os órgãos governamentais: Ministério do Meio Ambiente e Ministério da Saúde, desde os anos 90, vêm implementando uma legislação, visando minimizar o impacto ambiental que vem do processo de trabalho em saúde. Assim, instituições de saúde são obrigadas a seguir uma série de regras que tratam de questões como o gerenciamento de resíduos sólidos, o que impacta no meio ambiente de forma positiva. Mesmo assim, essas práticas não parecem refletir fortemente, ainda, para algumas áreas da saúde, devendo essas atividades aproximarem os profissionais da saúde na defesa do meio ambiente e da qualidade de vida (CAMPONOGARA,2012)

Florence Nightingale propôs uma teoria ambientalista, e para a promoção da saúde e da qualidade de vida que perdura nos dias atuais, ela nos mostra que o conceito ambiental está no centro e afeta a vida das pessoas, sendo capaz de trazer contribuição à sua saúde ou lhe causar adoecimento (CAMPONOGARA,2012)

A reconhecida Florence nos fala, em seus livros, que existem elementos muito importantes para a manutenção da saúde e da qualidade de vida, e que estes fazem parte do meio ambiente, tais como: boa ventilação, com ar fresco e puro, iluminação e exposição a luz solar direta e boa higiene, mostrando a preocupação com as possíveis infecções, com os ruídos e com a boa alimentação (CAMPONOGARA,2012).

Assim, podemos notar que a partir do momento em que a sociedade se mobiliza e toma consciência da importância desta dimensão, a conjuntura social terá um grau de comprometimento maior com esta causa e buscará, através das autoridades, um enriquecimento nas políticas públicas voltadas para este processo. Por ser um processo de interesse público, destaca-se a relevância da participação popular de maneira ativa na conscientização da comunidade no que se refere a educação ambiental, já que o foco da orientação é individual e coletivo.

## CONCLUSÃO

No presente estudo, conclui-se que o crescimento acelerado das cidades e a aglomeração de pessoas está diretamente ligado à propagação de doenças. Por isso, legislações foram criadas, a fim de reduzir a proliferação das doenças e seus agravos.

A literatura mostra que o processo saúde-doença está intimamente relacionado as modificações do meio ambiente, e a falta de preocupação ambiental reflete em degeneração da saúde ambiental, onde os indivíduos são responsáveis pelos danos causados à natureza, por isso, torna-se necessária a reflexão acerca do bem-estar ecológico e humano.

Constatou-se a necessidade de se construir modelos de educação e políticas públicas voltadas para o esclarecimento e para a resolução de problemas ambientais muito pertinentes e comuns à sociedade - inclusive na população indígena, como relata um dos trabalhos incluídos neste estudo - gerando uma preocupação com o tratamento de resíduos sólidos, o esgotamento sanitário e acesso a água potável.

Assim, a população e o poder público devem interagir e se articular a respeito da promoção da saúde, com ações objetivas e de caráter emergencial, voltadas para o meio ambiente em que vivemos.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. ANVISA. **Cartilha de Vigilância Sanitária**. Brasília. 2a. edição, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa nº 1 de 7 de março de 2005**. Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. Brasília, 2005.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- BESERRA, E. P. et al. **Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária**. Revista Brasileira de

Enfermagem. Brasília, v. 63, n. 5, p. 848-52, 2010.

CAMPONOGARA, S. **Saúde e Meio Ambiente na Contemporaneidade: O Necessário Resgate do Legado de Florence Nightingale**. Esc Anna Nery. Rio Grande do Sul, v. 16, n. 1, p. 178-184, jan-mar, 2012.

FILHO, B. B. E.; PONTES, S. R. J. **A Inserção da Vigilância em Saúde Ambiental no Sistema Único de Saúde**. Rev. Bras. em Promoção da Saúde. Fortaleza, v. 25, n. 1, p. 1-2, jan./mar., 2012.

RIBEIRO, H. **Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 70-80, 2004.

TOLEDO, F. R.; GIATTI, L. L.; PELICIONI, F. C. M. **Mobilização Social em Saúde e Saneamento em Processo de Pesquisa-ação em uma Comunidade Indígena no Noroeste Amazônico**. Saúde Soc. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 206-218, 2012.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## **BIKE VIDA: UMA NOVA FORMA DE ATENDIMENTO DO SAMU 192, REGIONAL FORTALEZA.**

**Odaleia de Oliveira Farias<sup>1</sup>, Suzelene Chagas Marinho<sup>2</sup>, Daniel Souza Lima<sup>3</sup>.**

*1 Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Enfermeira. Pós-graduada em Regulação em saúde no SUS/Universidade de São Paulo. Fortaleza- Ceará-Brasil*

*3 Médico. Professor da Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: odafarias@hotmail.com

Palavras-chave: Urgência; Emergência; Atendimento Pré-hospitalar; Tempo resposta.

### **INTRODUÇÃO**

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), bem como suas Centrais de Regulação Médica das Urgências formam um componente essencial da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que objetiva sempre o acolhimento, classificação de risco e resolutividade em todas as suas ações, devendo estas serem articuladas com todos os equipamentos de saúde, com vistas ao cuidado integralizado e humanizado em casos de urgência e emergência, de forma rápida e eficaz (BRASIL, 2012). O serviço de atendimento pré-hospitalar objetiva chegar precocemente ao paciente, logo após o agravo ter ocorrido, afim de propiciar um atendimento e transporte adequado a um serviço de saúde compatíveis com o perfil de cada caso (BRASIL, 2011).

Em geral, as equipes atendem por meio de unidades de suporte básico (USB), unidades de suporte avançado (USA), atendimento aéreo, ambulâncias, motolâncias e veículo de intervenção rápida (BRASIL, 2012.1). Dessa forma, a bicicleta ainda não é um veículo integrante da frota padrão de intervenção do SAMU 192, mas é promissora no que se refere a melhora dos indicadores de avaliação do serviço. Entre estes indicadores estão o número geral de ocorrências atendidas no período, tempo mínimo, médio e máximo de resposta, quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de USA e USB, localização das ocorrências, identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento, identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento e número de pacientes referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento (BRASIL, 2012).

Essa forma de atendimento já existia no Brasil, a exemplo das Ciclolâncias em Campina Grande- PB, atendendo em locais públicos com grande concentração de pessoas praticando esportes. Fora do país, no Reino Unido e nos Estados Unidos, esse atendimento com bicicletas é chamado de Bike Serviço de Emergência Médica (EMS bikes), sendo usadas em uma variedade de situações, principalmente naquelas com grande aglomerado de pessoas ou tráfego de veículos, resultando muitas vezes na diferença entre a vida e a morte. Nesses países, esses socorristas podem atuar em eventos especiais, em horários de pico, em locais de entretenimento, noites de finais de semana, em aeroportos e parques (IPMBA, 2007).

No Brasil, tendo em vista a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços de atendimento móvel com estrutura e funcionamento adequados à legislação vigente (BRASIL, 2012) e que em cidades populosas são necessários serviços de cuidados pré-hospitalares que utilizem veículos alternativos para ambulâncias para reduzir custos e melhorar o tempo de resposta às ocorrências em áreas com grande concentração de pessoas, como espaços de lazer e turismo, o programa Bike Vida surge como um programa promissor.

*Bike vida* é uma nova forma de atendimento oferecido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que visa o acesso rápido e a assistência, por meio de socorristas que realizam atendimento utilizando bicicletas. Nesse contexto, esse estudo visa descrever esse programa de atendimento pré-hospitalar oferecido pelo SAMU 192, Regional Fortaleza.

### **METODOLOGIA**

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido em agosto de 2017, em Fortaleza, CE. A pesquisa relata dados preliminares observados a partir da vivência de Enfermeiros e Médicos do SAMU de Fortaleza sobre a implantação e operacionalização do programa *Bike Vida*. Utilizou-se ainda as fichas de atendimentos prestados no primeiro mês do programa, entre 15 de julho a 15 de agosto de 2017, além de arquivos elaborados durante planejamento e execução da estrutura do serviço.

Foram retratadas estrutura física e materiais necessários, profissionais direta e indiretamente envolvidos, horários de atendimento, formas de solicitação, limites de cobertura, principais natureza/ características dos

agravos e, finalmente, vantagens e dificuldades do programa na visão dos profissionais do atendimento pré-hospitalar diante das primeiras evidências observadas.

O local dos atendimentos, prestados ao longo da orla marítima, é uma área de grande concentração de pessoas e um dos maiores pontos turísticos da cidade.

Foram respeitados todos os aspectos éticos relacionados às pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O programa *Bike Vida* foi idealizado na cidade de Fortaleza por médicos e enfermeiros do SAMU 192, tendo sido implantado em junho de 2017 e iniciado os atendimentos no dia 15 de julho do mesmo ano. Essa nova modalidade de serviço do SAMU 192, Regional Fortaleza, atende um perímetro de quatro quilômetros e meio da orla marítima, com cada profissional cobrindo um terço dessa área.

A área da orla coberta pelo programa, à beira mar da cidade, vai desde o estabelecimento Estoril até o Mercado dos Peixes. Trata-se de um espaço de grande concentração de pessoas, principalmente de turistas, vindos de diversas partes do país e de fora do Brasil. Segundo o IPMBA (2007), as principais razões para atendimento em bicicletas é a agilidade e segurança no cuidado prestado, dada a facilidade de mobilidade em meio a aglomerados de pessoas e veículos. Esse serviço também é utilizado, fora do país, por outras classes de trabalhadores, como policiais e bombeiros.

O programa está em fase inicial de implantação, contando com três bicicletas equipadas com desfibrilador automático externo (DEA), oxigênio portátil, oxímetro, colar cervical, estetoscópio, esfigmomanômetro, materiais para curativo, materiais para imobilização e equipamentos de proteção individual.

Os socorristas são profissionais treinados e habilitados em atendimento pré-hospitalar. Os atendimentos são realizados de segunda a segunda, das cinco às vinte uma horas. Cada socorrista trabalha em uma escala de oito horas diárias, que variam de cinco às treze horas e de treze às vinte uma horas.

Essa carga horária tem se mostrado adequada e vem sendo bem aceita pelas equipes. Experiências fora do Brasil, evidenciam ser essencial que os socorristas tenham intervalos de descanso, se alimentem e se hidratem apropriadamente durante o plantão, dadas as exigências físicas dessa modalidade de atendimento (IPMBA, 2007).

As solicitações das unidades podem ser feitas diretamente pelo 192, sendo repassadas aos profissionais via rádio ou por meio de abordagem direta ao profissional. No primeiro mês do programa, houveram 93 emergências/urgências, principalmente no período diurno (71,0%), em homens (59,7%), na faixa etária de 26 a 45 anos (46,2%). A principal natureza foram agravos traumáticos (53,3%), e houveram dois óbitos.

A maioria dos casos (88,2%) não exigiu atendimento por Unidade de Suporte Básico e Avançado ou remoção para o hospital. Em caso de necessidade dessas unidades, as mesmas são solicitadas à central de regulação médica via rádio e posteriormente repassadas pela central à ambulância mais próxima disponível, de acordo com o perfil do agravo.

As vantagens dos atendimentos em bicicletas são o silêncio dos veículos, seu tamanho reduzido, fácil mobilidade e eficiência, entrando em áreas nas quais as ambulâncias talvez não conseguissem, ou não tivessem acesso com a mesma agilidade. O número reduzido de remoções implica em benefício adicional para o sistema de saúde, no que se refere a redução de custos e da sobrecarga das unidades hospitalares, bem como para os pacientes, uma vez que tem seus agravos solucionados de forma rápida e no próprio local da ocorrência. Além de tudo, o programa contribui para redução da poluição ambiental, diminui tempo resposta aos agravos, provê desfibrilação precoce em caso de paradas cardiovasculares e diminui a sobrecarga às ambulâncias. Adicionalmente, as bicicletas formam uma força tática suplementar em eventos específicos, a proximidade com os profissionais socorristas gera oportunidades de educação em saúde para a população em casos de urgência/emergência, têm baixo custo e são veículos de fácil manutenção.

Alguns desafios enfrentados pelo serviço são o despreparo físico dos profissionais e a necessidade de uma estrutura física personalizada para os profissionais e bicicletas durante os intervalos.

## CONCLUSÃO

O atendimento por meio de bicicletas é uma modalidade ainda nova no Brasil, mas que vem se mostrando eficaz no que se refere a qualidade do atendimento oferecido à população e ao custo-benefício para o serviço de saúde. Os principais benefícios observados a curto prazo tem sido o número reduzido de remoções e o baixo custo de implantação e operacionalização do serviço.

Faz-se necessário o desenvolvimento de outras pesquisas que analisem as características atendimentos realizados, no intuito de realizar adaptações ao programa para que ele seja contundo e tenha maior eficácia ante seus objetivos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**: Saúde toda Hora. Brasília - DF. Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_emergencias](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_emergencias). Acesso em 16 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em 29 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.010/GM/MS de 2012.2012a. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html)> Acesso em 29 ago. 2017.

IPMBA. International Police Mountain Bike Association. The Complete Guide to Public Safety Cycling. 2. ed. Jones & Bartlett Learning; 2 edition. 2007.

## AGRADECIMENTOS

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Regional Fortaleza.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## HUMANIZAÇÃO NA PROMOÇÃO DO CONTATO PRECOCE MÃE-FILHO NO PÓS-PARTO

**Camila Santos do Couto<sup>1\*</sup>; Francisca Tânia Muniz da Silva<sup>2</sup>; Ana Cristina Martins Uchoa Lopes<sup>3</sup>; Antonieta Keiko Kakuda Shimo<sup>4</sup>; Conceição de Maria de Albuquerque<sup>5</sup>, Mirna Albuquerque Frota<sup>6</sup>.**

*1 Docente do Curso de Enfermagem, Universidade de Fortaleza. Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Enfermeira, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Doutoranda em Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-São Paulo-Brasil.*

*4 Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-São Paulo-Brasil.*

*5 Docente do Curso de Enfermagem, Universidade de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*6 Coordenadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza- Ceará-Brasil.*

Email: [cmlcouth@unifor.br](mailto:cmlcouth@unifor.br)

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Recém-Nascido. Contato Pele a Pele.

### INTRODUÇÃO

O momento do parto e do nascimento é esperado na maioria das vezes com alegria e ansiedade. Assim, constata-se que o contato precoce é de suma importância para o estabelecimento do vínculo mãe-filho. Nesse processo fisiológico e natural, a mulher viverá momentos marcantes, desde a chegada à maternidade, submetendo-se a uma abordagem médica e de enfermagem e ao trabalho de parto e a parturição como uma experiência única.

A humanização da assistência em saúde aparece como uma alternativa para modificar o cenário que existe no Sistema Único de Saúde (SUS), demandando mudanças nos diversos estágios que o compõem, a exemplo da dificuldade no acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde. Esta atividade está voltada para as práticas concretas, envolvidas com a produção de saúde e com os sujeitos, de tal maneira que acolher melhor o usuário se dá em sintonia com melhores qualidades no trabalho e de participação dos diversos sujeitos implicada no processo de produção de saúde. Voltando-se para os conhecimentos concretos considerando o ser humano em sua capacidade criadora e individual inseparável dos movimentos coletivos que o constituem (ANDRADE, 2007).

É importante ressaltar que o ser humano está em constante processo de evolução, ou seja, ele prossegue em uma aprendizagem diária, tentando colocar em prática todo o conhecimento adquirido ao longo de sua existência. A humanização do parto e nascimento exige de todos os atores envolvidos no processo, empenho para que permitam o contato precoce entre mãe e filho, garantindo uma assistência segura e de qualidade para o binômio.

É preconizado pelo Ministério da Saúde que o contato pele a pele deve ser realizado logo após o nascimento, devendo colocar o recém-nascido (RN) sem roupas, diretamente sobre o abdome ou tórax despido da mãe, de bruços, com a pele em contato com a pele da mãe e cobri-lo com um cobertor aquecido, se o recém-nascido estiver ativo e reativo. Esta recomendação é válida para o nascimento de bebês com ritmo respiratório normal, conforme preconizam as diretrizes para a Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

Este contato precoce mãe-filho no pós-parto, ainda na sala de parto, coopera para a formação do apego, pois no pós-parto imediato, o recém-nascido encontra-se no período compreendido como inatividade alerta, são nos primeiros 30 a 60 minutos após o nascimento, que o recém-nascido responde aos estímulos externos, vê, ouve e move-se de acordo com a escuta da voz materna. A promoção da humanização no parto e nascimento determina a todos envolvidos no processo, esforços para que deixem de priorizar as condutas e os procedimentos desnecessários e extremamente intervencionistas, tanto para a mulher como para o recém-nascido, e coloquem em primeiro plano o contato precoce entre o binômio, garantindo assim uma assistência segura e de qualidade (ANJOS et al, 2010).

A relevância desse estudo decorre da necessidade de sintetizar dados sobre o processo de promover o contato precoce mãe-filho, visto que, dentre as formas de humanizar o nascimento, a promoção do contato pele a pele do RN com a mãe, de forma que o recém-nascido é colocado de bruços sobre o ventre ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, e em seguida, aquecido com uma coberta seca e aquecida. Dessa forma, a pesquisa teve como objetivo revisar a literatura publicada acerca da promoção do contato precoce mãe-filho.

### METODOLOGIA

Realizada revisão integrativa da literatura, que segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011) é o método que viabiliza a capacidade da sistematização do conhecimento científico e de forma que o pesquisador se aproxima da

problemática que deseja contemplar, traçando um cenário sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa.

Mendes, Silveira e Galvão (2008) apontam que a revisão integrativa tem como base a análise de pesquisas relevantes que dão suporte a um amplo conhecimento da área pesquisada, e auxilia na tomada de decisão e no aperfeiçoamento da prática clínica, permitindo a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto. Indica lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a formação de diversos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

Para a elaboração da revisão, foram percorridas as etapas preconizadas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e a última etapa consistiu na apresentação da revisão.

Para guiar a presente revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: *Quais as evidências da literatura acerca da promoção do contato precoce mãe-filho?*

Com a finalidade de realizar o levantamento dos artigos foram utilizadas as seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), mediante os descritores: “humanização da assistência” e “recém-nascido”, e mediante a palavra-chave: “contato pele a pele”. Os critérios de inclusão definidos para a presente revisão foram: artigos científicos que abordaram a temática, publicados no idioma português do ano de 2005 a 2015 e disponíveis na íntegra *online*.

Em seguida, foi realizada a leitura dos textos na íntegra, com o intuito de analisar se os mesmos atenderam aos requisitos e critérios de inclusão relacionados à temática abordada na revisão integrativa. Ressalta-se que a busca foi realizada pelo acesso online, nos meses junho e julho de 2015, sendo a amostra final desta revisão integrativa constituída por 20 artigos. Com a finalidade de descrever e classificar os resultados, evidenciando o conhecimento produzido sobre o tema proposto, realizou-se a análise, categorização e síntese das temáticas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização das publicações

Por meio da pesquisa foram encontradas as publicações dos anos de 2005 a 2015, relacionadas ao tema do estudo, nas bases de dados virtuais LILACS e SciELO. Constatou-se que os anos de 2013 e 2014 destacaram-se com o maior número de publicações relacionadas, com um total de cinco publicações em cada. No ano de 2010 foram encontrados três artigos, nos anos de 2006 e 2011 foram incluídos dois artigos em cada ano e nos anos de 2007, 2012 e 2015 apenas uma publicação foi encontrada em cada ano.

Ao apreciar as publicações em destaque de acordo com as regiões, verificou-se que as regiões Nordeste e Sudeste se destacaram com maior número de publicações, ficando assim com oito publicações na região sudeste e seis na região nordeste.

Com relação ao delineamento da investigação, identificou-se que das publicações, 15 foram de abordagem qualitativa, três quantitativas e duas revisões de literatura. A maior parte dos estudos foi desenvolvida nos estados São Paulo e Rio de Janeiro, com três e quatro publicações, respectivamente. Os estados do Ceará, Santa Catarina e Piauí foram duas publicações cada.

### Promoção do contato precoce mãe-filho

D'artibale e Bercini (2014) apontaram que para algumas mães o primeiro contato com o RN ocorreu no pós-parto imediato, tendo como ação em destaque o aleitamento materno como estímulo ao vínculo mãe-filho. Por outro lado, Cruz et al (2007) evidenciaram que a genitora teve o primeiro contato com o recém-nascido somente após a realização dos procedimentos de rotina da unidade.

Mendes e Galdeano (2006) demonstraram que o vínculo mãe-filho se tornou prejudicado por alguns aspectos: a prematuridade, a patologia do recém-nascido, o despreparo dos profissionais de saúde para corrigir as necessidades psico-biológicas-sociais e a gravidez indesejada. Soares et al (2014) enfatizam a falta de explicação por parte dos profissionais de saúde sobre a ausência de seu filho após o nascimento, desencadeando angústia e sofrimento.

Em pesquisa desenvolvida em Portugal, Cunha (2013) abordou o conhecimento do papel do enfermeiro no estabelecimento do vínculo mãe-filho durante o puerpério, na perspectiva da puérpera, identificando a relação entre a dor, a ansiedade e o apoio prestado pela equipe de enfermagem na manutenção desse vínculo.

Nesta perspectiva evidenciamos em alguns estudos a importância do contato pele a pele após o nascimento para o estreitamento do vínculo. O toque é a forma primordial de transmissão de segurança, afeição e deve ser

estimulado desde os primeiros minutos de vida do recém-nascido e respeitado sob a forma de contato pele a pele. É exposto por Soares et al (2014) que com a mudança para o meio extrauterino, o bebê sofre uma adaptação gradual e, com o estabelecimento do vínculo mãe-filho, tudo se torna mais ameno. Constatamos então que, o contato físico precoce entre ambos é uma prática que tem prioridade e merece especial destaque na visão humanizada para o estreitamento do vínculo mãe-filho.

Soares et al (2014) ressaltam que o período logo após o nascimento é apontado como um breve momento que traz consequências à longo prazo, no que se refere a futura capacidade de encantar-se do ser humano. Esses primeiros minutos carregados de sensibilidade são precursores de apego, sendo uma ocasião preciosa para a mãe ser sensibilizada pelo seu RN.

Essas primeiras horas após o nascimento são descritas como a fase de inatividade alerta, com duração em média de quarenta minutos, onde devemos proporcionar ao recém-nascido o contato pele a pele, para promover o vínculo entre o binômio e estabilizar a frequência cardíaca e respiratória. Este contato é fundamental para a diminuição do choro e estresse do neonato (SOARES et al, 2014).

Os profissionais envolvidos neste processo de maternagem deverão proporcionar a mãe um momento particular, para que esta mãe se sinta à vontade para iniciar uma troca de olhares, uma conversa, um toque, um carinho, um aconchego sem interferências. Para se efetivar um atendimento dito humanizado e promover o contato precoce pele a pele se faz necessário uma mudança nas condutas profissionais.

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se que o contato precoce entre mãe e filho após o nascimento é de fundamental importância para o estreitamento do vínculo afetivo. A assistência humanizada e o contato precoce pele a pele devem ser valorizados, levando em consideração os benefícios para ambas as partes. Esse processo estabelece um determinante fundamental que é a qualidade da ligação afetiva que vai se formar entre os membros do binômio mãe-bebê, favorecendo assim uma relação afetiva e incentivada pelos profissionais de saúde.

Humanização no nascimento é garantir que o recém-nascido tenha o contato pele a pele com a genitora imediatamente após nascer. A pesquisa possibilitou revisar a literatura, de forma que se identificaram as principais estratégias utilizadas para a humanização da assistência ao nascimento evidenciadas na literatura, bem como ressaltada a relevância do contato precoce entre o binômio mãe-filho.

A humanização da assistência ao nascimento atrela-se a uma variedade de interpretações, tendo em seu contexto um leque sugestivo de modificações das práticas, cabendo aos profissionais trazerem para o cotidiano assistencial, esses novos desafios de mudanças.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. T. de (Org.). **Em busca do humano: avaliação do humaniza SUS em ações municipais de saúde em Fortaleza**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Núcleo de Pesquisa em Educação e Saúde Coletiva – UECE. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará – UFC, 2007.
- ANJOS, P.S.S.; GAÍVA, M.A.M; PATRICIO, L.F.O. Assistência ao Recém-Nascido no Nascimento. A Caminho da Humanização? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Mato Grosso, v. 9, n. 1, p.1-10, 2010.
- BOTELHO, L. R; CUNHA, C.C.A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n.11, p.121-136, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.4, 2007.
- CUNHA, C.S.M. **Relação com o Recém-Nascido: Ansiedade da Puérpera e Percepção sobre o Papel do Enfermeiro**. 2013. 69 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal, 2013.
- D'ARTIBALE, E.F; BERCINI, L.O. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.1, 2014.
- MENDES, A.P.D; GALDEANO, L.E. Percepção dos enfermeiros quanto aos Fatores de Risco para Vínculo Mãe/Bebê Prejudicado. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 3, p.363-371, 2006.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, vol.17, n.4, 2008.

SOARES, F.M; et al. Contato precoce: vínculo mãe-filho na primeira hora de vida. **Rev Enferm UFPI**, p.94- 99, 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimentos especiais à Universidade de Fortaleza pelo incentivo e a oportunidade.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: REVISÃO INTEGRATIVA

Marjorie Rodrigues Paula<sup>1</sup>, Cristina Paloma Guerra da Silva<sup>2</sup>, Sarah Muniz Holanda<sup>3</sup>, Daniela Queiroz Pires<sup>4</sup>, Verydianna Frota Carneiro<sup>5</sup>, Rithianne Frota Carneiro<sup>6</sup>.

1 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

2 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

3 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

4 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

5 Coordenadora da UAPS Virgílio Távora. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Fortaleza-Ceará-Brasil.

6 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Docente na Faculdade Nordeste- FANOR, Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: marjorie\_0201@hotmail.com

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Câncer uterino. Prevenção.

### INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer pode ser conceituado como um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento excessivo e desigual de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Estas células dividem-se rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas.

Embora já existam vários programas governamentais de prevenção e conhecimentos teórico- práticos para fornecer elevados índices de cura, o Câncer Cervicouterino (CCU) continua sendo um agravante na Saúde Pública no Brasil (GUIMARÃES *et al.*, 2012).

Estima-se que, mundialmente, a incidência do CCU seja de 500 mil casos novos por ano, sendo a segunda neoplasia mais comum na população feminina, levando a óbito 230 mil destas anualmente. É, também, o terceiro tipo de câncer mais frequente e espera-se que 80% dos novos casos ocorram em países em desenvolvimento (MENA, 2010).

Em 2014, foram estimados 576.580 novos casos de câncer no Brasil, sendo 274.230 em mulheres. Com relação ao CCU, a região Nordeste foi destacada com 5.370 novos casos por 100.000 mulheres, sendo assim a Região com maior incidência no país. No Estado do Ceará, estima-se 930 novos casos, correspondendo a uma taxa de incidência de 20,27 por 100.000 habitantes e na sua capital Fortaleza com 28 casos novos com uma taxa bruta de 20,53 por 100.000 (INCA, 2014).

A causa principal é a infecção causada pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) com alguns subtipos de alto risco. Outros fatores que também podem influenciar são o perfil ambiental e sócio-econômico e alguns hábitos de vida como: a multiplicidade de parceiros sexuais, os hábitos de higiene inadequados, o uso estendido de anticoncepcionais orais, início da relação sexual precoce (RUBINI *et al.*, 2012).

Somente através do exame, se pode ter o diagnóstico confirmado de câncer cervicouterino; a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) preconizam que o exame citopatológico do colo do útero seja realizado trienalmente após dois anos consecutivos com resultados negativos, excluindo assim a possibilidade de um falso-negativo (INCA, 2015).

Nota-se que as mulheres possuem receio dessa neoplasia devido ao sentido que o útero possui, pois ele envolve a sexualidade, a reprodução e a feminilidade. Devido à falta de conhecimento das classes menos favorecidas, algumas mulheres pensam que sua vida sexual será diferente ou que não poderão mais gerar filhos (SALIMENA *et al.*, 2014).

Diante da relevância do CCU e da possibilidade de alguns pacientes evoluírem para estágios terapêuticamente incuráveis, é necessário identificar o verdadeiro papel assistência de enfermagem na qualidade de vida desses pacientes.

É de suma importância para a equipe de enfermagem multidisciplinar adotar uma prática assistencial alicerçada no bem-estar biopsicossocial da pessoa, para que se possa proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar os efeitos terapêuticos, aliviando assim o sofrimento do paciente.

Este estudo teve por objetivo analisar as produções científicas acerca do cuidado de enfermagem na prevenção ao câncer de colo de útero.



## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Segundo Ercole, Melo e Alcoforado (2014), é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente.

Para esta revisão integrativa, optou-se pelo modelo baseado em seis fases que são: 1º fase (Identificação do tema e pergunta norteadora), 2º fase: (Critérios de inclusão/ exclusão/ amostragem), 3º fase: (Categorização dos estudos), 4º fase: (Avaliação dos estudos incluídos na revisão), 5º fase: (Interpretação dos resultados), 6º fase: (Apresentação da revisão/síntese do conhecimento).

Foi realizado um levantamento dos artigos através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem) que se trata de uma biblioteca eletrônica, onde abrange uma coleção de periódicos brasileiros, que registra a literatura técnico-científica em saúde.

Foram utilizados para a seleção dos artigos, descritores cadastrados no portal de Descritores Em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) tais como: cuidados de enfermagem, câncer uterino e prevenção.

Assim foi realizado um cruzamento entre os descritores para a busca de informações acerca do cuidado de enfermagem em relação ao câncer de colo de útero.

Foram utilizados como critérios de inclusão dos estudos para esta revisão integrativa: trabalhos publicados em periódicos nacionais, que abordassem a temática deste estudo, durante o período de 2010 a 2017 e que tenham sido desenvolvidos por Enfermeiros.

Como critérios de exclusão foram utilizados: estudos que estivessem incompletos; sem resumo e que não respondam aos objetivos propostos da revisão.

Na base de dados SCIELO, o cruzamento ocorreu através da associação entre os descritores enfermagem e câncer uterino que resultou em um total de 06 artigos e destes selecionou-se 3. Dos descritores prevenção e câncer uterino foram encontrados 37 artigos e 3 foram selecionados.

Na base de dados LILACS, o cruzamento ocorreu entre os descritores enfermagem e câncer uterino, onde foram encontrados um total de 221 artigos, onde 05 foram selecionados, prevenção e câncer uterino foram encontrados 622 artigos e 04 foram utilizados.

Na base de dados BDENF, o cruzamento entre descritores enfermagem e câncer uterino resultou em 551 estudos, sendo que 04 foram selecionados e 02 estavam repetidos. Prevenção e câncer uterino foram encontrados 906 artigos e 01 foi utilizado.

A busca foi realizada pelo acesso online e, utilizando os critérios de inclusão, a amostra final desta revisão integrativa foi de 20 artigos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram selecionados 20 artigos e realizada a investigação dos dados, estes foram examinados, dispostos por seus aspectos estruturais e pelo conteúdo dos artigos.

A organização e a distribuição dos artigos pesquisados foram feitas segundo as bases de dados utilizadas, ano da publicação, título do artigo e autor.

Na base de dados do LILACS foram utilizados 09 artigos dos quais estavam entre os anos de 2011 a 2015, que visavam a prevenção, o controle, a investigação dos fatores de risco, identificação e intervenção na prevenção do câncer de colo de útero e de câncer de mama. Na base de dados da SCIELO foram utilizados 06 artigos dentre os anos de 2011 a 2016, que abordavam a percepção das pacientes sobre o Papanicolau, a integralidade do serviço prestado, a compreensão, intervenções e saberes entre profissionais e pacientes em relação ao exame cervicouterino. Na base de dados do BDENF foram utilizados 05 artigos, dentre os anos de 2010 a 2013, no qual a abordagem sobre o conhecimento, atuação, formação e o acolhimento realizado pelos profissionais de enfermagem, frente a busca de melhor conhecimento sobre o papanicolau.

Observou-se que, muito embora, a pesquisa científica na área da saúde tenha se desenvolvido muito nos últimos anos, ainda existe um déficit em número de pesquisas exploratórias, de cunho quantitativo, que são aquelas que trazem evidências científicas mais indiscutíveis e que trazem subsídios técnico-científicos para a adoção de novas práticas nos estabelecimentos de saúde.

Encontramos nos resultados artigos com a maior prevalência nos anos de 2011 e 2014 e diante dos achados dividimos estes artigos na categoria de atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero (CCU) e na categoria de dificuldades encontradas por mulheres que buscam os serviços de saúde para rastreamento e/ou tratamento do câncer de colo de útero.

## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO (CCU)

Conforme relatam Dantas, Enders e Salvador (2011), a prevenção do câncer do colo uterino, na atenção integral à mulher, é uma prática do profissional enfermeiro, e cabe a esse profissional realizar a consulta de enfermagem, o exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.

Durante a consulta de Enfermagem em ginecologia, o enfermeiro deverá debater a importância da realização periódica do exame de prevenção do Câncer de colo uterino bem como os fatores de risco para a doença, associado às baixas condições socioeconômicas, ao início precoce da atividade sexual, à multiplicidade de parceiros sexuais, ao tabagismo, à higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais, e a importância do vírus do Papiloma Humano (HPV) no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

O enfermeiro deve identificar as necessidades da mulher relacionadas, principalmente, aos sinais e sintomas. Todavia, quando relacionadas ao conhecimento necessário para promoção da saúde e prevenção de doenças, alguns obstáculos podem ser evidenciados, como falta de conhecimento, tabus da sexualidade e dificuldade na mudança de hábitos de vida, desta forma percebe-se a importância do enfermeiro atuante neste cenário de modo a realizar a consulta, com adequada educação em saúde, como prática relacionada ao cuidar da integralidade do ser. (SILVA, GITSOS E SANTOS 2013).

### DIFICULDADES ENCONTRADAS POR MULHERES QUE BUSCAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.

A demora das mulheres para realizar o exame ou a ausência deste no serviço pode associar-se ao modo como a usuária encara o exame preventivo. A percepção das mulheres tem influência pelos valores, pela cultura, pela raça, pelas experiências vividas, crenças, expectativas de vida e ideias pré- concebidas construídas ao longo da vida (SANTOS *et al.*, 2014).

Condizendo com o estudo de Santos et al (2014), Duarte et al (2015) também relata em seu estudo a questão dos costumes e valores culturais que levam as mulheres a não realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino. Também evidenciou-se neste estudo que muitas mulheres utilizam práticas não conhecidas pela sociedade científica para substituir o exame preventivo. Essa informação é preocupante, uma vez que este exame é fundamental para a prevenção do câncer do colo uterino.

Silva, Oliveira e Vargens (2016) revelam que os principais problemas enfrentados por mulheres que buscam o rastreamento e /ou tratamento do CCU são: descumprimento de normas para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer, aliados ao fato de que quase todos os médicos não fizeram o referenciamento correto, resultados errôneos de exames realizados, superlotação do serviço, dificuldade de agendamento, escassez de médicos.

## CONCLUSÃO

Este estudo procurou destacar a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino (CCU) e descrever as dificuldades encontradas por mulheres que buscam os serviços de saúde para rastreamento do CCU.

Observa-se durante o estudo, que o enfermeiro é considerado um profissional indispensável para a prevenção e controle do CCU. Esta prática ocorre através da consulta de enfermagem bem como ações e projetos voltados para a saúde da mulher.

A consulta de enfermagem é destacada durante as discussões como instrumento de trabalho próprio da enfermagem e que auxilia na sistematização do cuidar e na tomada de decisões. É durante a consulta de enfermagem que os enfermeiros irão coletar dados, examinar e orientar as mulheres em relação à importância do cuidado preventivo contra câncer de colo do útero.

Durante a pesquisa foi possível descrever algumas dificuldades encontradas pelas mulheres em relação à busca de serviços de saúde, dentre elas está a demora para a realização do exame, superlotação do serviço, dificuldade de agendamento para o exame e escassez de médicos.

Constatou-se também problemas como a falta de conhecimento das mulheres em relação à doença e ao exame, falta de tempo, sobrecarga do dia-a-dia, constrangimento em relação a presença de estagiários na hora do exame e em relação à posição ginecológica.

Contudo, vale ressaltar a importância de novas pesquisas em relação à temática, para que cada vez mais sejam adotadas estratégias com a finalidade de aumentar o número de mulheres adeptas ao exame Papanicolau e consequentemente reduzir o número de mulheres doentes.

## REFERÊNCIAS

- \_\_\_\_\_. **Controle do câncer do colo do útero**. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/ho](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/ho)>
- \_\_\_\_\_. **Neoplasia maligna do colo do útero**. 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/mapa.asp?ID=5>>. Acesso em: 12 de ago. 2015.
- \_\_\_\_\_. **O que é câncer**. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>. Acesso em: 07 set. 2015.
- DUARTE, S.J.H. et al. Prevenção do câncer de mamas e colo uterino na perspectiva de mulheres: implicações para o serviço. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2015 jan/abr; 5(1):1469-1477.
- ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.G.C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2014 jan/mar; 18(1):1-2602. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>> Acesso em: 16 de maio 2017.
- GUIMARÃES, J.A.F. et al. Pesquisa brasileira sobre prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa. **Revista Rene**. 2012; 13(1):220-230. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&eXprSearch=683610&indexSearch=ID>>. Acesso em: 05 de maio 2017.
- MENA, N.I.F. Tendência de mortalidade por câncer do colo do útero no RS, na série histórica 2002- 2007. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. **Monografia de Especialização em Saúde Pública**.
- OLIVEIRA, A.C. et al. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. **Revista Rene**. 2014 mar-abr; 15(2):240-8. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3131>>. Acesso em: 10 de abri. 2017.
- OLIVEIRA, A.C. et al. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. **Revista Rene**. 2014 mar-abr; 15(2):240-8. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3131>>. Acesso em: 10 de abri. 2017.
- RUBINI, A.M.S. et al. Discursos de mulheres com câncer cervical em tratamento braquiterápico: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM** 2012 Set/Dez;2(3):601- 609. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/6865>> Acesso em: 05 de maio 2017.
- SALIMENA, A.M.O. et al. Mulheres portadoras de câncer de útero: percepção da assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2014 jan/abr; 4(1):909-920. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/401>> Acesso em: 09 de maio 2017.
- SANTOS, A.M.R. et al. Câncer de colo uterino: conhecimento e comportamento de mulheres para prevenção. **Revista Brasileira de promoção à saúde**. 2014. Disponível em: <[http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2015\\_v28\\_n2\\_artigo1.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2015_v28_n2_artigo1.pdf)>. Acesso em: 19 maio 2016.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos colegas que contribuíram para a construção deste estudo e a orientadora pela atenção e por acreditar em nosso potencial.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A INTERFACE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA CULTURA INDÍGENA

Lidia Andrade Lourinho<sup>1</sup>Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>2</sup>July Grassiely de Oliveira Branco<sup>3</sup>Aline Veras Morais<sup>4</sup>

*1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil lidiandrade67@gmail.com*

*2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil. catrib@unifor.br*

*3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: lidiandrade67@gmail.com*

*Palavras-chave: Cultura indígena. Educação. Saúde.*

### INTRODUÇÃO

O presente estudo trata de uma pesquisa realizada junto à aldeia dos Índios Pitaguary, na Comunidade localizada em Munguba \_ região que fica a 30 Km do município de Maracanaú, no estado do Ceará. É o resultado do trabalho de campo feito através de métodos, técnicas e instrumentos associados à pesquisa etnográfica como uma das possíveis direções que podemos dar na reconstrução do olhar sobre o homem e sua cultura e a formulação de relatos da história de um povo, no caso à comunidade indígena pesquisada.

Trata-se de uma reflexão do que foi vivido, experimentado e experienciado ao longo dos quatro encontros na ida ao campo, concentra no estudo de caso, a partir de sua pessoa - informante chave, em particular, a apresentação do tema: O índio e o bem viver: interface educação e saúde.

Para tanto, um relato centrado no informante chave encontrou em Wolcott (1993) um referencial teórico-metodológico importante à fundamentação do que foi percebido e colocado. Centramos a observação em apenas um indivíduo, conforme aspectos da Metodologia que trabalhávamos.

Apresentamos então a nossa experiência de fazer esta pesquisa, no encontro da Etnografia Centrada no Informante ou Etnografia Centrada na Pessoa. Mas essa não é a única característica desta ação investigativa, nas próximas linhas apresentaremos mais aspectos à medida que possamos caminhar no decorrer do texto.

### METODOLOGIA

Optar pela pesquisa qualitativa é escolher o caminho da compreensão da realidade através palavra falada. Para Minayo (2010), a metodologia constitui-se o caminho e o instrumental apropriados para se abordar a realidade que inclui concepções teóricas de abordagem: é o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e que deve levar também em conta o potencial criativo do pesquisador.

De acordo com Lüdke & André (1986), possibilita um contato pessoal e estreito entre pesquisador e o sujeito da pesquisa. Para esses autores, a observação e a entrevista são os principais métodos de investigação. Assim sendo, procuramos fazer desses dois métodos nossas ferramentas de trabalho.

Os fenômenos qualitativos, para Demo (1986), só existem num contexto material, temporal e espacial. Para termos uma compreensão desses fenômenos, faz-se necessária uma pesquisa de campo.

Para nós o tema Estudo de Caso nos conduz, de imediato, a vislumbrar uma representação que poderia ser descrita como a de uma convergência de informações, de dados, vivências, trocas de experiências, partindo sempre da percepção de um dos participantes ou de cada participante, levando-nos a uma compreensão mais clara e dinâmica da natureza de um fenômeno que estaria no foco de nossas observações. No nosso caso o fenômeno seria o "bem viver" na etnia Pitaguary, partindo das questões em relação à preservação da cultura e da concepção do bem viver, relacionadas à temas como educação e saúde. Para responder a estes questionamentos recorreu-se a etnografia centrada na pessoa (CAVALCANTE, 2004).

Meksenas (2002, p.118-119) defini o estudo de caso como sendo: "um método de pesquisa empírica que conduz a uma análise compreensiva de uma unidade social significativa".

Lüdke & Andre (1986) lembram da possibilidade de conduzi-lo dando ênfase à "interpretação em contexto". O contexto, ambiente natural em que se situa o objeto ou fenômeno social sob investigação; situação em que a riqueza de dados descritivos, e a contextualização destes, pede por formas de abordagem o mais flexível.

Tanto Meksenas (2002), quanto Lüdke; André (1986) defendem que nessa modalidade de estudo o importante é a flexibilidade, permitindo ajustes de instrumentos, associações de técnicas e fontes de informações. Nessa

característica flexível do estudo há a possibilidade de, durante sua condução, promover o confronto entre dados coletados, entre as evidências e informações, entre, inclusive, os autores trabalhados em revisão de literatura e que escrevem acerca de um mesmo objeto.

Lüdke & André (1986) escrevem que na prática do estudo de caso é possível utilizar uma variedade de técnicas de coleta de dados de modo a se poder cruzar informações, procurar representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presente numa situação social. Seguindo essa orientação utilizamos as técnicas da observação participante e da entrevista semi-estruturada.

Um Estudo de Caso provoca em quem participa dele um certo sentimento de reciclagem pessoal, de descobertas, onde todos que estão envolvidos, de uma forma ou de outra, acabam experimentando. Um Estudo de Caso é uma tarefa que tem como objetivo maior o aprofundamento do nível de compreensão de um determinado momento que se está vivendo. É tentar ter uma consciência mais clara dos fatores que possam contribuir para a construção do seu momento histórico, facilitando assim o surgimento de condições que favoreçam uma reorganização da percepção do contexto no qual a pesquisa ocorre.

O objetivo de uma tarefa que busca compreender uma pessoa ou um grupo de pessoas, ou mesmo uma comunidade, sua maneira de ser e agir, não deixa de ser pretensioso e ao mesmo tempo recatado. Pretensioso, pois busca compreender o modo de ser e agir de alguém e recatado, pois é apenas uma tentativa de compreender e revelar.

Num estudo de caso a ser realizado em uma pequena aldeia indígena localiza no Município de Pacatuba, a 30 Km de Maracanaú, mais especificamente na localidade de Munguba, no estado do Ceará, seria uma utópica aspiração minha conhecer todos os possíveis fatores que interferem na idéia de *bem estar* que o índio tem. Pretendemos simplesmente, levantar o maior número de dados possíveis, centrados e colhidos em uma única pessoa, que possam servir de referencial e que nos ajude a compreender e não explicar, um pouco mais do que vem a ser o bem viver para o índio que mora em uma aldeia que há pouco se descobriu como índios e que lutam desesperadamente para manter a sua identidade e sua cultura.

Durante a visita alguns momentos foram bem marcantes, desencadeando em nós pesquisadoras emoções pitorescas, já que trazíamos em nossas mentes a ideia de que iríamos ali encontrar uma legítima aldeia indígena, com pessoas vestidas com apenas uma tanga feita de penas ou folhas e usando um cocar ou colares coloridos feitos de sementes nativas da região, ocas com aspecto arredondado e crianças correndo junto com cachorros e outros tipos de animais, imagens que construímos e trazemos de nossa infância sobre a concepção do que seria uma aldeia indígena. Em um de nossos encontros, o primeiro com o pajé, vimos o tal homem vestido com calças jeans e camiseta de malha, fumando um cigarro “pé duro” e com uma silhueta que em nada lembrava aqueles índios fortes e saudáveis.

Esquecemos por completo que o mundo dos “brancos” há muito, exterminou o que em nossas lembranças ainda é tão claro. Esta foi a nossa primeira decepção. A segunda foi ter visto tão claramente, através de nossa informante chave, a realidade de pobreza e miséria que encontramos, confirmando assim que ali não era exatamente uma aldeia indígena, mas sim uma favela como outra qualquer da capital. Porém há um diferencial que não pode jamais ser deixado despercebido, ali talvez fosse mais uma favela, porém uma favela construída por pessoas que lutam para confirmar suas identidades e manter viva a sua cultura. Geertz (1989) define cultura como sendo uma teia de significados que o homem tece, como uma lente através da qual vemos e damos sentido ao mundo. Para Geertz, cultura é um elemento fundamental para a definição de natureza humana e a força dominante da história (KUPER, 2002).

Continuado na busca de uma definição de Cultura, Canclini (1983, p.29) seria a *produção de fenômenos que contribuem, mediante a representação ou reelaboração simbólica das estruturas materiais, para a compreensão, reprodução ou transformação do sistema social*. Esta definição contribui para esclarecer que, ao se referir às diferentes culturas, compreende-se que as relações sociais que se estabelecem entre diferentes grupos étnicos numa mesma sociedade, a brasileira no caso, são determinadas por uma cultura dominante. A cultura dominante referida neste projeto é a cultura hegemonicamente determina todas as relações sociais da sociedade e que tem seus valores atrelados à cultura ocidental branca, cristã e capitalista.

As contradições entre as culturas indígenas e a cultura brasileira hegemônica se apresentam de uma forma que exclui socialmente e que são reafirmadas a cada dia através da educação, indígena ou não (1996).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca pela compreensão do que seria o *bem viver* para os índios da aldeia Pitaguary teve início juntamente com a procura da nossa informante chave. Não queríamos escolher alguém, queríamos sim, ser escolhidas. E foi isso que aconteceu! Durante a nossa conversa com Dona Maria, 83 anos, mãe de Fátima - nossa primeira opção

de informante - na cozinha de sua casa, Fátima se chega devagarzinho e vai entrando na conversa como que não quer e nada e no final de tudo era ela a entrevistada.

Conhecer Fátima não foi difícil, muito falante, com sede de contar sua história, nos inundava constantemente com tanta informação. Nos falou desde a sua infância até a sua vida hoje na aldeia.

A informante chave, Fátima, 44 anos, estatura mediana, olhos castanhos, pele marrom, sorriso aberto, cabelos bem pretos amarrados ao pé da cabeça no formato de um coque, vestindo shorts jeans e camiseta de tecido num tom bege já meio desbotado, simpática, gosta de conversar, pés calçados em uma sandália rasteira preta bem gasta. Mora em Munguba desde que nasceu, casada, o marido trabalha em uma oficina mecânica longe da aldeia, sai de manhã e só volta a noite, tem quatro filhos, sendo três homens e uma mulher. A minha *menina* como ela chama a filha, mora em Florianópolis e sempre que pode manda algum dinheiro para ela e a família.

Desde o início da entrevista, quando questionada sobre o bem viver Fátima deixa claro a relação que existe entre *bem estar* e saúde. *“Por que a gente se considera que tem um pouco de saúde, né, pra batalhar pra arranjar alguma coisa pra ir sobrevivendo né. O bem que a gente considera é isso. É porque antigamente, uns anos atrás e tudo podia até ser que a gente vivesse melhor por tinha a cultura da peneira que a gente fazia que ajudava muito, mas hoje em dia não tem mais por que ta muito difícil pra pessoa sair pra vender, fazer, pra arranjar o talo, tudo tem que tirar da terra. E a gente não tem mais essa saúde pra ir. Ele (o pai) é que fazia isso pra nós, que tirava o talo. Na época que nosso avô era vivo era ele que vendia pra nós e tudo. E com o tempo foi tudo ficando pra trás.”*

A busca por uma saúde que possa dar conta dos aspectos culturais indígenas é frequente. No entanto, o que se percebe é uma abordagem fragmentada e individualizada da saúde, conduzindo a uma oferta de receitas prontas e a imposição de condutas de saúde sem levar em consideração as demandas coletivas da comunidade (ATHIAS, 2007; MONTEIRO e VIEIRA, 2008).

E mais claramente que a saúde e o bem estar andam juntos com o trabalho. *“Bem, viver aqui é a gente viver assim num canto sossegado, viver da melhor maneira possível com os vizinhos, todo mundo unido né. Todo mundo, como a gente, passa por alguma dificuldade, né. Todo mundo é pobre. Também tem muita falta de emprego né. Os nossos maridos, a maioria é todo mundo desempregado, né e a gente vive assim com a ajuda do que a gente consegue. Os filhos que estão casados ajuda a gente e assim a gente vai levando. Quando o marido arranja um dia de trabalho, faz e vai ganha um tostãozinho. Vai ajudando um pouco né, mas a vida da gente é assim. Aquela vida de pobre sacrificada, né?”*

Impregnada com o espírito de mais nos aplicar para mais aprender através do estudo, nesse projeto encontramos um contexto onde ser índio significa ser alguém, mas não se sabe bem o que é ser índio. A explicação para tal sentimento é que faz pouco tempo que eles foram descobertos como índios por um historiador da FUNAI – Fundação Nacional do Índio. Existe uma divisão em ser como sempre foi criada e ser o que realmente é, índio. O que chamamos de conflito de identidade. *“Não, não me sinto por que não vive como índio, não tinha ouvido falar antes de ser índia, minha mãe nunca me disse nada de eu ser índia e tem gente que coloca um cocar na cabeça e se enfeita toda de colar e brinco para ser índia, eu não me fantasio, acho que ta no coração da gente e não na roupa”*.

Em relação ao cuidar da saúde, Fátima nos fala da necessidade do posto de saúde e da importância dos ensinamentos do Pajé, dependendo do que se está sentindo. *“Bem é assim se a gente ta sentindo dor que agente ver que não é uma dor tão normal de médico, que foi repentina e tudo, às vezes a gente procura o pajé. Se ele vê que a gente não vai ficar boa com a reza, ele manda a gente para o médico”*. Há uma evidência do desrespeito e da falta de tolerância dos profissionais de saúde quando estabelecem uma relação baseada no autoritarismo, e, também, de ignorância com relação às medicinas indígenas. A maioria dos profissionais demonstram em suas atitudes o preconceito existente em relação aos povos indígenas, caracterizando-os como sujeitos, ignorantes no que diz respeito às questões de saúde<sup>11</sup>. Pesquisas com a população indígena têm mostrado que, as ações na área de saúde são realizadas sem o necessário respeito e conhecimento da cultura do índio, e, assim, os profissionais expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas intervenções sem identificar e aceitar que a especificidade cultural do grupo irá influenciar no êxito de seu trabalho (ATHIAS, 2007).

Percebe-se através da fala da informante que a influência da cultura da medicalização, cultura ocidental e dominante, influencia na sua maneira de lidar com a saúde.

Apesar da dificuldade de se viver com tanta pobreza, Fátima afirma que o prefeito do Município ajuda os índios colocando no posto de saúde, médicos, dentistas e enfermeiras e principalmente contratando uma agente de saúde da aldeia. *“É, tem saúde, tem escola. Inclusive nós tem uma sala lá no posto de saúde com uma equipe, só não é completa porque não tem o nosso médico, é o médico da prefeitura, mas tem a Dra. Silvia, tem os auxiliares de enfermagem, tem a nossa agente de saúde que é a Cristina”*.

Na fala de Fátima a educação, tão ou mais importante que a saúde, visto que segundo a informante, é através da educação que há a perpetuação da cultura indígena, acontecia de forma normal até que começaram as humilhações, as exclusões, quando a nova diretora descobriu que eles eram índios. *“Sim, todos convivem bem”*.

*Tudo tranquilo. No começo houve algumas confusões com os alunos que estudavam no Maria de Sá Roriz e o pajé achou que as crianças eram muito humilhadas por eles e foi quando a gente conseguiu construir essa casa de apoio, que hoje tem aula lá pela manhã e a tarde. Mas quem estuda na casa de apoio é praticamente só um reforço”.*

É unânime que a educação indígena aconteça por intermédio de profissionais que pertençam a comunidade e que conheçam os costumes, a língua, os hábitos. Um professor não-indígena, mesmo contemplando o currículo, não domina a cultura da coletividade (GRASSI, 2004).

Agora eles contam com a casa de apoio e esperam por escolas que foram prometidas por políticos, só para índios. Essas escolas seriam instrumentos de manutenção e propagação da cultura indígena local e também da nacional. Para Fátima a educação é um fator de manutenção do *bem viver* indígena. O acesso negado a educação traz consequências drásticas para o *bem viver*, já tão descaracterizado e escondido nos antepassados. Hoje, os índios já não conseguem viver da “terra”, precisam trabalhar fora da aldeia e, portanto, precisam estar atualizados com as novas tecnologias e tendências da globalização. Além de perpetua a cultura, precisam sobreviver.

Em relação aos planos para o futuro, quando perguntei sobre o que estava faltando para que a vida melhorasse, Fátima, novamente fala sobre a falta de trabalhos para eles índios, principalmente para as mulheres da aldeia, que como ela passa o dia praticamente sem fazer nada e que gostariam de ajudar de alguma forma os maridos, no orçamento da família. *“Faltaria assim, sei lá um projeto que desse uma ajuda pra gente, que a gente pudesse trabalhar, ajudar nossos maridos, né. Talvez até ajudar nossos filhos que teja precisando e tudo. Pra nós mulheres. Já não tem trabalho pra os homens e nós mulheres não temos o que fazer por aqui”.*

A principal característica da população indígena do Brasil é a sua grande heterogeneidade cultural. Vivem no Brasil desde grupos que ainda não foram contatados e permanecem inteiramente isolados da civilização, até grupos indígenas denominados de semi-urbanos que se encontram plenamente integrados às economias regionais. Independentemente do grau de integração que mantenham com a sociedade nacional, os grupos aculturados tentam preservar sua identidade étnica, se auto identificam e são identificados como índios (NOBRE, 2002).

## CONCLUSÃO

A ida ao campo desvelou para nós aspectos que só a prática poderia demonstrar. Após quatro visitas à Comunidade Pitaguary, a diversidade de experiências, pensamentos e sensações que experimentamos enquanto grupo e em nossas secretas considerações particulares (que só depois pudemos confrontar) foram as mais variadas possíveis.

O desafio de viver a pesquisa com a lente que afasta e aproxima, no exercício que a Metodologia Científica requer e a inusitada experiência da liberdade de nos constituirmos como um ser presente que interage junto ao informante e junto a nós mesmas, com a carga de percepções que sentir-se presente propicia, talvez tenha sido algo de mais inusitado nessa experiência.

Incluir a visão que olha além, o ouvido que tenta ouvir nas entrelinhas, o olfato no contato e tantos outros sentidos operantes e interativos com o contexto, rascunhar o texto que iríamos produzir quer a quatro mãos, quer na nossa grafia solitária tomou-nos de várias questões que se foi delineando à medida em que o texto foi criando vida e o retrato foi podendo ser pintado.

Como retrato sabemos que alguns acabamentos e ajustes finos ficam por fazer... viajamos na hipótese de como seria reescrever este trabalho se voltássemos daqui a alguns anos. Com que olhar perceberíamos e com que foco enxergaríamos o que dessa vez nos tocou de forma tão inusitada?

No meio do percurso, o encontro com a questão cultura nos reportando a um outro encontro na diversidade e complexidade de composição e ampliação a desvendar multifacetadas de um amplo espectro encontrado, personificado em tantos variados aspectos de uma fala: no discurso excludente ao mesmo tempo exaltado, nos pedidos de socorro e em uma espécie de poder diante do sofrimento por parte de nossos informantes, em nuances onde percebíamos recortes de raça, arte, educação, religião ou tantos outros aspectos específicos e historicamente colocados, onde confrontávamos nossa expectativa e sonhos de criança na imagem projetada do índio bom e ideal, alternada com os mitos dos guerreiros agressivos e hostis.

Outra questão fundamental foi poder perceber cultura não como um estudo abstrato, da esfera do antropológico, sociológico, ou “meramente histórico”, mas permeado de toda uma multiplicidade de fatores dinâmicos da esfera do político, econômico, social, individual, coletivo e tantos outros... em uma sinergia complexa de camadas, níveis, sub-níveis e tantas outras interações que ressoam entre si e que nas visitas que fizemos começamos a contatar.

Refletimos acerca da importância de que estudos como estes possam continuar a serem feitos, tanto pela vivência dos pesquisadores quanto pela elaboração de detalhes e aspectos que destacam a identidade cultural. A diversidade de sujeitos que encontramos enriqueceu o trabalho, como que em parcelas representativas desta

comunidade, o que também nos levou a refletir sobre como seria se o informante chave tivesse sido tão somente o pajé, ou o líder comunitário, ou mesmo a dona de casa evangélica, por exemplo?

A verdade é que não sabemos, mas percebemos a riqueza de variedade de focos e encaixes que um trabalho desta natureza apresenta.

## REFERÊNCIAS

- ATHIAS R. Sexualidade, fecundidade e programas de saúde entre os Pankararu. In: Scott P, Athias R, Quadros MT, organizadores. **Saúde, Sexualidade e Famílias Urbanas, Rurais e Indígenas**. Recife: Editora Universitária UFPE; 2007.
- CAVALCANTE JR. Disciplina de Estudos em Psicologia Cultural e Educação. **Apostila de sala de aula**, mimeo; 2004.
- CANCILIN NG. **As Culturas Populares no Capitalismo**. São Paulo: Brasiliense; 1983.
- CHAUÍ M. **Conformismo e Resistência**: aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1996.
- DEMO P. Metodologia científica em Ciências Sociais. 5ª.ed. São Paulo: Atlas; 1986.
- GRASSI LGI. Arara'wa – Araribá e a educação escolar na reserva indígena de Avaí no estado de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2004.
- GEERTZ C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC; 1989. KUPER A. **Cultura**: a visão dos antropólogos. Bauru (SP): EDUSC; 2002.
- LUDKE M; ANDRÉ ADEM. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo. EPU, 1986.
- MEKSENAS P. **Pesquisa Social e Ação Pedagógicas** Conceito, Método e Práticas. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
- MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento**. 12ª. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- MONTEIRO EMLM, VIEIRA NFC. **(Re) Construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura**: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife-PE. Recife: EDUPE; 2008.
- NOBRE LLL. **A etnomedicina dos índios Pitaguary**: do enfoque da biomedicina à subjetividade cultural para promover o bem viver. [Dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade de Fortaleza; 2002.
- WOLCOTT H. "Sobre la intencion etnográfica", in H. Maillou, R Castano e Ángel Rada (orgs.), **Lecturas de Antropologia Para Educadores**, Madrid, Editorial Trotta, 1993.pp.127-144.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DIFICULDADES VIVENCIADAS PELOS ENFERMEIROS NO CONTROLE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

**Samy Loraynn Oliveira Moura<sup>1\*</sup>, Germana Maria da Silveira<sup>2</sup>, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro<sup>3</sup>.**

*1 Mestranda do Programa do Mestrado Profissional em Estratégia Saúde da Família (MPSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral-Ceará-Brasil. Email: loraynn\_25@hotmail.com.*

*2 Especialista em Gestão em Saúde. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – PPCCLIS-UECE, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela AAA UECE- UFC-UNIFOR, Mestre em Educação em Saúde, docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*E-mail: loraynn\_25@hotmail.com*

*Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Hanseníase.*

### INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma morbidade crônica infectocontagiosa, de evolução lenta, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo que apresenta tropismo preferencialmente por pele e nervos periféricos (BRASIL, 2010). É uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória, que apesar das incontestáveis ações de controle e das condições altamente favoráveis para a eliminação desta endemia como problema de saúde pública, ainda constitui um problema de elevada magnitude para a saúde pública no Brasil, sendo este o segundo país mais endêmico do mundo (BRASIL, 2010).

Os registros epidemiológicos enquadram o Brasil em segundo lugar na classificação mundial em número absoluto de casos de hanseníase, estando em primeiro no continente americano. Embora o país apresente um constante decréscimo e estabilização nos coeficientes de prevalência e de detecção de casos novos de hanseníase, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste se apresentam em patamares muito altas, consideradas as áreas mais endêmicas, com importante manutenção da transmissão (BRASIL, 2008).

De acordo com os dados da Secretaria de Estado da Saúde e SINAN/SVS o Ceará, apresentou altos índices de detecção no ano de 2012 sendo notificados 2.066 casos, respondendo por uma taxa de detecção de 24,0/100.000 habitantes, valor ainda considerado muito alto, segundo os parâmetros da OMS/MS (CEARÁ, 2013). O município de Sobral na zona do sertão centro-norte do Estado do Ceará é considerado pelo Ministério da Saúde como um dos municípios prioritários para o controle da hanseníase, por ser um município hiperendêmico, com uma taxa de detecção de 41,7/100.000 habitantes no ano de 2012 (SOBRAL, 2014).

Embora haja evidência da redução da taxa de prevalência e o aumento do número de casos tratados com a poliquimioterapia (PQT), a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, que seria alcançar uma taxa de prevalência menor de 1 caso por 10.000 habitantes, ainda não foi atingida (BRASIL, 2010).

É importante ressaltar que as incapacidades físicas e as deformidades advindas do processo de adoecimento são consequências provenientes do diagnóstico e tratamento tardio da hanseníase (BRASIL, 2008). Nesse contexto enfatiza-se que a conduta ineficaz dos profissionais de saúde para o controle e eliminação desta moléstia pode comprometer significativamente a qualidade de vida do indivíduo com repercussões que em muitas circunstâncias podem ser irreparáveis.

As práticas de enfermagem nas ações de controle da doença nos serviços locais de saúde devem contemplar a prevenção da hanseníase, busca e diagnóstico dos casos, tratamento e seguimento dos pacientes, prevenção e tratamento de incapacidade, gerência das atividades de controle, sistema de registro e vigilância epidemiológica e pesquisas (OLIVEIRA, 2008). Nesse sentido o papel da enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF) é de fundamental relevância para contribuir efetivamente com a cura sem sequelas (incapacidades físicas e sociais) da hanseníase.

Frente às problemáticas elucidadas sobre a situação hiperendêmica da hanseníase, as consequências provenientes do processo de adoecimento, a relevância da equipe de enfermagem para atuar na mudança dessa situação me propôs a pesquisar sobre essa temática, ao passo que pode contribuir para o redimensionamento do atendimento à hanseníase já que é essencial o papel da enfermagem como parte integrante da equipe e historicamente um profissional atuante na prevenção, controle e tratamento da doença na Estratégia Saúde da Família, para diminuição dos indicadores de morbimortalidade da doença.

Dessa forma, nessa pesquisa, pretendeu-se identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no município de Sobral-CE referente ao controle e eliminação da hanseníase.

## METODOLOGIA

A proposta da temática se fundamentou em uma pesquisa exploratória- descritiva, de natureza qualitativa, desenvolvida no período de fevereiro a agosto de 2015 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na Zona Urbana de Sobral-CE, que apresentam altos índices de detecção de casos de hanseníase.

Para obtenção da amostra do local de aplicação do estudo, foi analisada a base de dados, do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificações - SINAN/NET, da Secretária de Saúde do município, referente ao período de 2009 a 2013. A partir das informações obtidas, foi realizado o cálculo do indicador de coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes das referidas unidades, sendo selecionadas as que apresentaram uma situação hiperendêmica ( $\geq 40,0/100.000$  habitantes), em no mínimo 4 anos do período analisado, resultando em 5 unidades de saúde selecionadas: Padre Palhano, Sinhá Sabóia, Terrenos Novos, Sumaré e Santa Casa.

Os dados da pesquisa foram coletados com 16 enfermeiros responsáveis pela assistência ao paciente portador de hanseníase que atuam nas UBS situadas em áreas de maior índice de casos da doença no município, selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: atuar na ESF no período mínimo de 6 meses, ter realizado assistência a pacientes com hanseníase e concordar em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de informações foi realizada a partir de um roteiro de uma entrevista semi-estruturada, de acordo com agendamento prévio, adequado à disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas foram aplicadas, em uma sala disponibilizada dentro das instalações físicas das UBS em que os profissionais atuam, sendo as informações gravadas em aparelhos digitais e posteriormente transcritas, para assegurar dados na íntegra e garantir a essência das falas.

Os dados coletados foram submetidos à análise com base na categorização temática (MINAYO, 2010). Por tratar-se de uma pesquisa científica envolvendo seres humanos assegurou-se os princípios éticos e legais postulados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/1213, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, em Sobral/CE, CAAE Nº 42215615.1.0000.5053.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Consoante aos discursos pode-se inferir que as principais dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros para realizar o controle e eliminação da hanseníase, estão relacionadas à adesão do paciente ao tratamento e a avaliação dos contatos, visto que foram as dificuldades elucidadas pela maioria dos participantes. Entretanto, os enfermeiros também elencaram como dificuldades a realização do diagnóstico precoce, a falta de capacitação e a sobrecarga de trabalho.

Os participantes relatam que o déficit na adesão ao tratamento, são fatores relacionados principalmente ao paciente, tais como melhora dos sintomas, por não acreditar que esta com doença, por ser um tratamento longo, por esquecimento e uso inadequado da medicação, e por resistência a medicação. O tratamento da hanseníase vem sendo considerado como um grande avanço para o controle e a eliminação da hanseníase em escala mundial. Contudo, os casos de abandono do tratamento em curso de um regime terapêutico constituem um grave problema para os profissionais da área de saúde pública e ao

Programa de Controle da Hanseníase (SOUSA, 2013).

A não adesão ao tratamento implica em maior risco de transmissão dos casos bacilíferos detectados e não tratados adequadamente, assim, dá-se continuidade à cadeia de transmissão que havia sido interrompida com o início do tratamento medicamentoso, risco de desenvolvimento de incapacidades físicas e deformidades e, por conseguinte, o estigma social e a discriminação contra as pessoas afetadas e suas famílias (RODRIGUES et al., 2015).

Autores apontam que o aspecto sociocultural dos indivíduos como conhecimento, atitudes e prática sobre a hanseníase e o acesso às informações, podem influenciar a adesão ao tratamento (RODRIGUES et al., 2015). Nesse sentido deve haver maior investimento por parte dos profissionais com relação às informações e educação do portador, conscientizando-o sobre a importância de sua adesão ao tratamento da doença.

No que concerne à dificuldade dos profissionais em realizar a investigação epidemiológica dos contatos dos pacientes com hanseníase, percebeu-se que se referem à resistência desses contatos em comparecer as consultas agendadas e de serem avaliados, às vezes por receio de serem portadores da doença, acreditarem que são imunes a doença e indisponibilidade em virtude do trabalho.

Os contatos intradomiciliares dos portadores de hanseníase são a população com maior vulnerabilidade de desenvolver a doença, visto que são os indivíduos mais expostos à infecção, sendo o risco quatorze vezes maior entre os contatos dos casos multibacilares e duas vezes maiores nos contatos de paucibacilares em relação à população geral (BRASIL, 2008).

A estratégia do exame de contatos faz parte dos programas de controle e deve ser estimulado e realizado de modo sistemático para permitir o diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase (BRASIL, 2010; PINTO et al., 2002). Ante o exposto, salienta-se que embora seja difícil a realização da avaliação dos contatos, e imprescindível que enfermeiro enfrente as limitações existentes, com implementação de estratégias que possam amenizar a problemática existente.

Em relação à falta de tempo relacionada à sobrecarga de trabalho considerou-se que de acordo com as falas dos participantes, existe uma lacuna entre as ações desenvolvidas e as ações que se fazem necessárias na proposta da Estratégia Saúde da Família que pode ser justificada pela sobrecarga de trabalho relacionada à quantidade de programas inseridos na ESF e as atividades burocráticas e gerenciais a eles atribuídas, que atrapalham no desempenho de outras atividades.

Em um estudo qualitativo realizado para analisar a organização tecnológica do processo de trabalho em hanseníase, a sobrecarga de trabalho dos profissionais das unidades da atenção primária também foi identificada como um fator que dificulta o desempenho das ações de controle e o adequado acompanhamento do cliente com hanseníase, no entanto foi evidenciado que a disponibilidade para trabalhar com a hanseníase, seria inerente ao perfil do profissional, sendo que algumas equipes da ESF possuem profissionais descompromissados com a realização de ações de controle da hanseníase (LANZA; LANA, 2011).

Embora o Ministério da Saúde tenha estabelecido um limite de pessoas, a realidade de algumas equipes aponta para um número de atendimento que excedem ao preconizado, portanto as dificuldades de trabalho na ESF não se limitam à organização multidisciplinar das atividades, mas, englobam também à sobrecarga de trabalho reflexo da grande demanda existente (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008).

Dessa forma, acredita-se que o excesso de trabalho, vivenciado no cotidiano desses profissionais desencadeiam desgastes físicos e emocionais, culminando em resultados insatisfatórios com relação à assistência prestada.

No referente à dificuldade quanto às capacitações evidenciou-se, que não está sendo priorizada, incentivada e nem disponibilizada com assiduidade aos profissionais, e essa realidade acarreta outra dificuldade, que é a realização do diagnóstico precoce da hanseníase, constatando-se mediante os discursos dos enfermeiros, um sentimento de despreparo e insegurança frente aos casos suspeitos de hanseníase, comprometendo assim a prestação de uma assistência qualificada.

A dificuldade supracitada assemelha-se ao encontrado na pesquisa de Helene (2008), quando verificaram que nas unidades estudadas quase a totalidade dos profissionais apresenta necessidade de capacitação para identificar os sinais e sintomas da hanseníase. Salienta-se que é imprescindível os profissionais de saúde estarem preparados e capacitados, para que favoreça a aquisição de competências práticas e habilidades intuindo resolução de problemas, pensamento crítico e a tomada de decisões.

A capacitação dos profissionais que realizam assistência em hanseníase constitui um dos resultados esperados, a fim de sustentar a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública nos municípios (BRASIL, 2010). Portanto, enfatiza-se a necessidade de investimento nas políticas de qualificação de recursos humanos voltadas às necessidades de capacitação dos profissionais que atuam nas equipes de ESF, que possa fortalecer a articulação ensino-serviço em torno, partindo do pressuposto que profissionais capacitados poderão oferecer à população uma assistência mais qualificada. No entanto, acredita-se que, os profissionais devem buscar sempre o conhecimento sem necessariamente esperar a iniciativa dos gestores que, na maioria das vezes, não priorizam a educação continuada de suas equipes.

## **CONCLUSÃO**

A partir dos resultados obtidos na pesquisa constatou-se que às dificuldades afirmadas pelos enfermeiros, estavam principalmente relacionadas às condições de adesão do paciente ao tratamento, a avaliação dos contatos, à sobrecarga de trabalho, capacitação profissional, e realização do diagnóstico precoce da hanseníase.

Portanto, sugere-se que a gestão fortaleça as ações de controle e eliminação, não só do enfermeiro, mas da equipe de saúde a partir de qualificações que tenham como eixo norteador a Educação Permanente em Saúde, da construção de espaços coletivos na própria Unidade Básica de Saúde a partir da co-gestão e que envolvam, além da equipe, as pessoas da comunidade, não só para melhor compreensão e planejamento eficaz de suas ações, mas para o empoderamento destes no processo de saúde-doença- cuidado.

Assim, tanto os profissionais de saúde quanto os gestores, devem ter um olhar especial sobre esta patologia, desenvolvendo ações efetivas, para que, a médio e longo prazo, seja possível a redução de casos na comunidade, e quem sabe um dia, a hanseníase como um problema de saúde pública seja eliminada.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília (DF): MS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3. ed., rev. e ampl. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Boletim Estadual de Avaliação Epidemiológica e Operacional da Hanseníase no Ceará – Ano. Fortaleza, SESA, Ceará, 2013. Acesso em 2 de Abr de 2015. Disponível em <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>.
- HELENE L.M.F. et al. Organização de serviços de saúde na eliminação da hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. bras. enferm.** [periódico na internet]. v. 61, p. 744-752, 2008. ISSN 1984-0446. Acesso em 20 Jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a15v61esp.pdf>
- LANZA F.M., LANA F.C.F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto & contexto enferm.** [periódico na internet]. V. 20, P. 238-46, 2011. Acesso em 20 Jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea30.pdf>.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010
- OLIVEIRA M.L.W. O papel estratégico do enfermeiro no controle da hanseníase. **Rev Bras Enferm.** [periódico na internet]. Brasília, v.61, p. 668, 2008. Acesso em 2 de Abr de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a02v61esp.pdf>
- OLIVEIRA S.F., ALBUQUERQUE F.J.B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicol Soc.** [periódico na internet]. Porto Alegre, V. 20, N. 2, P. 237-46, Mai/Ago, 2008. Acesso em 20 Jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a11v20n2.pdf>.
- PINTO N.J.M. et al. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. **Hansen Int.** [periódico na internet]. v. 27, n. 1, p. 23-28, 2002. Acesso em 20 Jun 2015. Disponível em: [http://www.ilsl.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=10618](http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10618).
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Plano Municipal de Saúde – 2014-2017**.
- SOUSA A.A. et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. **Sanare**, Sobral, v. 12, n.1, p. 06-12, Jan/Jun. 2013.
- RODRIGUES F.F. et al. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação. **Rev. Bras. Enferm.** [periódico na internet]; v. 68, n. 2, p. 297-304, 2015. Acesso em 15 Mai 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0297.pdf>

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e ao corpo docente pelo incentivo a pesquisa e aos co-orientadores pela contribuição na construção dessa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## RANKING DOS ALIMENTOS: EDUCAÇÃO NUTRICIONAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Edmara Mayara Holanda Lima<sup>1\*</sup>, Sabrina Gomes de Moura<sup>2</sup>, Juliêta Lopes Fernandes<sup>3</sup>, Cintya Maria Nunes de Santana<sup>4</sup>.

*1 Nutricionista Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – RMSFC/ UESPI, Teresina – Piauí.*

*2 Assistente Social Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – RMSFC/ UESPI, Teresina- Piauí.*

*3 Educadora Física Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – RMSFC/ UESPI, Teresina- Piauí.*

*4 Nutricionista Docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – RMSFC/ UESPI, Teresina- Piauí.*

E-mail: [edmaramayara@gmail.com](mailto:edmaramayara@gmail.com).

### INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento da população mundial e as mudanças no perfil de morbimortalidade, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a constituir o problema de saúde de maior relevância na maioria dos países. De 1990 a 2010, enquanto os óbitos por doenças infecciosas e a mortalidade infantil diminuíram consideravelmente, as mortes por DCNT aumentaram, representando duas de cada três mortes ocorridas no mundo (PRINCE, et al; 2015).

Malta e Silva Junior (2014) apontam que o risco de desenvolver uma DCNT pode ser significativamente reduzido pela adoção de comportamentos saudáveis, como praticar atividade física, ter uma alimentação saudável, abster-se do uso de produtos do tabaco, e evitar o consumo abusivo do álcool.

De acordo com Jaime et al (2011), a alimentação é um dos principais fatores associados às DCNT, e a sua promoção, de forma saudável, está inserida como eixo temático na Política Nacional de Promoção da Saúde, figurando como uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, visando, além do cuidado integral aos agravos já instalados, a realização de ações de prevenção em todas as fases da vida para diminuir a sua ocorrência.

A promoção da saúde passa a ter grande importância como uma estratégia fundamental para o enfrentamento dos problemas do processo saúde-doença (BRASIL, 2007). Rosa, Barth e Germany (2011) relatam que as ações de educação em saúde desenvolvidas atualmente são decorrentes das mudanças ocorridas no ambiente da atenção à saúde, os quais necessitam de uma abordagem organizada e crítica, possibilitando aos usuários informação e a capacidade de compreensão de ferramentas essenciais para a tomada de decisões conscientes, contribuindo para a promoção da saúde destes.

Mendes – Neto et al (2013) afirmam que a educação alimentar e nutricional (EAN) visa às ações que irão capacitar os indivíduos a fazerem melhores escolhas em relação a sua alimentação, tornando -a mais saudável e proporcionando o entendimento de suas práticas e comportamentos alimentares.

A Unidade Básica de Saúde caracteriza-se por um espaço que vai além do atendimento assistencial, tendo grande potencial de ensino-aprendizagem, promovendo a criação de vínculos entre a equipe de saúde, estudantes e a comunidade. Neste sentido, é importante a realização de ações de educação em saúde voltadas ao desenvolvimento de instrumentos práticos que auxiliem na EAN da população. Devido ao grande número de casos de DCNT presentes na comunidade e da alimentação como um dos fatores de prevenção, este trabalho tem como objetivo relatar a atividade de EAN “Ranking dos Alimentos”, realizada em uma UBS da zona sudeste de Teresina-PI.

### METODOLOGIA

O estudo trata-se de um relato de experiência da atividade de educação em saúde “Ranking dos Alimentos”, sendo esta uma das ações do grupo “Comunidade em Movimento”, que faz parte dos projetos de extensão pertencentes ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSFC), da Universidade Estadual do Piauí (UESPI).

A residência multiprofissional em saúde da família é um curso de especialização que abarca sete categorias profissionais: enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social, odontologia e educação física. O objetivo deste programa é trabalhar com a promoção e prevenção em saúde em comunidades adscrita em unidades

básicas de saúde. A residência faz parte da Universidade Estadual do Piauí, e cobre dois postos de saúde, um na zona sudeste e outro na zona sul. A partir do planejamento em saúde, alguns projetos foram criados no intuito de se trabalhar com alguns grupos dentro da comunidade. O projeto “Comunidade em Movimento” nasceu a partir da demanda apresentada pela comunidade da realização de ações em saúde voltadas a práticas de atividades físicas, aliadas com temáticas de saúde.

O projeto engloba mulheres e homens em qualquer idade. Os encontros são semanais, realizados nas segundas e quintas – feiras, no período da tarde, com duração de 60 minutos, ocorrendo no auditório da UBS.

A ação realizada teve o intuito de informar aos participantes sobre o conteúdo de alguns nutrientes contidos em alimentos de seu consumo habitual. Assim, foram abordados os nutrientes – o sódio, açúcar e a gordura. Pelo fato de serem os mais comuns e os principais nutrientes, que em excesso, contribuem para o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Os participantes foram divididos em três grupos, cada um ficando responsável pelo conteúdo de um nutriente específico. Os grupos receberam uma lista com 10 alimentos e solicitou-se que fosse montado um “Ranking dos alimentos”, colocando em primeiro lugar o alimento mais gorduroso, salgado ou doce, de acordo com o grupo em que estivesse inserido.

Compondo o grupo do sal, os alimentos da lista incluíam: macarrão instantâneo, caldo de Knorr, leite, presunto, “x Burger”, pizza, salsichas, salgadinhos, biscoito de sal e refrigerante.

Em relação à lista dos açúcares, os alimentos eram: biscoito recheado, bombom, cereal matinal, barrinha de cereal, Granola, achocolatados, ketchup, refrigerante e suco de caixinha.

Já no grupo das gorduras, os alimentos contidos na lista foram: bacon, lasanha, queijo minas, sorvete, pizza, carne vermelha, batata frita, hambúrguer, leite e salgadinhos.

Para a realização da ação, utilizou-se a metodologia de roda de conversa para as discussões e os materiais usados foram tarjetas contendo os nomes dos alimentos. A composição nutricional dos alimentos foi baseada por meio da Tabela de Composição dos Alimentos- TACO (2011).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade contou com a participação de 15 mulheres e proporcionou trocas de saberes e relatos de hábitos alimentares entre elas, sendo um momento para esclarecer dúvidas e falar sobre o tema.

Percebeu-se que o grupo responsável pelo sódio, já sabiam de alguns alimentos ricos desse nutriente, como por exemplo, o macarrão instantâneo, o caldo, biscoito de sal e os salgadinhos. Porém alguns alimentos incluídos na lista geraram surpresas, como foi o caso do refrigerante, em que elas afirmaram que focavam na quantidade de açúcar e desconheciam o fato de ser rico em sódio também. Nesta perspectiva, foi desmistificada a relação de que um alimento para conter sódio tem que ter o sabor salgado e discutiu-se sobre o sal “oculto” existente nos alimentos.

Outro alimento que foi bastante discutido foi o leite, muitas participantes davam atenção apenas ao cálcio. No entanto, é importante observar que há muitos nutrientes em um alimento, e destacou-se neste momento a questão da quantidade do alimento e a frequência com a qual o consumo esta ocorrendo. Destacando que até para os alimentos que são considerados “saudáveis”, deve-se ter cuidado com a ingestão excessiva e a forma como esta sendo oferecido.

Pesquisas recentes apontam que, em muitos casos, o consumo de sódio supera o recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que preconiza dois gramas de sódio por dia, equivalentes a cinco gramas de sal.

Esse consumo excessivo está relacionado à mudança na dieta alimentar ocorrida em função da urbanização e demanda da vida moderna, que estimula a maior ingestão de alimentos processados e industrializados, e menor consumo de frutas e hortaliças (COSTA e MACHADO; 2010). Dentre os produtos industrializados ricos em sódio consumidos pela população em geral, e apontados na literatura, destacam-se: hambúrguer, salsicha, presunto, salgadinho à base de milho, enlatados, biscoitos salgados, queijos, bolacha, entre outros (PEREIRA, ANDRADE e SHIERI; 2009).

Quanto ao conteúdo de açúcar, notou-se maior facilidade para discutir os alimentos, devido esse conteúdo ser mais conhecido pelas participantes. Entretanto, ao ser montado o ranking, o refrigerante foi colocado como o primeiro a conter mais açúcar. Assim, observou-se surpresa ao ser discutido que o biscoito recheado ocupava essa posição, nesse momento, aproveitou-se para discutir a importância de ler o rótulo que contém todas essas informações, e, principalmente, de se ater a questão da porção informada. Discutiu-se também o consumo de sucos de caixinhas e os benefícios do suco natural, enfatizando a importância de se valorizar o natural no lugar do industrializado, por conter além de açúcares em demasia, corantes e aromatizantes.

O consumo excessivo de alimentos açucarados além de contribuir para baixa densidade nutricional favorece o desenvolvimento de agravos à saúde, como cárie dentária e ganho excessivo de peso, levando à obesidade e,

consequentemente, à síndrome metabólica, diabetes mellitus tipo II e às doenças cardiovasculares. A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que a ingestão de açúcar não deva ultrapassar 10% do aporte energético diário (BRASIL, 2014).

No grupo das gorduras, foi unanimidade que o bacon era o alimento mais gorduroso, em que as participantes relataram já terem visto muitas reportagens que enfatizavam o consumo excessivo das gorduras. Neste momento discutiram-se as diferenças entre os tipos de leite (integral, desnatado e sem lactose). Por fim, relataram-se as consequências do consumo excessivo destes alimentos no organismo, e forma correta de manipulação da carne vermelha, e alguns tipos de carnes com teores menores de gorduras.

Da Silva (2015) afirma que a busca pela praticidade e rapidez proporciona a aceitação maior da ingestão de fast-food, entre os quais, o refrigerante, o sanduíche, salgadinhos, pizzas tornaram-se a melhor opção para muitos consumidores. A alta ingestão de alimentos industrializados ricos em gorduras saturadas, sódio e açúcares podem acarretar consequências para a saúde e estar diretamente ligado a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis da população.

A educação alimentar e nutricional surge como uma ferramenta para conter o avanço das doenças crônicas não transmissíveis que devido a uma má alimentação tornam os indivíduos mais suscetíveis a doenças. Além de funcionar como estratégia de ação, tem a função de socializar conhecimentos técnicos nivelando aqueles já existentes na população. Através de atividades de educação alimentar e nutricional que abordem representações sobre o comer e a comida, conhecimento, atitudes e valores da alimentação para a saúde, busca-se a autonomia do sujeito. Uma maior consciência sobre seu papel com relação à própria saúde possibilita que o indivíduo possa melhorar seu hábito alimentar a médio e longo prazo. (COSTA, et al; 2012)

## CONCLUSÃO

A atividade mostrou-se bastante eficaz no sentido de informar as participantes sobre os malefícios do consumo excessivo de alimentos industrializados, bem como da importância da leitura do rótulo e das escolhas alimentares, levando em consideração a quantidade e qualidade alimentar. É pertinente a realização de atividade de educação em saúde nutricional na atenção primária, destacando que a orientação para alimentação saudável não é universal e há iniquidade, deixando clara a necessidade de maiores esforços no sentido de ampliar o cuidado, dando uma maior atenção a comunidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

COSTA, A. G. M. et al. Avaliação da influência da educação nutricional no hábito alimentar de crianças.

**Revista Instituto Ciência e Saúde**, v.27, n. 3, pg: 237-243,2012.

COSTA F. P; Machado S.H. O consumo de alimentos ricos em sódio pode influenciar na pressão arterial das crianças? **Ciência Saúde Coletiva**, v.15, n. 1, pg: 1383-1389,2010.

DA SILVA, F. V. L. et al. Avaliação do consumo de frituras em geral, salgados e alimentos enlatados / embutidos por pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde. **Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n. 3, pg: 50-60, 2015.

JAIME P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, v.24, n. 6, pg: 809-24,2011.

MALTA D.C; SILVA JÚNIOR, J.B. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, v.23, n.3, pg: 389-398,2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n3/v23n3a02.pdf>>. Acesso em 20 ago. 2017.

MENDES – NETO, R. S., et al. Ações educativas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis: relato de uma experiência. **Revista de Extensão Universitária da UFS**, v.4, nº02, 2013.

Organização Mundial da Saúde - OMS. Ingestão de sódio em adultos e crianças. Disponível em: <[http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/85224/1/WHO\\_NMH\\_NHD\\_13.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85224/1/WHO_NMH_NHD_13.2_spa.pdf)>. Acesso em 18 ago. 2017.

PEREIRA R.A.; ANDRADE R.G.; SICHIERI R. Mudanças no consumo alimentar de mulheres do Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1995-2005. **Caderno de Saúde Pública**, v.5, n.11, pg:2419-32, 2009.

Prince M.J et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*, v.38, n.09, pg: 549-62, 2015.

ROSA, J; BARTH, P. O; GERMANY, A. R. M. A sala de espera no agir em saúde: Espaço de educação e promoção à saúde. *Perspectiva*, v. 35, n. 129, pg: 121-130,2011.

Tabela Brasileira de Composição de Alimentos – TACO. 4ª ed. 2011. Disponível em: < [http://www.unicamp. br/nepa/taco/tabela.php?ativo=tabela]>. Acesso em 20 ago de 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimentos as participantes do projeto que se prontificaram a participar da ação ativamente, a estrutura fornecida pela Unidade Básica de Saúde, nos possibilitando utilizar o espaço do auditório, aos profissionais de saúde que se inseriram na ação, agregando saber e ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Estadual do Piauí.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## VENTILAÇÃO MECÂNICA: PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NA UTI ADULTO E UCE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Inês Cristina Pereira Potrichi<sup>1</sup>, Suzanne Vieira Saintrain<sup>2</sup>, Edgar Gomes Marques Sampaio<sup>3</sup>, Vasco Pinheiro Diógenes<sup>4</sup>, Daniela Gardano Bucharles Mont`Alverne<sup>5</sup>, Maria Vieira de Lima Santrain<sup>6</sup>.

1 Universidade de Fortaleza – Mestrado em Saúde Coletiva - Fortaleza-Ceará

2 Centro Universitário Estácio do Ceará - Fortaleza-Ceará

3 Universidade Federal do Ceará - Mestrado em Saúde Pública - Fortaleza-Ceará

4 Centro Universitário Estácio do Ceará - Fortaleza-Ceará

5 Universidade Federal do Ceará - Fortaleza-Ceará

6 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Fortaleza-Ceará

Email:edgar.gauss@gmail.com

Palavras-chave: Terapia Intensiva; Ventilação Mecânica; Internação; Unidade de Terapia Intensiva. Adulto.

### INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é destinada ao atendimento de pacientes graves ou de riscos, potencialmente recuperáveis, que necessitem de assistência médica ininterrupta, com a contribuição da equipe multiprofissional e demais recursos humanos e tecnológicos especializados.

A criação da UTI foi marcada pelo surgimento de modernas técnicas de ventilação mecânica prolongada, na década de 1950 nos Estados Unidos. No Brasil surgiu em 1970, sendo atualmente, parte integrante das instituições hospitalares. Através da sua criação, tornou-se possível a assistência qualificada, eficiente, humanizada do paciente crítico, uma vez que passou a dispor de ambiente, equipamentos e profissionais especializados exclusivamente para esse fim (BRASIL, 2010; NASCIMENTO, MARTINS, 2000).

O paciente de risco refere-se como sendo aquele que possui alguma condição determinante de instabilidade, e paciente crítico/grave como sendo aquele que apresenta instabilidade de um ou mais sistemas orgânicos, com risco de morte (SÃO PAULO, 2007).

Na UTI, a Ventilação Mecânica (VM) é uma das bases do processo terapêutico, sendo constituída por um percentual considerável de pacientes submetidos a esse suporte ventilatório (ABELHA et al., 2006, NOGUEIRA et al., 2012).

De tal modo, a Ventilação Mecânica consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, sendo a mesma classificada em dois grupos: Ventilação Mecânica Invasiva e não Invasiva, onde o suporte ventilatório de ambas é conseguido através da administração de pressão positiva nas vias aéreas. Uma difere da outra pela forma de liberação dessa pressão, uma vez que na ventilação invasiva utiliza-se via aérea artificial, ou seja, tubo orotraqueal ou nasotraqueal (menos comum) ou uma cânula de traqueostomia e na ventilação não invasiva, uma máscara como interface entre paciente e o ventilador (CARVALHO, TOUFAN JUNIOR, FRANCA, 2007).

Considerando a transição da Doença Crítica Aguda para a Doença Crítica Crônica, a traqueostomia constitui como ponto de demarcação. Consiste em um procedimento cirúrgico eletivo, que é indicada de acordo com o julgamento crítico do médico diante da incapacidade de desmame da VM, e a não ocorrência do óbito desse paciente no futuro imediato (KAHN et al., 2009). Técnica cirúrgica e ssa, que possui vantagens em relação a intubação orotraqueal, como menor frequência de úlceras de laringe, menor resistência na via aérea, menor espaço morto e melhor tolerância para paciente, facilitando o desmame da VM, diminuindo tempo de permanência na UTI e mortalidade associada (GRIFFITHS et al., 2005; DE LEYN et al., 2007). Perante esta condição é um procedimento rotineiro que antecede a necessidade de Ventilação Mecânica Prolongada (VMP).

Este estudo teve como objetivo conhecer as principais causas de internação de pacientes para ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Especiais em um hospital de referência.

### METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal retrospectivo, de caráter quantitativo, documental, descritivo e exploratório, realizado no Hospital Geral Waldemar Alcântara (HGWA). Trata-se de um hospital de apoio para a rede terciária de assistência do Estado do Ceará, atendendo exclusivamente a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS). Oferece

à população 336 leitos, distribuídos nas clínicas médicas, cirúrgica, pediátrica, Unidade de Cuidados Especiais, UTI adulto, UTI neonatal, UTI pediátrica e berçário médio risco. Desenvolvem ainda programas de assistência ambulatorial e domiciliar, como também cuidados especiais e personalizados, com equipes multidisciplinares para pacientes portadores de enfermidades crônicas (como Pé diabético e Acidente Vascular Cerebral) (CEARÁ, 2016).

Para este estudo a população foi composta por todos os prontuários do período de 2012 a 2014, configurando-se em um censo dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI adulto) do referido Hospital. A escolha dos últimos três anos se deu pelo fato dos dados dos pacientes estarem devidamente consolidados. Foram excluídos os prontuários dos pacientes que não contemplaram as informações necessárias ao desenvolvimento da pesquisa preenchidas e/ou legíveis nos seus respectivos campos do cadastro que constam no apêndice.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador (Fisioterapeuta) diretamente dos prontuários dos pacientes que estiveram internados na UTI a qual dispõe de 21 leitos e na UCE dispo de 31 leitos. Sem conflito de interesse o projeto de pesquisa foi aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob Parecer de número 1.013.436.

Os dados da pesquisa foram digitados e analisados utilizando o software IBM® (*International Business Machines*) SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 19.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Foram calculadas médias e desvio padrão das variáveis quantitativas, assim como suas frequências absolutas e percentuais. Realizou-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas, considerando em todos os testes o nível de significância estatística de 5%.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados os dados de 148 prontuários que datavam dos últimos três anos, porém devido a incompletude de alguns registros significativos para a realização das análises forma excluídos seis, ficando um total de 142 prontuários para analisar, sem acarretar em perda significativa para as análises posteriores e nem da compreensão dos resultados.

O instrumento de coleta de dados contemplou as seguintes informações: 1. Identificação: número do prontuário, idade, gênero, procedência. 2. História Clínica: diagnóstico de admissão para ventilação mecânica.

A idade dos pacientes variou de 17 a 103 anos (média  $66,5 \pm 18,7$  desvios padrões). Evidenciou-se maior percentual de pessoas com menos de 59 anos de idade (28,9%) e um percentual elevado de 26,8% ( $n=41$ ) dos pacientes com idade igual ou superior a 80 anos tendo como média de idade  $66,5 \pm 18,7$  desvios padrões. Houve predomínio do sexo masculino (58,5%) em relação ao sexo feminino (41,5%).

A maior prevalência para o sexo masculino é corroborada por outros autores como França, Albuquerque e Santos (2013) que identificaram maior quantidade de homens nas internações de UTI. Igualmente, Favarin e Caponogara (2012) atestam que pesquisas realizadas em diferentes países, o número de homens admitidos nas UTI's é consideravelmente superior ao de mulheres.

Pela Tabela fica demonstrado o alto percentual da Infecção Respiratória aguda como principal causa de indicação da ventilação mecânica ( $n=128$ ; 90,1%).

**Tabela 1:** Características das principais causas da ventilação mecânica descritas nos prontuários dos pacientes ( $n=142$ ) que foram internados na UTI adulto e UCE do HGWA, 2012-2014. Fortaleza-CE, 2016.

CAUSA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA	n	%
IRpA – Insuficiência respiratória Aguda	128	90,1
Cirúrgica	7	4,9
Instabilidade Hemodinâmica	4	2,8
Sem definição	3	2,2

Fonte: dados da pesquisa. IRpA = Insuficiência Respiratória Aguda.

Ao realizar o teste de Inferência (Teste Qui-quadrado) entre comorbidades e desfecho hospitalar sobre óbito e alta dos pacientes não foi detectado significância estatística entre a Insuficiência respiratória Aguda e estes dois eventos ( $p = 0,718$ ). Entretanto, em relação a Instabilidade Hemodinâmica e o desfecho foi altamente significativa ( $p=0,002$ ) vista que todos os pacientes com esta problemática vieram a Óbito.

Além der ser uma causa para a intervenção da ventilação mecânica, a Insuficiência Respiratória Aguda pode levar a diversas complicações e que podem aumentar a morbimortalidade de um paciente grave, conseqüentemente,

faz-se necessário abreviar o tempo em que o paciente está sob ventilação artificial, reconstituindo a ventilação espontânea tão logo seja possível (OLIVEIRA et al., 2006).

Nossos achados constataram que 15,5% (22) dos pacientes já haviam sido submetidos a algum tipo de cirurgia prévia antes de dar entrada no setor e quando qualificada quais as cirurgias que haviam sido feitas, observou-se que laparotomia (40,9%) e cirurgias cardíacas (13,6%) tiveram maior prevalência.

Igualmente, foi apurado que 25,4% (36) dos pacientes que deram entrada no setor haviam passado por novas cirurgias, onde novamente a laparotomia (55,6%) foi a mais predominante.

Estudos corroboram com os achados da presente pesquisa ao revelarem que as Unidades de Terapia Intensiva, são constituídas em sua grande maioria por uma população de pacientes idosos, no qual, são responsáveis por 42 a 52% da ocupação desses leitos. Predominantemente, esses pacientes são do sexo masculino, procedentes de centro cirúrgicos, unidades clínicas e emergências, com principais motivos de internação causados por doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas, neurológicas, traumas, envenenamentos e outras causas externas. Dentre as patologias de maiores índices de mortalidade observou-se a predominância de Insuficiência Respiratória Pulmonar Aguda (IRPA), Pneumonia (PNM), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), constatando a predominância de doenças respiratórias e circulatórias nessa unidade (MELO, MENENGEUTI, LAUS, 2014; SOUSA et al., 2014).

Muito embora o estudo esteja limitado aos pacientes de um grande hospital de referência, não é possível extrapolar os achados. No entanto, espera-se reforçar a magnitude do problema em questão para o planejamento de ações, revelando a necessidade de prontuários documentados na íntegra de suas informações clínicas hospitalares, contribuindo para maior aprofundamento relacionado ao tema.

Na busca da melhor evidência disponível, em relação às intervenções em Unidades de Terapia Intensiva, estratégia da Promoção da Saúde pode contribuir para a prevenção, na detecção precoce, no diagnóstico e no tratamento das doenças.

## CONCLUSÃO

Neste estudo de prontuários de pacientes, fica demonstrado o alto percentual da Infecção Respiratória aguda como principal causa de indicação da ventilação mecânica integrando um grupo distinto dentro da unidade hospitalar.

As significâncias quanto aos testes estatísticos indicam que complicações, tais como Insuficiência Respiratória Aguda e Instabilidade Hemodinâmica, tiveram um padrão de risco quanto ao desfecho relacionados à óbitos desses pacientes.

Na busca da melhor evidência disponível, em relação às intervenções em Unidades de Terapia Intensiva estratégia da Promoção da Saúde pode contribuir para a prevenção, na detecção precoce, no diagnóstico e no tratamento das doenças.

## REFERÊNCIAS

ABELHA, F. J. et al. Mortalidade e o Tempo de Internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 56, n. 1, p. 34-45, Jan/ fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento da Unidade de Terapia Intensiva e dá outras providências. Republicada no D.O.U., de 21 de agosto de 2006. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)>. Acessado em: 03 fev. 2015.

CARVALHO, C. R. R.; TOUFEN JUNIOR, C.; FRANCA, S. A. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.33, n.2, p. 54-70, 2007.

CEARÁ. O Hospital, 2008. Notas. Disponível em: <[http://www.hgwa.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=79&Itemid=196](http://www.hgwa.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=196)>. Acesso em: 22 fev. 2016.

DE LEYN, P. et al. Tracheotomy: clinical review and guidelines. **European Journal of Cardio-Thoracic Surgery**, v.32, n.3, p. 412-21, 2007.

FAVARIN SS, CAMPONOGARA S. Perfil dos Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Universitário. *Rev. Enferm. UFSM, Rio Grande do Sul*; v. 2, n.2, p. 320-9, 2012.

FRANÇA CDM, ALBUQUERQUE PR, SANTOS ACBC. Perfil Epidemiológico da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. *Inter Scientia, João Pessoa*; v.1, n. 2, p.72-82, 2013.

- GRIFFITHS, J. et al. Systematic review and meta-analysis of studies of the timing of tracheostomy in adult patients undergoing artificial ventilation. **British Medical Journal**, V.330, n.7502, p.1243, 2005.
- KAHN, J. M. et al. Development and validation of an algorithm for identifying prolonged mechanical ventilation in administrative data. **Health Services and Outcomes Research Methodology**, v.9, p. 117– 132, 2009.
- MELO, A. C. L.; MENEGUETI, M. G.; LAUS, A. M. Perfil de pacientes de terapia intensiva: subsídios para a equipe de enfermagem. **JournalNursing UFPE** (online), v.8, n.9, p.3142-3148, set.2014.
- NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J. Reflexões Acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a Relação deste com o Indivíduo Hospitalizado e sua Família. **Revista Nursing**, v.29, n.3, p.26-30, Out. 2000.
- NOGUEIRA, L. S. et al. Características clínicas e gravidade de pacientes internados UTI's públicas e privadas. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, Jan/Mar, 2012.
- SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Resolução CREMESP nº 170, de 6 de novembro de 2007**. Define e regulamenta as atividades das Unidades de Terapia Intensiva. Diário Oficial do Estado de São Paulo; Poder Executivo, 22 nov 2007. Seção 1, p. 152.
- SOUSA. M. N. A. de et al. Epidemiologia das Internações em uma Unidade de Terapia Intensiva. **C&D- Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.7, n.2, p. 178-186, jul./dez. 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-Graduação da Universidade de Fortaleza na pessoa da orientadora Maria Vieira de Lima Saintrain e ao Hospital Waldemar de Alcântara e seus colaboradores, em especial a Dra Germana Neri Lopes, gerente do Núcleo de Assistência ao cliente (NAC), fundamental na viabilização da coleta de dados.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ANÁLISE E COMPARATIVO DE INTERVENÇÕES EM PACIENTES COM DHEG

Marjorie Rodrigues Paula<sup>1</sup>, Cristina Paloma Guerra da Silva<sup>2</sup>, Daniela Queiroz Pires<sup>3</sup>, Greice Gama de Meneses<sup>4</sup>, Priscila Silva Melo<sup>6</sup>, Anna Paula Sousa da Silva<sup>7</sup>.

1. Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-

2. Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

4. Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

5. Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil

6. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade Nordeste- Fanor /Devry Brasil. Fortaleza-Ceará- Brasil.

E-mail: marjorie\_0201@hotmail.com

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. DHEG. Intervenções.

### INTRODUÇÃO

A Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnicos-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado.

As vantagens e a propriedade de se estabelecer a SAE na prática são incontestáveis. A teoria auxilia nessa sistematização, pois facilita e direciona a organização das observações realizadas na prática e a condução das ações, visando ao alcance dos resultados esperados para os pacientes. Sem elas, a prática torna-se caótica e desintegradora (LEOPOLDI, 1999).

O Processo de Enfermagem (PE), é considerando a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação.

Para Stanton, Paul e Reeves (1993), o PE propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem, sendo a essência, o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, ajudando o profissional enfermeiro a tomar decisões e a prever e avaliar as consequências. Para Iyer, Taptich e Bernocchi- Losey (1993), o PE desenvolveu-se em um processo de cinco fases sequenciais e inter-relacionadas (histórico, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação) coerentes com a evolução da profissão.

A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), na sua forma pura, caracteriza-se pelo aparecimento, em grávida normotensa, após a vigésima semana de gestação, da tríade sintomática: hipertensão, proteinúria e edema. É uma doença incurável, exceto pela interrupção da gravidez, e pode evoluir para quadros ainda mais complexos, como eclâmpsia, síndrome HELLP (*haemolysis, elevated liver enzyme activity, low platelets*) ou CID (coagulação intravascular disseminada) (PADDEN, 1999).

Cintra (2001) concorda com Padden (1999), que a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), é uma patologia obstétrica que surge após a vigésima semana de gestação, sendo mais frequente no terceiro trimestre e estendendo-se até o puerpério. Caracteriza-se por apresentar hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria, podendo culminar com convulsões e coma.

Para o Ministério da Saúde (Brasil 2000; Brasil 2005), a Pré-eclâmpsia pode ocorrer anteriormente à vigésima semana de gravidez, na moléstia trofoblástica gestacional, sendo, predominantemente, uma patologia de primigesta. A doença, quando não tratada, evolui naturalmente para as formas graves, entre elas, a eclâmpsia e a síndrome HELLP.

A hipertensão arterial (HA) é uma das complicações médicas mais comuns na gravidez, ocorrendo em 6 a 8% dos casos (ZAMORSKI, 2001). A maior morbidade materna e perinatal coloca esta gestação como de alto risco, exigindo condições diferenciadas do ponto de vista assistencial (SASS. *et al*, 1990).

São consideradas hipertensas todas as gestantes com pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Entre as síndromes hipertensivas da gestação, a hipertensão arterial crônica (HAC) na gravidez diz respeito a todas as pacientes que apresentem HA anterior à gestação, assim como as que têm HA identificada pela primeira vez na gestação (PA medida em duas ocasiões), em período anterior à 20ª semana de gestação, perdurando além de 12 semanas pós-parto (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A DHEG envolve cada órgão e sistema do organismo. Há grande aumento na resistência vascular periférica e hiper-reatividade a vasoconstritores, negando a vasodilatação e refratariedade vascular própria da gravidez normal. Alguns eventos fisiopatológicos, incluindo placentação anormal e hipersensibilidade vascular, podem ocorrer semanas ou meses antes do reconhecimento clínico da doença. Entretanto uma das principais alterações fisiopatológica da DHEG é a vasoconstrição generalizada, onde o fluxo plasmático renal e a filtração glomerular estão significativamente reduzidos, havendo uma redução do fluxo sanguíneo uterino. (QUEENAN, 1987).

Nas mulheres que desenvolvem hipertensão gestacional, a pressão sanguínea começa a aumentar durante a segunda metade da gestação: elas talvez não apresentem redução dessa pressão à noite, relacionada à gestação.

O tratamento farmacológico pode ser necessário, incluído o medicamento que a mulher com hipertensão preexistente tomava antes de engravidar. O ácido acetilsalicílico em dose baixa pode diminuir os efeitos hipertensivos gestacionais em clientes com alto (MONTAN, 2004). Nesse caso o parto cesariano é o mais indicado, pois a cesariana ameniza as modificações do débito cardíaco logo no início do trabalho de parto (ACHA, 2009).

O objetivo deste estudo é analisar os perfis das pacientes com DHEG e a implementação da assistência de enfermagem neste contexto.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo é quantitativo, descritivo, observacional, longitudinal, comparativo e preponderantemente prospectivo. As parturientes com DHEG responderam a um questionário, perguntas essas feitas a partir do instrumento de coleta de histórico de enfermagem, foi medida a pressão arterial, mediante o momento da entrevista.

Segundo Goode e Hatt (1979) o estudo de caso é um meio de organizar os dados, preservando o objeto estudado o seu caráter unitário. Considera a unidade como um todo, incluindo o seu desenvolvimento (pessoa, família, conjunto de relações ou processos etc.).

Foram selecionadas e avaliadas prospectivamente 3 parturientes com diagnóstico de DHEG. A seleção das parturientes com DHEG foi feita de forma aleatória. Foram excluídas pacientes com 18 anos ou menos, no momento do estudo de caso, pela falta de mulheres com essa faixa etária estarem acometidas no momento da coleta. Os critérios de inclusão corresponderam a idade superior a 18 anos, presença de DHEG, que foram realizados durante o estágio curricular na disciplina de Saúde da Mulher em duas instituições públicas, uma de nível secundário e outra de nível terciário no município de Fortaleza-Ceará, entre os anos de 2015 a 2016.

A coleta de dados foi produzida a partir das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE por meio da entrevista, anamnese e avaliação do prontuário das pacientes. Os cruzamentos de dados nos estudos de caso mostraram uma correlação dos problemas mais comuns da DHEG e a ineficácia das intervenções de enfermagem durante este período. A análise dos dados a partir da experiência foi oportunizada por um referencial teórico pertinente ao tema. Os aspectos éticos foram respeitados conforme a resolução 510/2016.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Entre as parturientes portadoras de DHEG durante o período de gestação, a idade variou de 19 a 39 anos. Apenas uma sabia em que idade gestacional se encontrava ao início de percepção dos sintomas. Predominaram multigestas e múltiparas; observou-se baixa frequência de primigestas. Dos 3 casos com DHEG prévia, ambas tiveram pré-eclâmpsia, sem casos de eclâmpsia. A HA foi diagnosticada em todas as gestações, apenas 1 das 3, possuía antecedente de DHEG.

As parturientes em sua maioria tinham antecedentes de hipertensão e diabetes em seu histórico familiar. Fora apercebido uma minoria em comorbidades. Uma das participantes do estudo de caso, estava em acompanhamento psicológico, por não saber durante sua gestação e após o parto a real gravidade de seu estado, gerando desconforto com a equipe assistencial, sem comprometer o cuidado ao recém-nascido (RN). Dos casos associados ao estudo, houve relato de (1) parturiente estar ciente que teria uma gestação de risco, mesmo assim seguiu em frente com o processo gestacional independente do diagnóstico e ter tido DHEG em sua gestação anterior.

A mesma encontrava-se ciente de seu estado, e, do que, necessitava de medicações em seu pós-operatório (PO). O relato predispõe a uma maioria estar inserida em uma união estável, onde apenas uma minoria encontra-se só. O grupo de parturientes apresentaram perfil diferente quanto a raça, idade gestacional de início de percepção de sintomas, número de gestações, abortamento prévio, além dos seguintes resultados laboratoriais estarem regulares com os valores referencias, após avaliação minuciosa por parte das acadêmicas.

Na avaliação de dados de parto e puerpério das gestantes, houve em sua minoria desequilíbrio de emoções. Não houve óbito materno ou fetal.

Considerando-se apenas parturientes do estudo evoluíram com parto cesariano, apenas uma paciente encontrava-se com um período de internação superior as demais devido a complicações no pré e pós-operatório

decorrentes da patologia. Para está paciente foi delimitado o diagnóstico de risco de infecção, e em seu planejamento consistia em observar as alterações da ferida operatória (FO), na fase de implementação foi realizado os cuidados com a FO, como medida profilática. Obteve-se na evolução FO sem sinais flogísticos. Para esta paciente também foi traçado o diagnóstico de padrão ineficaz de alimentação do lactente, devido a pega incorreta da mama, má posicionamento e como consequência desses fatores gerou a incapacidade de sucção, devido a este fator foi identificado o diagnóstico da pele prejudicada devido ao ingurgitamento mamário e fissuras mamilares.

Na etapa de planejamento teve os aspectos de orientar a importância da amamentação; melhorar o padrão de posicionamento para a amamentação e observar se a presença de alterações com risco de desenvolver possíveis complicações.

Quanto a fase de intervenção, teve-se orientação em relação a pega correta da mama, a realização da ordenha, técnica de massagem para alívio de dor como método não farmacológico. Na evolução foi registrada que ocorreu uma melhora através da assistência profissional sinalizando, que os resultados foram atingidos e as intervenções foram efetivadas.

Na avaliação das gestantes portadoras e antecedente de DHEG, tiveram novo episódio de DHEG ao final da gestação. Todas as participantes negaram uso de drogas ilícitas, apenas (1) caso tinha o uso de anticoncepcional. Ambos os casos, o peso mostrava-se ideal. O histórico familiar é de grande valia, em (2) casos, tinha históricos de comorbidades importantes. Ambos os casos apresentaram hipertensão arterial (HÁ) no momento da entrevista, e, após o fim da entrevista.

A paciente de 35 anos relatava durante uma entrevista dores abdominais, fora delineado o diagnóstico de dor aguda baseado em seu relato verbal de dor, como planejamento obteve uma profissional da unidade explicar as causas de sua dor. Só que a paciente encontrava-se em desconforto com a equipe assistencial. E como implementação de reverter esse diagnóstico, obteve medidas de métodos para distração, com o propósito de desviar a atenção da dor. Um entrave que fora encontrada para essa intervenção é que a paciente se encontrava em isolamento social, por assim acabar dificultando a implementação da intervenção.

Em apenas 1 caso o binômio mãe filho encontrava-se prejudicado, devido a amamentação ineficaz.

Uma limitação encontrada no estudo, encontrava-se na falta de acesso do cartão da gestante. Onde a cartilha oferece uma série de informações sobre a gestante, que facilitaria a delimitação aspectos faltosos ao trabalho, informações pessoais mais aprofundadas e menos superficiais e ausência de dados cruciais em uma d a s evoluções.

## CONCLUSÃO

O atendimento em saúde ainda é centrado em técnicas e tarefas, calcado, principalmente na racionalidade científica que fragmenta e objetiva o homem, reduzindo-o a portador de sinais e sintomas, sendo estes traduzidos em uma patologia que requer tratamento específico. Nessa lógica, a dimensão da singularidade não é contemplada, tendo em vista que cada profissional relaciona com o doente tomando como objeto, não sendo sensível à sua subjetividade, ao seu existir no mundo, como ser histórico, temporal e criador (Boemer *et al.*, 1987).

De um modo geral, o contato que feito com as pacientes para a realização deste estudo, mostrou-se grande importância do papel do enfermeiro, no qual ele busca conhecer bem sobre as patologias e complicações de uma paciente gestante, mas também tendo toda uma visão mais humanizada nesta fase da vida tão importante para a mulher, lhe dar toda e necessária assistência visando de um modo holístico um bem-estar geral do conforto da paciente e do recém-nascido

Aplicar a SAE ao caso da paciente ofertou conhecimento acerca de sua patologia e de seu tipo de parto, trouxe um conhecimento global sobre a paciente. A cada estudo de caso, é uma nova descoberta a respeito de patologias até então desconhecidas, e de como a elaboração de um plano de cuidados pode acarretar mudanças visíveis na melhora do paciente. Apesar da SAE oferecer ao enfermeiro uma possibilidade de organizar seu trabalho e um método que prioriza a individualidade do cuidado, os profissionais enfrentam adversidades para sua implementação. O cotidiano e a demanda de trabalho em muitos estudos mostra-se como um dos motivos para a sua não realização a falta de tempo, de conhecimento teórico, de exercício prático e de recursos. Mas de enorme importância para a organização do cuidado ao paciente, e por metodizar o trabalho dos enfermeiros.

A SAE proporciona um norteamento, desde a coleta de dados, em que é sentido as limitações do paciente/cliente, o delineamento dos diagnósticos e implantação de cuidados. O contado com esse método na graduação favorece a interpretação da importância dela ser feita, dos resultados que ela proporciona e como prioriza o paciente. É perceptível de como o aprendizado é constante, e a responsabilidade de como futura profissional enfermeira de estar fazendo esse processo.

Concluimos assim que, o enfermeiro deve fornecer apoio no que diz respeito à questão física, psicológica e emocional do paciente.



Esse estudo chamou a atenção por ter sido realizado devido uma doença que passou a ser síndrome, e que encontra-se em constante descoberta de aspectos que devem ser acompanhadas no pré-natal. A avaliação da pressão arterial é outro ponto que deve ter imensa atenção, devido seu papel rastreados nesses casos. Mesmo os riscos dessa síndrome hipertensiva gravídica já serem de conhecimento geral, e computados, eles se estendem até o puerpério devido a uma falta de assistência habilidosa que compromete essas mulheres e durante a gestação e ao recém-nascido.

## REFERÊNCIAS

- BOEMER, Magali Roseira; CORRÊA, Adriana Katia. **Repensando a relação do enfermeiro com o doente; o resgate da singularidade humana**. GONZALES, Rita Francis; BRANCO, Rodrigues. A relação com o paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 264- 269.
- CAPERTINO- MOYET, Lynda Juall. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CARVALHO, Ana Cristina Silva de. **Assistência de enfermagem nas intervenções clínicas e cirúrgicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008.
- CINTRA E. de A.; NISHIDE V. M.; NUNES W. A. Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. 2ª edição. Atheneu, São Paulo: 2001.
- DUNCAN B. B. **Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção Primária**. 3ª edição. Artes Médicas, Porto Alegre: 2004.
- GARCEZ, Regina Machado, tradução. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014 / North American Nursing Diagnosis Association** — Porto Alegre: Artmed, 2013.
- GOODE WJ, HATT PK. **Métodos em pesquisa social**. 5a ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional;1979:422
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento. **Rev. Assoc. Med.Bras**. Brasília: IPEA, 2010.
- JUNIOR, Guilherme Santos da Silva et al., Avaliação de alterações urinárias e função renal em gestantes com hipertensão arterial crônica. **J Bras Nefrol** 2016;38(2):191-202.
- QUEENAN, J. Gravidez de alto risco. 2 ed. São Paulo: Nomale, 1987.
- SASS N, Moron AF, El-Kadre D, Camano L, De Almeida PAM. Contribuição ao estudo da gestação em portadoras de hipertensão arterial crônica. **Rev Paul Med** 1990;108:261-6.
- SILVA, Eveline Franco da et al . Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre , v. 32, n. 2, p. 316-322, June 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200015>.
- TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2ª edição. 2010.
- ZAMORSKI MA, Green LA. NHBPEP report on high blood pressure in pregnancy: a summary for family physicians. **Am Fam Physician** 2001;64:263-70.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, aos colaboradores que se colocaram à disposição de produção do trabalho, tendo totalmente a sua atenção voltada a todo o processo de construção do estudo, e a orientadora pela sua disposição em contribuir com seus conhecimentos neste estudo.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

**Daniella Barbosa Campos<sup>1\*</sup>, Malbia Oliveira Rolim<sup>2</sup>, Ana Carolina Oliveira e Silva<sup>1</sup>, Isabella Lima Barbosa<sup>3</sup>, Indara Bezerra Cavalcante<sup>4</sup>; Maria Salete Bessa Jorge<sup>5</sup>.**

1. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará- Brasil

2. Enfermeira.

3. Doutora em Saúde coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil

4. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil

5. Docente no curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

Email: dane\_barbosa@hotmail.com

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde Mental; Produção do cuidado

### INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde realizado na atenção básica e implementado por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), é estruturante do sistema de saúde brasileiro, pois, funciona como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), gerencia encaminhamentos, coordena e integra o trabalho realizado por outros níveis de atenção e acompanha a saúde do sujeito durante a vida. A atenção básica representa o ponto de referência para a saúde do sujeito, pois é responsável pelo acolhimento das necessidades de saúde e manutenção de referência com outros níveis de atenção (AZEVEDO et al, 2014).

O apoio matricial ou matriciamento constitui uma estratégia para a gestão do trabalho em saúde, que possibilita a efetivação da clínica ampliada e a integração entre distintas especialidades e profissões. Tal dispositivo contribui para o fortalecimento das redes de cuidado em saúde, e sua utilização pode ser vista como instrumento para transformação na organização e funcionamento de serviços e sistemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Trata-se de uma ferramenta de oferta de suporte técnico especializado para equipes da ESF, ampliando seu campo de atuação e qualificando suas ações e buscando junto à tais equipes maior apoio quanto à responsabilização do processo de assistência fim de ampliar seu campo de atuação, e garantindo a integralidade da atenção no SUS. Assim, sua efetivação resulta na construção de uma rede de cuidados qualificada na qual cada profissional traz contribuições. Neste contexto, a equipe de referência tem caráter interdisciplinar e é responsável pelo apoio matricial (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013).

O matriciamento em saúde mental é desenvolvido por distintos profissionais da área de saúde ou afins, cuja habilidade e competência estejam voltadas para a construção de sistema e serviços de saúde conforme os conceitos de integralidade, humanização e co-gestão. O número de enfermeiros atuantes no apoio matricial é cada vez mais frequente no Brasil. As atividades realizadas por estes profissionais, geralmente são voltadas para a direção e chefia, ao planejamento, organização, coordenação e a avaliação dos serviços de enfermagem. (VASCONCELOS et al, 2014).

O enfermeiro especialista em saúde mental tem importante papel na orientação do enfermeiro generalista e dos demais profissionais da equipe. Não há ainda definição clara quanto ao papel do enfermeiro especialista, o que gera desafios para sua atuação profissional (SOARES, 2008).

Vasconcelos et al (2014) investigaram as atribuições dos apoiadores enfermeiros da ESF e evidenciaram a evolução da enfermagem na gestão e cogestão, porém, esses profissionais vêm desempenhado um papel administrativo e gerencial nas unidades de saúde da família, organizando e fiscalizando os trabalhadores nas Unidades de Atenção Básica, deixando de discutir a verdadeira proposta matricial. Mercês et al (2015) reforçam que os enfermeiros, atuantes neste cenário, posicionam suas práticas baseadas no acolhimento, na renovação de receitas, na dispensação de medicação e no encaminhamento a serviços especializados. Entretanto, essas atitudes são reconhecidas como insuficientes na assistência em Saúde Mental.

Com base no exposto, torna-se necessário buscar na literatura quais são as práticas do Enfermeiro no matriciamento em saúde mental? Os estudos delimitam a função do profissional próprio nesse contexto?

Destarte, este estudo pretende contribuir para que os profissionais possam desenvolver ações aos usuários em adoecimento mental, visando oportunizar melhoria na qualidade de assistência em saúde mental, promovendo assim um acolhimento adequado das demandas, com uma escuta terapêutica qualificada visando prevenção de agravos nos sintomas psíquicos e o melhor direcionamento dos casos, havendo assim um compartilhamento dos cuidados entre os profissionais da Rede de assistência a saúde, não restringindo estes cuidados à equipe de saúde mental especializada.

Nesse contexto *objetivou-se analisar* a produções científicas que abordam a prática do Enfermeiro no matriciamento em saúde mental.

## METODOLOGIA

De modo a atender aos objetivos propostos, realizou-se uma revisão integrativa, que de acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011) consiste em um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular. Esse método de pesquisa traça uma análise sobre o conhecimento construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema e permite a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriormente publicadas.

O processo de revisão integrativa seguiu uma sucessão de etapas bem definidas, que serão detalhadas nos tópicos a seguir.

**Primeira Fase: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa e hipótese:** o presente estudo seguiu como questão norteadora: Quais são as práticas do Enfermeiro no matriciamento em saúde mental? Existe uma delimitação do papel do enfermeiro no matriciamento? Com base no exposto, tem-se a seguinte hipótese: O Enfermeiro possui uma prática específica de ação e uma delimitação de um papel próprio no matriciamento em saúde mental.

**Segunda Fase: Definição dos critérios de inclusão e exclusão:** As produções utilizadas foram coletadas nas bases de dados SciELO (Scientific Eletronic Library), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e BVMS (Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde).

Na busca do material foram utilizados os seguintes descritores cadastrados no portal de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): 'Saúde da família', 'Saúde Mental' e 'Enfermagem'. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, disponíveis na íntegra em língua portuguesa, que abordassem a temática de estudo. Para exclusão, foram adotados os critérios: documentos que não caracterizassem como artigos originais, indisponibilidade na íntegra e em língua portuguesa.

**Terceira Fase: Identificação dos estudos selecionados:** A busca das produções foi realizada durante os meses de agosto e setembro de 2016. Para a identificação dos estudos, realizou-se a leitura criteriosa dos títulos, resumos e descritores de todas as publicações completas localizadas pela estratégia de busca, para posteriormente verificar sua adequação aos critérios de inclusão do estudo. Nos casos em que o título, o resumo e descritores não eram suficientes para definir sua seleção, buscou-se a publicação do artigo na íntegra. Na base de dados SciELO foram encontradas 50 produções e utilizadas 2 destas. No LILACS foram encontradas 53 produções e utilizadas 3 destas. Na base de dados BDENF foram encontradas 2 produções e utilizada apenas uma. Na BVMS foram encontradas 73 produções e utilizadas 8 destas. Dessa forma, do total de 178 artigos encontrados nas quatro bases de dados a partir dos referidos descritores, catorze foram selecionados pois correspondiam aos critérios de inclusão.

**Quarta Fase: Categorização dos estudos:** os estudos selecionados foram identificados com códigos numéricos e, em seguida, utilizou-se um instrumento de coleta pré-estabelecido contendo os seguintes dados: base de dados, ano da publicação, título do artigo, autoria, objetivo, tipo de estudo/abordagem, ambiente, participantes e resultados do estudo. Em seguida, procedeu-se à organização dos resultados em quadros. Com base nos objetivos desta revisão e nas repetições contidas nos estudos selecionados foram elaboradas duas categorias temáticas: 'Lacunas na especificação do papel próprio do enfermeiro no matriciamento em saúde mental' e 'Desafios do enfermeiro no processo de matriciamento em saúde mental'.

**Quinta Fase: Análise e interpretação dos resultados:** nessa fase foram realizadas a análise, a interpretação e a discussão dos estudos, utilizando-se como referencial teórico documentos do Ministério da Saúde e produções teóricas de autores que abordam o apoio matricial como dispositivo para o cuidado integral à saúde. Nessa etapa foi possível levantar as lacunas de conhecimento existentes na temática em estudo e sugerir pautas para futuras pesquisas.

**Sexta Fase: Apresentação da revisão:** A síntese da revisão integrativa foi elaborada pensando-se em permitir informações que possibilitem os leitores avaliarem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão. O presente documento contempla a descrição de todas as fases percorridas, de forma criteriosa, e apresenta os principais resultados obtidos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Práticas de matriciamento em saúde mental e os desafios encontrados na operacionalização

Neste tópico são pormenorizadas as práticas desenvolvidas pelos profissionais de equipes de matriciamento e os desafios encontrados por estes na operacionalização dessas ações. De acordo com os estudos, os profissionais

de equipes de matriciamento em saúde mental realizavam atividades de caráter assistencial, organizacional e de formação profissional. As atividades mais frequentes nos estudos foram as reuniões entre profissionais para partilha de saberes e discussão de casos; os encaminhamentos de pacientes; a identificação de casos clínicos na comunidade; além dos atendimentos (individual e em grupo) realizados de forma conjunta. Não houveram menções nos estudos às ações de educação permanente, intervenções terapêuticas na atenção primária, abordagem familiar, visita domiciliar conjunta, contato à distância e abordagem familiar, por exemplo.

Quando se considera as atuais diretrizes políticas de atenção à saúde, entende-se que o trabalho dos profissionais pressupõe o exercício de práticas coletivas realizadas em equipe. Para que isso ocorra é necessário que haja relação entre as intervenções técnicas e aqueles que as efetivam, pois as práticas de atenção psicossocial requerem uma coesão entre a equipe (BALLARIN et al, 2011). Os profissionais percebem o matriciamento como uma possibilidade de articulação no território, de inovação no cuidado em saúde mental, de ruptura com paradigmas que reduzem o usuário a objeto e se pauta num cuidado fragmentado, e de busca de novos saberes e práticas em saúde mental. Assim, os recursos terapêuticos da comunidade passam a ser descobertos como possibilidade para oferta de serviços, e também como oportunidade de gerar reflexões sobre o preconceito e estigma ainda presentes nesse contexto (SOUSA et al, 2011).

Apesar de identificarem várias práticas de matriciamento, os estudos evidenciaram frequentes desafios na operacionalização do apoio matricial em saúde mental, destacando os seguintes: sobrecarga de trabalho dos profissionais, equipes incompletas e profissionais não disponíveis para ações de matriciamento; dificuldades na comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços da rede;- excesso de encaminhamento desnecessários de pacientes; cultura de medicalização; necessidade de capacitação em saúde mental; medo, angústia, estigma, preconceito, falta de conhecimento e manejo de profissionais com relação a uma pessoa em crise psíquica; dificuldades dos profissionais em compreender que a atenção em saúde mental devem integrar as ações desenvolvidas na atenção básica em saúde; falhas no trabalho na perspectiva de rede; descontinuidade das ações tanto pelo serviço de atenção básica como pelo serviço especializado; pouca iniciativa de profissionais se aproximarem de outros serviços da rede e desconhecimento do trabalho desenvolvido nesses serviços; e, por fim, pouca articulação do CAPS com a atenção básica.

Na investigação de Jorge et al (2014), foi possível evidenciar os principais limites e desafios na consolidação do matriciamento em saúde mental na atenção básica. Para os profissionais da equipe “matriciadora”, ou especializada, os limites são descritos como a participação ativa da equipe de saúde da família, em virtude da lógica de produtividade operante na ESF e do preconceito com a saúde mental, enquanto o desafio diz respeito às capacitações como alternativa para enfrentamento à insegurança da equipe, ampliação das práticas e divulgação da ferramenta.

Segundo Moura et al (2012), a reinserção do portador de transtorno mental na comunidade ainda se configura como importante desafio para os profissionais de saúde da ESF. Repensar na formação profissional na graduação e na realização de cursos de capacitação durante o exercício da profissão podem contribuir para a realização de um trabalho assistencial para esses usuários na comunidade. Gerhardt Neto; Medina; Hirdes (2014) apontaram a resistência de profissionais especialistas e generalistas em relação à implantação do apoio matricial como um desafio a ser superado. Além disso, a escassez de recursos humanos, financeiros e de ordem política traz dificuldades, uma vez que o apoio matricial é tratado com desinteresse pelos gestores, ao não prover condições adequadas para o seu funcionamento. Assim, pode-se depreender que por vezes, o matriciamento decorre da vontade de um grupo de especialistas em descentralizar a atenção em saúde mental.

Para Jorge, Sousa e Franco (2013) um dos maiores desafios na prática do matriciamento é a mudança no fluxo burocrático e hierárquico de usuários na rede e na lógica dos encaminhamentos dos casos atendidos na ESF e nos serviços de saúde mental. O matriciamento pode contribuir para a aproximação entre os trabalhadores desses serviços, facilitando a comunicação e a interação, tornando referência e contra referência personalizadas.

### **Lacunas no papel do enfermeiro no matriciamento.**

Ressalta-se que apenas um dos estudos selecionados foi desenvolvido especificamente com enfermeiros (AZEVEDO; SANTOS, 2012), nos demais tais profissionais compuseram o grupo de participantes juntamente com trabalhadores de outras categorias. Devido à este fato, houve dificuldade em identificar as ações específicas do Enfermeiro no processo de matriciamento em saúde mental.

A partir dos resultados da pesquisa enfatiza-se que enfermeiros devem trazer para seus cotidianos o debate acerca das possibilidades e dos limites que envolvem a construção do cuidado integrado e articulado da atenção básica e outros serviços, de modo a promover qualidade de vida e resgatar o direito à saúde dos pacientes com demandas de saúde mental. Enfermeiros atuantes na ESF, tem a possibilidade de trabalhar com a garantia ao acesso, por meio do acolhimento, do vínculo e da corresponsabilização, reafirmando a proposta da quebra de

institucionalização, construindo, assim, novos caminhos possíveis para a prática do cuidado integral (GAZINATO; SILVA, 2014).

A atuação do enfermeiro na ESF deve visar relações entre usuário, profissional, família e comunidade, na busca por estratégias de integração do sujeito ao seu contexto sociocultural, caso contrário ele correrá o risco de ser um mero reproduzidor e disseminador do modo asilar. Porém, o medo e o preconceito que esses profissionais por vezes apresentam com relação ao paciente podem dificultar a humanização e a ampliação da clínica, assim como produzir sofrimento no trabalhador, repercutindo diretamente numa prática pautada aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (AZEVEDO; SANTOS, 2012).

A falta de clareza com relação às práticas desenvolvidas especificamente por enfermeiros no apoio matricial em saúde mental, trouxe a necessidade de aprofundar a reflexão acerca das lacunas na especificação do papel próprio do enfermeiro nesse contexto.

Com base no exposto fica claro que é necessário maior delineamento e delimitação da prática do enfermeiro no apoio matricial, no que diz respeito às ações de desenvolvimento do processo de matriciamento: participação na elaboração do projeto terapêutico singular, nas interconsultas, nas visitas domiciliares, no contato à distância, na aplicação de instrumentos (genograma, ecomapa); Intervenções em saúde mental na atenção primária: desenvolvimento de grupos de diferentes modalidades, de ações de educação permanente em saúde para os profissionais, de intervenções terapêuticas, de cuidados com o uso de medicamentos e da abordagem ao familiar; Atuação em situações comuns da saúde mental na atenção primária: avaliação do estado mental de pacientes; identificação de riscos para transtornos mentais e de casos na comunidade; Enfrentamento de desafios para a prática do matriciamento: ações de enfrentamento do preconceito e do estigma; identificação e manejo de fatores que interferem na adesão ao tratamento; identificação de situações de violência, promoção da comunicação terapêutica, ações de cuidado em saúde para trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família; Trabalho na perspectiva de rede: delimitação e esclarecimentos do papel das equipes de atenção primária à saúde e de saúde mental; mapeamento da rede de atenção em saúde e psicossocial no território; discussão de casos para seguimento de pessoas com transtornos mentais no território.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que as práticas de enfermeiros no matriciamento mais frequentemente identificadas nos estudos foram reuniões entre profissionais generalistas e especialista para partilha de saberes e discussão de casos; os encaminhamentos de pacientes para a ESF ou serviço especializado; a identificação de casos clínicos na comunidade e os atendimentos (individual e em grupo) realizados de forma conjunta. Não foram identificadas ações de educação permanente junto aos profissionais das equipes, intervenções terapêuticas na atenção primária, abordagem familiar, visita domiciliar conjunta, contato à distância e abordagem familiar.

Apenas um estudo identificado nesta revisão problematizava especificamente o conhecimento e a atuação do enfermeiro no processo de matriciamento em saúde mental. Esse fato evidenciou que existem lacunas na produção de artigos que abordem a temática o que sugere a necessidade de realização de mais estudos para maiores esclarecimentos acerca do papel deste profissional nas ações de desenvolvimento do processo de matriciamento, intervenções em saúde mental na atenção primária, atuação em situações comuns da saúde mental na atenção primária, enfrentamento de desafios para a prática do matriciamento e trabalho na perspectiva de rede.

## REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; GONDIM, Marianna Cristina Sizenando Maia; Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, v. 5, n. 1, p.3311-22, 2013.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; GUIMARÃES, Fernanda Jorge; DANTAS, Jeane Félix; ROCHA, Talita Mariz. Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários. **Rev. APS.**, v.17, n.4, p. 537– 43, 2014.
- AZEVEDO, DM; SANTOS, AT. Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica, **R. pesq.: cuid. fundam.** v.4, n.4, p.3006-14, 2012.
- BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões et al. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. **Psicol. estud.**, v.16, n.4, p.603-11, 2011.
- BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Soc.**, v.5, n.11, p. 121-36, 2011.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399- 407, 2007.

- GAZIGNATO, ECS; SILVA, CRC. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde debate**, v. 38, n. 101, p. 296-304, 2014.
- GERHARDT NETO, MR; MEDINA, TSS; HIRDES, A. Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas. **Aletheia**, v. 45, p.139-55, 2014.
- JORGE, MSB et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais, **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 16, n. 2, p. 63-74, 2014.
- JORGE, Maria Salete Bessa; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira FRANCO, Túlio Batista. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde, **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.5, p.738-44, 2013.
- MERCES, AMF; SOUZA, BML; SILVA, TL; SILVA, TTM; CAVALCANTI, AMT. Práticas de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa. **Cogitare Enfer.**, v.20, n.2, p. 417-25, 2015.
- MOURA, Escolástica Rejane Ferreira et al. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer, **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.4, p.935-43, 2012.
- SOARES, Marcos Hirata. A inserção do enfermeiro psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 4, n. 2, 2008.
- SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de et al. **Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial**, v. 21, n.4, p.1579-99. 2011.
- VASCONCELOS, Erick Rodrigues de; et al. Desvelando as funções do enfermeiro no apoio a estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE online.**, v. 8, n. 7, p. 2069-75, 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à CAPS que foi a instituição que me proporcionou uma bolsa de pós graduação.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PARTICIPAÇÃO DE LIGAS ACADÊMICAS EM AÇÕES SOCIAIS VOLTADAS A PROMOÇÃO DA SAÚDE.

**Rayssa Nogueira Surimã<sup>1</sup>, Yuri Alexandre Meneses<sup>2</sup>, Victoria Feitosa Muniz<sup>3</sup>, Amanda Marques Pinheiro<sup>4</sup>, Denise Nunes Oliveira<sup>5</sup>, Juliana Carneiro Melo<sup>6</sup>.**

*1 Graduanda no curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil , rayssanog@edu.unifor.br*

*2 Graduando no curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Graduanda no curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Graduanda no curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Docente do curso de Medicina e Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.*

*6 Docente do curso de Medicina e Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.*

*E-mail: julianacmelo14@gmail.com*

*Palavras-chave: Promoção da saúde. Ligas acadêmicas. Ações sociais.*

## INTRODUÇÃO

As ações de educação em saúde visando a promoção da saúde tem, em sua gênese, a capacidade de solidificar a autonomia de cada cidadão como participante do seu próprio processo de cuidado, onde este é capaz de agir e ter o conhecimento como seu aliado. A educação em saúde requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, [...] levando o indivíduo à sua autonomia e emancipação, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (FALKENBERG et al, 2013).

Quando se educa uma determinada população, se educa também aqueles que convivem próximo a estes, fazendo do processo de perpetuação e distribuição de informação um importante aliado dos profissionais de saúde, que conseguem ampliar a propagação de seus ensinamentos. A troca de informações e a comunicação entre profissionais revelam uma importante arma em favor do desenvolvimento de práticas educativas cada vez mais eficazes. (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).

Cientes da importância do diagnóstico do câncer e de como ele é impactante tanto para o indivíduo como para a família, como para a saúde e economia, desenvolvemos uma atividade visando aumentar a informação sobre as formas iniciais de lesões malignas de pele, visto que o diagnóstico precoce de lesões iniciais significa preservar a vida do paciente, uma vez que a presença de metástases associa-se à mortalidade elevada, como nos casos de Melanoma. (COSTA, 2012).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) eram esperados uma ocorrência de 80.850 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e 94.910 nas mulheres no Brasil, em 2016. Quanto ao melanoma, sua letalidade é elevada; porém sua incidência é baixa (3 mil casos novos em homens e 2.670 casos novos em mulheres).

O objetivo do estudo foi realizar educação em saúde sobre a prevenção do câncer de pele.

## METODOLOGIA

Com o intuito de alertar a população em geral sobre o diagnóstico precoce e prevenção das neoplasias de pele, foram idealizadas duas ações, tendo ambas sido efetivadas no intitulado “Dia da Mancha”, que ocorreu ao dia 5 do mês de agosto de 2017 em duas localidades. Ambas tiveram apoio da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), além de um shopping da região metropolitana e de uma policlínica regional que atende vários municípios praianos próximo à capital cearense.

Uma das atividades ocorreu dentro do shopping acima mencionado, no período da tarde, sendo uma ação para a promoção da saúde, com a parceria de diversas ligas acadêmicas do curso de medicina da UNIFOR, além de outros cursos, outras universidades e colaboradores, abordando diversos temas. Foi montada uma estrutura em local de alta circulação, com mesas e cadeiras, de modo a estimular a conversa e o engajamento nos assuntos abordados.

Os alunos membros da Liga Acadêmica de Patologia (LIPAT), acompanhados de uma das orientadoras, ficaram responsáveis por levar o tema do “Dia da Mancha” e por divulgar o trabalho do médico patologista. Houve discussão e entrega de panfletos esclarecendo a identificação de manchas de pele potencialmente malignas, ou com características de melanoma, além de explanar brevemente sobre o assunto. A ferramenta utilizada foi o ABCDE, o qual avalia, respectivamente, assimetria, borda, cor, dimensão e evolução de lesões de pele. Foi também discutido com as transeuntes medidas de proteção e prevenção contra o câncer de pele. Entre os métodos

utilizados para atrair o público, estavam a aferição de pressão arterial e a presença de um microscópio óptico com uma lâmina de pele com diagnóstico de Carcinoma basocelular, sendo dada a oportunidade às pessoas de observar a histologia além da macroscopia presente em fotos.

No mesmo dia, porém durante dois turnos, outros integrantes da LIPAT estiveram acompanhados de sua outra orientadora em ação social, também tendo a presença de outras ligas acadêmicas da instituição, em policlínica de um município próximo à capital. O público alvo foram pacientes referenciados pelos médicos do Programa de Saúde da Família de seus municípios realizaram coleta de amostras de lesões de pele biopsiadas no local para realização de estudo anatomopatológico, tendo transporte provido pela instituição de ensino.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Ligas Acadêmicas (LA) foram criadas durante a ditadura militar com a intenção de propor aos alunos experiências extracurriculares tanto de assuntos debatidos em âmbito acadêmico quanto em âmbito popular. Em geral, as ligas eram compostas apenas de acadêmicos, de um mesmo curso, orientados por docentes que tinham interesse em assuntos em comum. Atualmente as LA estão sendo estruturadas de forma mais ampla, onde os acadêmicos que compõem as ligas não necessariamente são do mesmo curso, promovendo uma maior integração entre os conhecimentos específicos de cada curso. (HAMAMOTO FILHO, 2011)

A grande maioria das LA tem como objetivo aprofundar os conhecimentos em determinadas áreas afim de enriquecer o currículo através dos projetos de extensão, ensino, pesquisa e assistência que além de promoverem o conhecimento também são responsáveis pela maior interação entre colegas das diversas áreas, potencializando assim, o aprendizado teórico-prático.

Segundo Queiroz (2014) é indiscutível que as LA são benéficas tanto para os acadêmicos quanto para a população em geral, pois potencializa a disseminação do conhecimento adquirido pelos alunos durante sua vida profissional, gerando ações que proporcionam melhorias para seus pacientes, utilizando seus conhecimentos em prol do bem comum.

As LA promovem encontros semanais a fim de construir conceitos sobre saúde e educação através de discussões e aulas teóricas, para quando necessário, fazer uso do conhecimento adquirido em prol da sociedade por meio de projetos de promoção da saúde. As dinâmicas e discussões realizados com a comunidade aproveitam os conhecimentos científicos aliados a cultura popular para a formação humana do profissional de saúde (FLOSS, JUNIOR, TEIXEIRA, 2012).

A Liga Acadêmica de Patologia (LIPAT) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) pôde comparecer em dois eventos ocorridos no mesmo dia, mas que tinham como principal enfoque o atendimento e esclarecimento da população acerca do câncer de pele e de lesões com possível potencial de malignidade. Nos dois eventos, os membros da liga exerceram atividades de promoção em saúde do público participante utilizando o conhecimento adquirido no decorrer do curso de Medicina e das reuniões da Liga. Em ambas as ações, o retorno da população atendida foi positivo, pois pôde ser observado o interesse dos participantes em modificar os seus hábitos e intensificar as medidas de proteção do câncer de pele.

## CONCLUSÃO

Concluimos que a atuação das ligas acadêmicas em atividades de promoção da saúde é de suma importância tanto para o aprendizado do aluno quanto para atividades de promoção de saúde. A atuação dos professores orientadores também é essencial, dando suporte aos alunos.

Como membros de uma liga acadêmica percebemos o nosso crescimento pessoal ao observar as necessidades e dificuldades enfrentadas pela população, carente de atividades de promoção e humanização de saúde, fato esse que irá contribuir para a nossa vida profissional.

## REFERÊNCIAS

COSTA, Caroline Sousa. Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção.

**Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 17, n. 4, p.206-208, out. 2012.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.847-852, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

FEIJÃO, Alexsandra Rodrigues; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVELANDO MÉTODOS, TÉCNICAS E BASES TEÓRICAS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p.41-49, maio 2007

HAMAMOTO FILHO, P. T. et al. Ligas Acadêmicas: Motivações e Críticas a Propósito de um Repensar Necessário. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 35, n. 4, p. 535-543, out./dez. 2011.

HAMAMOTO FILHO, P. T. et al. Normatização da abertura de ligas acadêmicas: a experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 160-167, jan./mar. 2010.

QUEIROZ, SILVIO, fragmentos de cultura, Goiânia, v. 24, especial, p. 73- 78, dez. 2014.

M., A. D. M.A, ADD A M A D A PARTIR DA ADDADMDA DADAD D A D RIO GRANDE. Rev. APS, Rio Grande 2014 jan/mar; 17(1): 116 - 119.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaríamos de agradecer a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) por nos proporcionar momentos de integração com a comunidade, a nossa coordenadora do curso de Medicina Dra. Sílvia de Melo, aos professores participantes de ambas as ações, aos profissionais do Shopping Benfica e da Policlínica Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa, a empresa Farmácia Evidence, a empresa Farmácia Ethicall, a Liga Acadêmica de Cirurgia da Universidade de Fortaleza, aqui representada pela integrante Cecília Limeira.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IMPACTO DO ALEITAMENTO MATERNO NA CONCEPÇÃO DA NUTRIZ

Janaina da Silva Feitoza Palácio<sup>1</sup>, Hamilton Gomes Pinto Junior<sup>2\*</sup>, Ms. Ana Maria Martins Pereira<sup>3</sup>, Dafne Paiva Rodrigues<sup>4</sup>

1. Mestranda em Saúde Coletiva-PPGSC da Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

Graduação em Enfermagem, Faculdade Terra Nordeste - FATENE, Fortaleza-CE.

2. Graduação em Enfermagem, Faculdade Terra Nordeste - FATENE, Fortaleza-CE. Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE

3. Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE

4. Doutora em Enfermagem. Docente pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE

Email: janaina.palacio@hotmail.com

Palavras-chave: Puerpério. Aleitamento materno. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é uma prática de imensurável importância para a nutrição, defesa imunológica e desenvolvimento saudável da criança. Segundo informações da Organização Mundial da Saúde, o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses de vida do recém-nato é essencial para que o mesmo tenha desenvolvimento psicomotor em tempos bem mais hábeis que uma criança que não tem a mesma forma de nutrição (BRASIL, 2015).

Após esse período, a criança necessita suprir as carências nutricionais por meio de outras fontes, como alimentos ricos em ferro e vitaminas, que podem estar associadas ao leite materno ou não, embora este ainda seja a principal fonte de nutrientes. Nesse momento, a complementação alimentar torna-se viável, pois a criança já possui maturidade neurológica e fisiológica suficiente (VASCONCELOS et al, 2012)

Amamentar é muito mais do que alimentar o bebê. É um processo que envolve interação profunda entre o bebê e a mãe, com repercussões no seu estado nutricional, em sua capacidade de criar imunidade contra infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, o aleitamento materno corresponde a uma das etapas mais importantes no processo reprodutivo da mulher, sua prática oferece benefícios tanto para mãe como para o recém-nascido, promovendo tanto uma recuperação rápida ao estado pré-gravídico da mulher, como o desenvolvimento do recém-nascido (SILVA et al, 2014).

Desse modo, por meio deste artigo objetivou-se ajudar de forma eficiente e satisfatória informações concisas que possam auxiliar em novos estudos.

### METODOLOGIA

O presente estudo utiliza como método a revisão integrativa da literatura, a qual tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, ou seja, permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento na temática (MARCONI E LAKATOS, 2010).

Para a elaboração da presente revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: definição da questão norteadora (problema) e objetivos da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra); busca na literatura; análise e categorização dos estudos, apresentação e discussão dos resultados. Para guiar a pesquisa, formulou-se a seguinte questão: Quais os benefícios do aleitamento materno exclusivo para o binômio?

Realizou-se de janeiro a junho de 2017 uma busca das publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Base de Dados em Enfermagem (BDENF), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Os critérios de inclusão foram: pesquisas que abordassem a importância da amamentação exclusiva, publicadas em português em formato de artigos, dissertações e teses dos últimos cinco anos. Como critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados e na biblioteca pesquisadas.

Após a triagem e levantamento dos artigos, seguida por sua avaliação mediante a leitura completa dos mesmos. Foram selecionados oito trabalhos com diferentes abordagens metodológicas, pois, desta forma o aprimoramento do teor crítico pode ser amplificado para discussão dos mesmos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 21 artigos, dos quais quatro apresentavam-se repetidos em mais de um local de busca. Assim, das 17 publicações elencadas, oito abordavam sobre o tema proposto e foram selecionadas para compor este estudo. Os estudos abordados na presente revisão foram recentemente publicados, destacando-se o ano de 2013 o maior numero de publicações.

Ao analisar o tipo de publicações verificou-se que 100% dos trabalhos selecionados são artigos científicos originais. No que se refere aos periódicos dos artigos selecionados, foram identificados seis, com destaque para a Revista de Enfermagem, sendo esta responsável por 25% das produções sobre a temática analisada.

Quanto ao delineamento da pesquisa identificou-se que a maior parte dos estudos selecionados abordam a importância do aleitamento materno e os incontestáveis efeitos benéficos desta prática tanto para a mãe quanto para o bebê, assim como a importância da orientação profissional para esta prática exclusiva. Nesse aspecto, vale ressaltar que, ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno têm sido implantadas no Brasil nas últimas décadas como estratégia para a redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde das crianças (LINHARES; PONTES; OSORIO, 2014).

Dentro dessa temática, é importante destacar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, que integra os esforços do Estado Brasileiro que, por meio de um conjunto de políticas públicas, propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação (BRASIL, 2015).

A Promoção da Alimentação Saudável (PAS) é um eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que ratifica o compromisso do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos três níveis de complexidade, desafiando a proposição de uma ação transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário e outros setores de governo, os setores privado e não governamental, compondo redes de compromisso com a qualidade de vida da população, incluindo como eixo estratégico a promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2015; VENANCIO et al., 2016).

O enfermeiro é o profissional que, seja na rede básica, hospitalar ou ambulatorial, deve estar preparado para lidar e direcionar uma demanda diversificada, principalmente quando se tratar de questões de ordem da mulher nutriz, deve ser capaz de identificar e oportunizar momentos educativos, facilitando a amamentação, o diagnóstico e o tratamento adequados (NASCIMENTO et al., 2013; VITOLLO et al., 2014)

Notou-se em geral, a importância de mais qualificação desses profissionais com mais projetos de capacitação que envolva conhecimentos acerca dos benefícios do aleitamento materno exclusivo em relação ao crescimento e desenvolvimento da criança e a estabilização precoce do corpo da mulher.

Corroborando com uma pesquisa realizada em Rio Grande com médicos, enfermeiros, técnicos dentre outros profissionais em que observou que os profissionais que realizavam capacitação em aleitamento materno obtiveram maiores medias de acertos quando questionados em relação aos que não faziam nenhum tipo de aprimoramento na temática (VITOLLO et al., 2014).

O desenvolvimento e uso de estratégias de educação em saúde constituem-se em um componente essencial para o trabalho da enfermagem. Na sociedade contemporânea e possível notar o quão se faz importante esse papel do enfermeiro em orientar, e investigar ações que promovam a saúde tanto da mãe como do bebê, pois ate poucas décadas atrás centenas de crianças morriam todo ano por uma simples falta de orientação especializada, casos de desnutrição, diarreias e doenças respiratórias eram os principais casos de notificação em crianças de até dois anos de idade (VASCONCELOS et al., 2012; SILVA et al., 2014).

O que pode ser comprovado em vários estudos, em que evidenciam a preocupação do ministério da saúde em traçar novas condutas para que os índices pudessem diminuir. Nos estudos analisados para o desenvolvimento deste artigo de revisão é notória a preocupação e alerta que vários deles ainda apresentam quanto ao desmame precoce, e as principais causas para desse ato. (FREITAS 2014; BROILO, et al., 2013).

Verificou-se que vários fatores estão implicados na interrupção precoce do AME, tais como: ausência de experiência prévia de amamentação, produção insuficiente de leite, presença de fissura mamilar, uso de chupeta, estabelecimento de horários fixos para amamentar, dentre outros. (FREITAS 2014; BROILO, et al., 2013).

Segundo um estudo publicado em 2013, um dos fatores importantes para um aleitamento de forma adequada é a sucção de forma adequada como frequência, força, volume de leite extraído. Pois a sucção eficaz libera a ocitocina, substancia que age também na contração uterina, promovendo a involução do útero mais rapidamente (RITO; OLIVEIRA; BRITO, 2013).

Contudo, ainda há muito que ser investigado sobre essa temática, especialmente por se tratar de um assunto que corrobora para que os índices de mortalidade infantil por consequências que podem ser facilmente evitadas por uma simples mudança de atitude, passem a indicar porcentagem zero, mudando o cenário brasileiro.

## CONCLUSÃO

Por meio dessa revisão foi possível confirmar o quanto aleitamento materno exclusivo esta longe de se tornar uma realidade de mães brasileiras ate pelo menos os seis meses de vida como é preconizado pelo ministério da saúde.

No estudo foi possível depreender o quanto o tradicionalismo de introdução de outros alimentos antes da idade ideal ainda se faz presente mesmo com tantos projetos apresentando dados científico que a amamentação é o bastante para o desenvolvimento e crescimento da criança assim como para a normalização do corpo da mulher.

Destaca-se no cenário, a falta de campanhas nos meios de comunicação, um maior empenho para esclarecimento e dúvidas das mulheres quanto aos benefícios do aleitamento materno exclusivo o (AME) para o binômio.

## REFERÊNCIAS

- BORTOLINI, G. A., et al. Consumo de leite de vaca entre crianças brasileiras: resultados de uma pesquisa nacional. **Jornal de pediatria**, porto alegre, v. 89, n. 6, p. 608-613, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Saúde da Criança. **Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. 2ª edição, Brasília, 2015.
- BROILO, M., et al. Percepção e atitudes maternas em relação as orientações de profissionais de saúde referentes a praticas alimentares no primeiro ano de vida. **Jornal de pediatria**, porto alegre, v. 89, n. 5, p. 485-491, 2013.
- FONSECA-MACHADO, M.O. et al. Comparação do conhecimento sobre aleitamento materno entre mulheres no período pós-parto, UERJ, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 66-72, 2013.
- FREITAS, L. J. Q. ET AL; Amamentação ineficaz entre nutrizes atendidas em unidades básicas de saúde. *Revista de enfermagem da UERJ*, rio de janeiro, v.22, n.1, p.103-110, 2014.
- LINHARES, F. P.; PONTES, C. M.; OSORIO, M. M. Construtos teóricos de Paulo freire norteando às estratégias de promoção à amamentação. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 14, n.4, p. 433-439, 2014.
- MARCONI, M. A.; LAKATUS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- NASCIMENTO, V. C., et al. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 13, n. 2, p. 147-159, 2013.
- RITO, R. V. V. F.; OLIVEIRA, M. I. C. BRITO A. S. grau de cumprimento dos dez passos da iniciativa das unidades básica amiga da amamentação e sua associação com a prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Jornal de pediatria**. Porto Alegre, v. 89, n. 5, p. 477-484, 2013.
- SILVA, N. M., et al. Conhecimento de puérperas sobre a amamentação exclusiva. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 290-295, 2014.
- SILVA, D. S., ET AL. Concepção materna sobre a amamentação em lactentes de um programa do método mãe canguru. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 38, n. 2, p. 225-242, 2014.
- VASCONCELOS V. M et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Escola Nery**. V.16, n.2, p. 326-331. Ceara, 2012.
- VASQUEZ, J.; DUMITH, S. C.; SUSIN, L. R.O. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da saúde da família e do modelo tradicional. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v.13, n.2, p.181-192, 2015.
- VENANCIO, S. I., et al. Associação entre o grau de implantação da rede amamenta Brasil e indicadores da amamentação. **Caderno de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v.32 n. 3, 2016.
- VITOLLO, M. R., et al. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as praticas de amamentação e alimentação complementar. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1695-1707, 2014.
- UNICEF Brasil- nossas prioridades – **Aleitamento materno** (2010), [www.unicef.org/brazil/pt/activities](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROJETO FAMÍLIA CORUJA: SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO DE GESTANTES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Edmara Mayara Holanda Lima<sup>1\*</sup>, Priscila Figueiredo Cruz<sup>2</sup>, Suellen Aparecida Patricio Pereira<sup>3</sup>, Géssika Maura Gomes<sup>4</sup> Sâmia Luiza Coelho da Silva<sup>5</sup>.

1. Nutricionista Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – RMSFC/ UESPI, Teresina- Piauí.
2. Cirurgiã Dentista Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – RMSFC/ UESPI, Teresina- Piauí.
3. Fisioterapeuta Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – RMSFC/ UESPI, Teresina – Piauí.
4. Psicóloga Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – RMSFC/UESPI, Teresina – Piauí.
5. Assistente Social Docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – RMSFC/ UESPI, Teresina- Piauí.

Email: edmaramayara@gmail.com.

### INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A educação em saúde tem sido uma grande aliada na Estratégia Saúde da Família, onde se consegue abordar diversos temas, de maneiras diversificadas e criativas, com o intuito de alertar a população sobre riscos diversos, prevenção de agravos e promoção da saúde. (FORTUNA et al, 2013). De acordo com Zampieri et al (2010) o trabalho com grupos promove o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania.

Figueira; Leite e Silva (2012) afirmam que a gestação representa período único e especial na vida da mulher, no qual a sensação de tornar-se mãe confunde-se muitas vezes com incertezas, medos e inseguranças. É um evento biossocial, pois está cercado de valores culturais, sociais e emocionais. Mulheres e companheiros que vivenciam este período apresentam necessidades de cuidados os quais podem ser, prioritariamente, trabalhados através da educação em saúde. Necessita compartilhar reflexões sobre as mudanças vividas, trocar experiências, bem como se preparar do ponto de vista corporal e emocional.

A formação de grupos de gestantes é fundamental para garantir uma abordagem integral e, ao mesmo tempo, específica à assistência no período gestacional, saindo do assistencialismo, enfocando a educação em saúde de fato. As atividades devem conter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, respeitando a cultura e o saber popular para minimizar suas dúvidas, medo e ansiedade no momento do parto (ZAMPIERI et al; 2010).

A residência multiprofissional em saúde da família é um curso de especialização que abarca sete categorias profissionais: enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social, odontologia e educação física. O objetivo deste programa é trabalhar com a promoção e prevenção em saúde em comunidades adscritas a unidades básicas de saúde. A residência faz parte da Universidade Estadual do Piauí, e cobre dois postos de saúde, um na zona sudeste e outro na zona sul. A partir do planejamento em saúde, alguns projetos foram criados no intuito de se trabalhar com alguns grupos dentro da comunidade. O projeto “Família Coruja” nasceu a partir da demanda apresentada pelos profissionais de saúde da UBS, no qual as gestantes, no momento do pré-natal, relataram dúvidas, medos e mitos em relação ao seu contexto pessoal, familiar e social. Este trabalho tem como objetivo relatar ações de educação em saúde realizadas dentro do projeto de extensão “Família Coruja”, além de apontar as vivências obtidas pelo público-alvo do projeto, suas percepções e a principal contribuição das atividades realizadas, condensadas aqui, por meio deste relato de experiência.

### METODOLOGIA

O estudo trata-se de um relato de experiência de atividades de educação em saúde realizadas no projeto “Família Coruja”, que faz parte dos projetos de extensão pertencentes ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Estadual do Piauí.

O projeto iniciou-se em setembro de 2016 e ainda se encontra em andamento, e tem como objetivo desenvolver ações educativas em saúde, de forma multiprofissional e interdisciplinar na atenção a saúde das gestantes, puérperas e de seus familiares. Os encontros ocorrem de forma mensal, realizados na primeira quinta – feira do mês, no período da manhã, com duração de 90 minutos, ocorrendo no auditório do Posto de Saúde do bairro Alto da Ressurreição, localizado no município de Teresina-PI.

. As metodologias de aplicabilidade para o desenvolvimento das ações no projeto são lúdicas, abrangendo as mais diversas, como: painéis ilustrativos, recursos audiovisuais, dramatizações, dentre outras. Toda atividade é composta por 04 (quatro) momentos: o acolhimento; a atividade principal; o varal de idéias, momento em que elas escolhem o próximo tema; e por último, a avaliação da atividade. Até o momento já foram realizados 12 encontros com as seguintes temáticas: sexualidade, ansiedade, depressão, saúde bucal, alimentação saudável, alterações fisiológicas e psicológicas, amamentação, dengue/zica, e direitos sociais.

Neste relato iremos discorrer sobre as três atividades que tiveram a maior adesão por parte das gestantes: Alterações Fisiologias e psicológicas; Amamentação e Direitos da gestante, do pai e do bebê. No primeiro encontro do grupo trabalhou-se com a temática: “Alterações fisiológicas e psicológicas na gestação”, utilizando-se como metodologia ativa a “boneca Yasmin” que consistia em um desenho feito de cartolina, onde as participantes escreviam nela os sintomas correspondentes a cada parte do corpo humano; na temática “Direitos sociais”, a atividade principal consistia no “Varal dos direitos”, onde foram expostos diversos direitos da mãe, do bebê, e do pai, e as participantes eram questionadas se já tinham ouvido falar ou não sobre aquele direito.

Uma das atividades com melhor retorno no projeto foi à temática sobre “Amamentação”, a qual abarcou o maior número de profissionais da equipe, trabalhando com o “Painel de Histórias”, que consistia em um isopor com seis envelopes, em que cada um apresentava uma história de vida correlacionada com algum profissional de saúde. A fisioterapia atuou com a demonstração de exercícios que fortalecem as mamas, a enfermagem no cuidado com a higienização das mamas e nas posições corretas de amamentar, a psicologia discutindo os fatores psicológicos que podem prejudicar a produção do leite, o serviço social com a questão dos direitos da mãe e do bebê, a odontologia com o uso de chupetas e mamadeiras e a nutrição com a alimentação durante o aleitamento e a doação do leite.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ações de educação em saúde realizadas tiveram o intuito de contribuir com a melhoria da qualidade da assistência prestada a mulher durante o ciclo gravídico- puerperal. O projeto caracteriza-se por ocorrer em um ambiente acolhedor, que promove trocas de experiências e saberes, um espaço onde o

(a) participante se sinta à vontade em tirar dúvidas e falar abertamente da sua realidade. O projeto “Família Coruja” já é realizado na comunidade há um ano, em que as ações trabalhadas são temas escolhidos pelos participantes, e discutidos sempre em forma de roda, usando como metodologias: dramatizações, cartazes, painéis ilustrativos, recursos áudio – visuais, oficinas, arteterapia, caixa surpresa, dentre outros.

O primeiro tópico trabalhado foi à questão das alterações fisiológicas e psicológicas que a gravidez implica na vida de cada uma das participantes, apresentando-se uma discussão bastante rica, onde tivemos falas de mudanças em comum, e outras com algumas particularidades. Foi um momento em que elas puderam relatar na roda a experiência e como aceitar estas mudanças, e perceberam que não estão sozinhas neste caminho.

Durante o projeto trabalhou-se a temática “Direitos Sociais”, no qual as gestantes foram informadas sobre os seus direitos no período gestacional, relacionado ao trabalho, ao momento do parto e no convívio da sociedade. Muitos dos direitos os participantes já conheciam, mas não sabiam como acessar, e durante a atividade foi demonstrado o passo a passo e os locais aos quais elas teriam que ser encaminhadas. O ponto positivo da atividade foi que os direitos apresentados foram não somente para a mãe, mas também incluíam o parceiro e o bebê. Alguns dos direitos eram desconhecidos por eles, como por exemplo: direito do pai de participar das consultas do filho, devendo apresentar o documento no local de trabalho; o direito da mãe de mudar de função dentro do trabalho, caso não consiga mais realizar suas atribuições do cargo atual; e a questão da licença maternidade para os casos de adoção, além dos benefícios eventuais obtidos pelo sistema de garantia de direitos devido à condição de gravidez e/ou gestação. A atividade teve um ótimo retorno, sendo feito alguns encaminhamentos, e mesmo após a atividade, muitas ainda procuraram a equipe com dúvidas relacionadas a esta temática.

Outra atividade que teve uma grande adesão foi sobre “Aleitamento Materno”. Das atividades realizadas, esta foi a que envolveu praticamente todas as categorias, possibilitando além da troca de saberes entre as profissionais e as participantes, a interdisciplinaridade entre as categorias. Dentre todas as ações já realizadas esta foi a mais discutida entre o grupo, devido ao número grande de dúvidas em relação à forma correta de amamentar e a existência de muitos tabus no que diz respeito aos alimentos que aumentam ou diminuem a produção de leite, e os que influenciam na saúde do bebê. E o fato da metodologia abordada ter sido a dramatização, possibilitou a elas o visual e a praticar também o correto posicionamento da mãe e do bebê no momento da amamentação.

A atuação multiprofissional foi importante em todas as atividades realizadas no projeto, pois dentro do grupo sempre surgiam diversos assuntos que ultrapassavam o campo de conhecimentos e práticas de uma única categoria profissional. Duarte, Borges e Arruda (2011) relatou que ações em saúde realizadas com a comunidade requerem a contribuição de diferentes olhares sobre os temas, abordando desde a história de vida do indivíduo a problemas econômicos, sociais e culturais, assim como a qualidade do serviço prestado, abordando assistência integral, multiprofissional e intersetorial.

Os objetivos do projeto, de forma geral foram alcançados, no entanto em alguns momentos houveram dificuldades na realização das ações, pois a assiduidade era pequena, havia um pouco de resistência no deslocamento da sala de espera para o auditório, por medo de perder a consulta, e algumas por conta do trabalho.

Para incentivar a participação das gestantes foram feitos alguns encaminhamentos, como a busca ativa das gestantes no bairro, juntamente com os agentes comunitários de saúde, a parcerias com as equipes de saúde (médico, enfermeiro, dentista e técnicos) e a realização de ações em salas de espera, com o intuito de divulgar o grupo.

No começo do grupo a adesão foi bem satisfatória, chegando a contar no exercício de uma atividade com até dez gestantes, no entanto, em alguns outros encontros, apenas uma gestante aparecia, o que foi agravado durante o decorrer do ano, pela saída de algumas para o trabalho de parto.

Hoje algumas já retornaram, tendo em cada encontro um número médio de quatro a seis gestantes, sendo perceptível que, apesar dos percalços mencionados, o projeto tem sido bem aceito e avaliado dentro da comunidade, tanto pelas gestantes quanto pelos profissionais da Unidade de Saúde.

Bonfim et al (2012) acreditam que a realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, no entanto é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz, além de ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Sendo o pré-natal e nascimento momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no uni verso feminino, é importante para os profissionais de saúde assumir uma postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

Com a perda da timidez e o receio em realizar perguntas, as gestantes passaram a participar com maior frequência das atividades desenvolvidas, até mesmo fazendo sugestões para as atividades de forma espontânea.

De acordo com o estudo de Oliveira (2010) grupos de educação em saúde possibilitam o compartilhamento de experiências de vida, contribuindo para o enriquecimento das atividades realizadas, criando-se um espaço de diálogo que foge da interação estratégica e se aproxima da interação comunicativa, onde as pessoas interagem e organizam-se socialmente sem interferência interna ou externa, mas que busque o consenso de forma livre.

O projeto “Família Coruja” destaca-se como um espaço de diálogo, em que as atividades são realizadas sempre em roda, no intuito de partilhar, de igual para igual, conhecimentos, experiências, e sentimentos, implicando em um processo acolhedor e com criação de vínculos. Além de se constituir como um espaço de direitos à saúde, ao acompanhamento, a informações e esclarecimentos.

## CONCLUSÃO

É de extrema importância a realização de ações de educação em saúde na comunidade, garantindo um serviço de qualidade, demonstrando ser uma excelente ferramenta no cuidado dentro da atenção básica. A atenção à saúde durante a gestação é um tema que algum tempo vem sendo alvo de atenção pelo governo e entidades públicas de saúde, na qual o empoderamento da mulher faz-se necessário com o intuito de prepara-la para que passe por este período, de forma saudável e feliz.

Ao longo do projeto percebeu-se um maior vínculo das gestantes com a equipe da residência e com os profissionais da UBS, sendo o grupo um complemento às consultas do pré-natal, abordando assuntos de maneira horizontal, valorizando os saberes de todos os participantes, e informando-as sobre as diversas temáticas trabalhadas, com o intuito de saber lidar com as dificuldades encontradas no período gestacional e puerperal.

O projeto atua na perspectiva da promoção em saúde, trabalhando informações sobre os cuidados necessários para uma gravidez saudável, e visa não apenas a participação das gestantes, mas também dos companheiros e/ou familiares, envolvendo toda a família, visto que, o fortalecimento dos vínculos familiares se mostra como um ponto positivo para uma gravidez tranquila, saindo da perspectiva do individual, e valorizando o papel do pai e da família neste momento.

## REFERÊNCIAS

BONFIM P.F, et al. Ações educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.3, pg: 420-7. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

DUARTE S.J. H, BORGES A.P, ARRUDA G.L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **Rev Enferm Cent O Min.**, vol.1, n.2, pg: 277-282. 2011. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom>

/article/viewArticle/13>. Acesso em 28 ago. 2017.

FIGUEIRA M.C. S, LEITE T.M. C, SILVA E.M. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.3, pg:414-9. 2012.

FORTUNA C. M, et al. Educação permanente na Estratégia Saúde da Família: repensando os grupos educativos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21, n.4. 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt\\_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf)>. Acesso em 20 ago. 2017.

OLIVEIRA M. C. Grupo de gestante: relato de experiência. **[monografia online]**. Dourados, MS: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul; 2010. Disponível em: < <http://www.uems.br>

/portal/biblioteca/repositorio/2011-08-23\_15-03-13.pdf>. Acesso em 28 ago, 2017.

ZAMPIERI M.F.M, et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação reflexão da realidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n.4, pg:719-27. 2010.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimentos a gestantes e as suas famílias participantes do projeto, a estrutura fornecida pela Unidade Básica de Saúde, nos possibilitando utilizar o espaço do auditório, aos profissionais de saúde que se inseriram em algumas ações do Projeto, agregando saber e ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Estadual do Piauí.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO CEARÁ NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Eduarda Maria Duarte Rodrigues<sup>1</sup>, Gláucia Margarida Bezerra Bispo<sup>1</sup>, Camila Almeida Neves de Oliveira<sup>1\*</sup>, Edilson Rodrigues de Lima<sup>2</sup>.

*1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Prefeitura Municipal de Várzea Alegre. Várzea Alegre-Ceará-Brasil*

Email: [eduarda\\_maria13@hotmail.com](mailto:eduarda_maria13@hotmail.com)

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Acessibilidade. Atenção Primária à Saúde.

### INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) representa o elemento-chave dos sistemas de saúde, por demonstrar evidências de seu efeito na saúde e no desenvolvimento da população dos países que a adotaram, como fundamento para os seus sistemas de saúde, devido apresentar: melhores indicadores de saúde, tratamentos mais eficazes das doenças crônicas, satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o direito de acesso aos bens e serviços de saúde (STARFIELD, 2002; OPAS, 2011).

Na concepção de Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde (APS), representa o primeiro nível de atenção de um sistema de saúde, distinguindo-se pela presença de quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e três derivados (orientação família, orientação comunitária e competência cultural), princípios que devem dar sustentação teórica e metodológica no atendimento da dimensão total da Atenção Primária.

A existência de barreiras de acesso aos serviços de saúde vem submetendo historicamente a população mais pobre e fragilizada a um processo crônico de iniquidades sociais, em todo o mundo historicamente um quadro de injustiça social durante o processo de busca e utilização dos serviços de saúde geram, em todo mundo, oportunidades diferenciadas para a obtenção do cuidado entre os grupos sociais, caracterizando um quadro de injustiça social. No Brasil, as iniciativas de organização do acesso e do acolhimento trouxeram avanços que tendem a diminuir os obstáculos e facilitar o uso dos serviços pelo usuário (OLIVEIRA, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se consolida a partir de 1998, com a missão de reorganizar o modelo assistencial, visando reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde de todos os cidadãos, independente da classe social, renda e etnia, conforme postula o princípio da universalidade garantido constitucionalmente desde 1988 e recepcionado pela Lei 8080/90 do Sistema Único de Saúde (SUS).

A literatura indica alguns estudos sobre a existência de barreiras organizacionais, referentes às dificuldades de atendimento à procura espontânea, horários de atendimento restritos, dificuldades de marcação de consultas, além dos problemas de referência e contra referência, reduzindo para outros serviços especializados (OLIVEIRA et al., 2012; STARFIELD, 2002; RIBEIRO et al., 2015).

O atributo “acessibilidade” tem relevância na melhoria de vida dos usuários. A importância de aperfeiçoar a acessibilidade ao cuidado na Atenção Básica é de grande relevância para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, minimizando as doenças físicas, mentais e os agravos das doenças, principalmente as crônicas. Por isso, é necessário reconhecer-se as dificuldades do processo e a efetividade de políticas públicas que possam ser concretizadas na prática das Equipes de Saúde da Família.

Assim, a acessibilidade, abrange as dimensões geográficas, sociais e organizacionais. Embora os avanços obtidos neste atributo sejam evidentes após a implantação da ESF, deve-se enfatizar que a heterogeneidade de modelos de assistência, a redução de recursos financeiros na APS e o modelo biomédico voltado somente para a cura de doenças, dentre outros, vem impondo dificuldades para seja consumado no cotidiano da prática da APS e que formalmente está incluída nas leis (ASSIS, JESUS, 2012).

Enfim, acessibilidade refere-se à distância geográfica da oferta de serviços em relação aos clientes, distância e o tempo que o usuário usa para deslocamento, a forma como está organizada a oferta de serviços aos usuários, sistema de agendamento e horários de atendimento, incluindo custos do prestador; por último, a aceitabilidade dos provedores pela assistência e o vínculo dos usuários com os profissionais e serviço.

Nesta perspectiva, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o atributo acesso de primeiro contato “acessibilidade” da Atenção Primária à Saúde de um município do Estado do Ceará, na perspectiva do usuário.



## METODOLOGIA

Trata-se de um recorte de uma pesquisa transversal, descritiva, de caráter avaliativo e abordagem quantitativa, para averiguar e avaliar o atributo integralidade da atenção primária nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do Estado do Ceará, Brasil. Os dados foram coletados por meio da aplicação do instrumento PCATool com 672 usuários adultos, de ambos os sexos, com idade de 20 a 59 anos, atendidas nas 14 unidades básicas pesquisadas no período de outubro de 2016 a maio de 2017. O PCATool foi aplicado após consentimento da Secretaria de Saúde do município e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob o número de parecer 1.766.875.

Na análise dos achados utilizou-se o processo de dupla digitação, descrição e consolidação dos dados por meio do programa Programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS), versão 23.0, visando a correções de qualquer discordância entre os dados.

Foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, bem como os escores mínimos, máximos, média, desvio padrão e grau de orientação para APS das variáveis quantitativas. A normalidade estatística dos escores essencial e geral do PCATool foi avaliada através do teste de Shapiro-Wilk, com a finalidade de definir os testes adequados para comparar os escores em relação às demais variáveis. Com a não normalidade encontrada ( $p < 0,001$ ) em todas as medidas dos atributos utilizou-se os testes de Mann-Whitney para comparações de escores envolvendo apenas dois grupos, Kruskal-Wallis para comparações envolvendo três ou mais grupos e teste de correlação de Spearman para comparações com variáveis quantitativas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos demonstraram que os entrevistados tinham idade entre 20 a 59 anos, pertencentes a 14 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas por sete distritos de saúde. Houve predominância do sexo feminino com 508 mulheres (75,6%), com média de idade de 35,5 ( $\pm 11,3$ ) anos, enquanto os homens apresentaram apenas 164 (24,4%). A faixa etária com maior frequência foi abaixo de 30 anos com 225 (33,5%), são casados/união estável 418 (62,5%), apresentaram baixa escolaridade, sendo

40 (6%) analfabetos, localizados com ensino fundamental completo foram encontrados 307 (45,7%), com ensino médio completo 281 (41,8%) e apenas 42 (6,3%) dos usuários são detentores de ensino superior. Quanto à renda constatou-se que 483 (71,9%) vivem com até um salário mínimo.

Quanto ao atributo Acesso de Primeiro Contato “Acessibilidade”, este recebeu o escore médio de 3,3 ( $\pm 1,4$ ), haja vista que os usuários afirmaram que as UBS não ficam abertas sábados e domingos, não atendem nos dias úteis até às 20 horas, bem como não existe atendimento pelo telefone. Na pergunta (C11) 406 (60,8%) usuários apontam que existe dificuldade em conseguir atendimento nas UBS estudadas quando pensam que seja necessário. Afiançaram, também, que precisam faltar ao trabalho ou a escola para serem atendidos pela UBS.

Em pesquisa de Cátia et al. (2017), os usuários atribuíram escore abaixo de 6,60 com a média de 1,64, correspondendo ao valor de 2,13 na escala 0 – 10, o que demonstra melhor avaliação do acesso ao serviço pelos profissionais com uma média de 1,98, a qual corresponde a 3,26 na escala de 1 – 10. Nesse sentido, em revisão de literatura realizada por Mayer et al. (2015) sobre a avaliação de serviços de saúde na atenção primária, sob a visão dos profissionais, sendo posteriormente incluída a avaliação do usuário das UBS, sendo identificado, também, divergências de avaliações entre os profissionais e usuários. Os usuários, diferentemente dos profissionais, assinalaram com maior ênfase os aspectos negativos deste atributo. A justificativa dos autores para a desarmonia de percepções foi a ocorrência de três circunstâncias: a diferença entre o processo de formação dos profissionais e a realidade prática; o distanciamento dos planejadores e as condições vivenciadas pela população e o vazio existente do diálogo profissional (MAYER, 2015).

Em estudo de Figueroa e Cavalcanti (2014), na visão dos usuários, foram relatados como insuficientes por 1/3 dos entrevistados: o tempo de espera para serem atendidos e para marcar consultas, a ausência de transporte para o deslocamento. É válido destacar que tais resultados estão em harmonia com achados deste estudo. Também relataram que devido a dificuldade de agendamento muitos usuários precisam faltar trabalho ou à escola.

Enfim, em pesquisa realizada por Ribeiro et al. (2015) evidenciou-se a associação de barreiras de acesso com a menor atenção e acolhimento no primeiro contato, além, da deficiência de integração entre os diversos níveis de atenção e a baixa longitudinalidade.

## CONCLUSÃO

Logo, é forçoso concretizar formas de diálogo entre as equipes e os usuários, o que pode ser alcançado pela educação em saúde. Assim, sendo o atributo Acesso de Primeiro Contato - “Acessibilidade”, o qual faz parte da humanização da assistência, é necessário que seja construído o vínculo e o acolhimento para integrar o

usuário ao serviço. Entretanto, sabe-se que é preciso conhecer os problemas e necessidades das comunidades assistidas, objetivando concretizar uma atenção integral dos usuários pertencentes ao território de cada UBS, por meio do diálogo e participação dos usuários.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012.
- PEDRAZA, Dixis Figueroa; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família. *Enfermería Global*, v. 10, n. 1, p. 279-291, Jan. 2014.
- JUSTO, Cátia Maria; DUQUE, Andrezza; LOPES, Quétilan Silva; CARVALHO, Ellen Silva; MORENO, Anne Christine; SILVA, Renata; SANTOS, Vídia Katerine; BANDEIRA, Gabriel Figueira. Acessibilidade em unidade básica de saúde: a visão de usuários e profissionais. *Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana*, v. 7, n. 1, p. 16-23, Jun. 2017.
- MAYER, Barbara Letícia Dudel; HUPPES, Rosana Engel; SILVA, Fernanda Stock da; WEILLER, Teresinha Heck; POLL, Márcia Adriana. Profissionais de saúde da atenção básica e a avaliação: revisão integrativa da literatura. *Saúde (Santa Maria), Santa Maria*, v. 41, n. 1, p. 19-28. Jan. 2015.
- OLIVEIRA, Luciano Sepúlveda; ALMEIDA, Leilane Graziela Nascimento; OLIVEIRA, Marco Aurélio Sepúlveda; GIL, Gabriel Brasil; CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; MEDINA, Maria Guadalupe; PEREIRA, Rosana Aquino Guimarães. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056. 2012.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- RIBEIRO, Juliana Pires; MAMED, Samira Nascimento; SOUZA, Marta Rovey; SOUZA, Márcia Maria de; ROSSO, Claci Fátima Weirich. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Rev. eletrônica enferm. [periódico on line]*. V. 17, n. 3, 2015.
- STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

## AGRADECIMENTOS

À parceria entre as instituições formadoras Universidade Federal do Ceará e Universidade Regional do Cariri, oportunizando a realização do DINTER UFC/URCA.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ANÁLISE DA MORTALIDADE POR CAUSAS EVITÁVEIS COMO SUBSÍDIO ÀS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA INFÂNCIA.

Thais Nogueira Facó de Paula Pessoa<sup>1</sup>, Macedônia Pinto dos Santos<sup>2</sup>, Ana Vilma Leite Braga<sup>3</sup>, Ana Carolina de Oliveira e Silva<sup>4</sup>, Daniella Barbosa Campos<sup>5</sup>, Ana Valeska Siebra e Silva<sup>6</sup>.

1 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

2 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

3 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

4 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

5 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

6 Docente da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: thaisfacó@gmail.com

Palavras-chave: Indicadores de mortalidade. Óbitos evitáveis. Redes de atenção à saúde. Promoção da saúde.

### INTRODUÇÃO

As estatísticas vitais são reconhecidas e utilizadas como uma das mais importantes fontes de informações acerca da situação de saúde das populações. Especificamente as análises da mortalidade oferecem elementos essenciais sobre o acometimento de doenças e agravos em determinados grupos populacionais, possibilitando assim, o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e políticas de promoção da saúde.

Ao longo dos anos, desde a implantação do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM em 1975, o sistema vem sendo aperfeiçoado e conquistando grandes avanços tanto na cobertura como na qualidade das informações, o que garante um bom nível de confiabilidade de dados para a análise da mortalidade no país (BRASIL, 2009).

Diversos indicadores de mortalidade são utilizados em análises epidemiológicas da situação da saúde, em estudos de tendências históricas, diagnóstico da ocorrência em grupos populacionais específicos, além de permitir a avaliação de programas e serviços de saúde.

Entre os grupos populacionais específicos estudados na análise da mortalidade, a faixa etária de menores de cinco anos representa uma importante fonte de informação capaz de estimar a probabilidade que os nascidos vivos têm de morrer nos primeiros cinco anos de vida e avaliar, de maneira indireta, o desenvolvimento e a infraestrutura ambiental que potencializam a ocorrência de doenças ou agravos que podem causar a morte neste grupo etário, e ainda, a qualidade e o acesso aos recursos disponíveis para a atenção materno-infantil.

Sob a ótica da promoção da saúde, o indicador de ocorrência de mortes evitáveis se destaca como uma ferramenta útil para a análise do impacto das ações de saúde sobre o risco de morte na população.

Malta *et al* (2007) apresenta a definição de morte evitável como aquela causa de óbito cuja ocorrência está intimamente relacionada à intervenção médica, sugerindo que determinados óbitos não deveriam ocorrer, por ser possível sua prevenção e/ou o tratamento do agravo ou condição que o determina. Na década de 1970, Rutstein e colaboradores elaboraram na Universidade de Harvard, nos

Estados Unidos da América, a primeira lista com cerca de 90 causas de morte evitáveis na presença de serviços de saúde efetivos, desenvolvendo assim, uma metodologia de mensuração da qualidade do cuidado médico (MALTA *et al*, 2007).

No Brasil, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, um grupo de especialistas de áreas relevantes debateram e sistematizaram conceitos e metodologias no sentido de construir uma lista brasileira de mortes evitáveis (MALTA *et al*, 2007). No ano de 2005 na ocasião da 5ª EXPOEPI (Mostra nacional de experiência bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças) foi divulgada a primeira versão dessa lista que levou em consideração a evitabilidade de óbitos baseada na realidade brasileira e, portanto, sensível às tecnologias disponíveis no Sistema Único de Saúde do Brasil – SUS.

A última atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde no Brasil ocorreu no ano de 2008 e direcionou as modificações especificamente ao grupo de menores de 5 anos (MALTA *et al*, 2007). A partir deste mesmo ano o DATASUS passou a disponibilizar dados oficiais sobre mortalidade por causas evitáveis nas faixas etárias de menores de 5 anos e de 5 a 75 anos, o que facilitou o acesso a informação subsidiando as produções científicas sobre o tema no país.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo descrever o comportamento da ocorrência de óbitos evitáveis em crianças menores de 5 anos identificando as faixas etárias e os grupos de causas evitáveis mais prevalentes, bem como a distribuição destas nas macrorregiões de saúde do Ceará. O intuito é que a partir da compreensão do comportamento da ocorrência desses óbitos se consiga apoiar a construção de políticas efetivas de promoção da saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo que terá como fonte o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através de acesso ao banco de dados de domínio público sem identificação nominal disponibilizado online no site do DATASUS.

Será considerado o período de 2010 a 2015 a ser analisado, pois além de oferecer uma série histórica representativa, é considerado pelo Ministério da Saúde como período com base de dados fechada, ou seja, onde foram analisadas e corrigidas as inconsistências identificadas.

A faixa etária analisada será de crianças menores 5 anos, sendo consideradas os seguintes subgrupos: 0 a 6 dias (neonatal precoce), 7 a 27 dias (neonatal tardia), 28 dias a menor de 1 ano (pós- neonatal) e de 1 a 4 anos.

Para a descrição do grupo das causas evitáveis de óbitos será considerada a Lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS em menores de 5 anos, fornecida pelo Ministério da Saúde a partir do ano de 2005 e revisada em 2008 (MALTA, 2007).

As categorias de causas evitáveis de mortes por intervenções do SUS em crianças menores de 5 anos consideradas para o este estudo foram:

1. Mortes reduzíveis por ações de imunoprevenção.
2. Mortes reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto, feto e ao recém-nascido.
  - 2.1 Mortes reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação.
  - 2.2 Mortes reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto.
  - 2.3 Mortes reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido.
3. Mortes reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento.
4. Mortes reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.

A lista do Ministério da Saúde considera ainda na análise das mortes evitáveis as causas mal definidas e as demais causas (não claramente evitáveis).

A pesquisa foi realizada considerando os dados de todo o Estado do Ceará, a fim de traçar um perfil da evitabilidade de óbitos infantis das Macrorregiões Saúde do Estado do Ceará. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde – PDR do Estado do Ceará 2014, para fins de organização administrativa este é dividido em 22 regiões de saúde que, por sua vez, são agrupadas em 5 macrorregiões de saúde, a saber: Fortaleza (que abrange 51,9% da população), Sobral (18,3% da população), Cariri (16,5% da população), Sertão Central (7,2% da população) e Litoral Leste/Jaguaribe (6,1% da população).

Os dados foram analisados através de planilhas geradas no site do DATASUS e exportadas para o Excel, onde foram também confeccionados os gráficos necessários à análise.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante o período de 2010 a 2015 ocorreram no Ceará um total de 11.583 óbitos em crianças menores de 5 anos, sendo 11.037 considerados evitáveis, representando 95,2% dos óbitos nesta faixa etária. Este resultado sinaliza a dimensão da problemática da evitabilidade dos óbitos em crianças menores de 5 anos e destaca a necessidade imperativa de avaliação dos serviços de saúde, principalmente da rede de atenção materno-infantil, e das ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças/agravos nessa população.

Observando a distribuição percentual dos óbitos evitáveis em menores de 5 anos entre as macrorregiões de saúde do Ceará, percebe-se uma predominância da macrorregião Fortaleza em todos os anos do estudo, concentrando uma média de 47,44% destes óbitos no Estado. Este comportamento que pode ser atribuído ao maior volume populacional da região e, conseqüentemente, maior volume de atendimento na rede de serviços.

As macrorregiões de saúde de Sobral e Cariri apresentam comportamento semelhante, sendo responsáveis por aproximadamente 20% dos óbitos evitáveis em menores de 5 anos em todos os anos analisados. Sertão

Central e Litoral Leste/Jaguaribe são as macrorregiões de saúde com menor representatividade, apresentando menos de 10% dos óbitos evitáveis em menores de 5 anos no período.

De modo geral, a tendência da ocorrência de óbitos evitáveis em menores de 5 anos em todas as macrorregiões de saúde no Ceará nos anos de 2010 a 2015 foi discretamente descendente.

Com um total de 184 municípios agrupados em 22 regiões de saúde, o Estado do Ceará está diante do desafio de identificar diferenças socioeconômicas, geográficas e até culturais que possam interferir no acesso à rede de serviços de saúde, aspectos estes que precisam ser reconhecidos e considerados como determinantes na mortalidade por causas evitáveis (SANTOS *et al*, 2015).

Em relação à distribuição dos óbitos evitáveis em menores de 5 anos de acordo com as categorias de evitabilidade, em todos os anos da série histórica analisada verificou-se uma predominância do grupo de causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto, feto e ao recém-nascido, permanecendo com percentuais acima de 70% em todos os anos do estudo.

O estudo da evitabilidade dos óbitos de crianças menores de 5 anos tem o potencial de reconhecer tanto ações exitosas como lacunas ainda existentes nos processos de trabalho e na organização dos serviços de saúde voltados à atenção de mulheres e crianças (SANTOS *et al*, 2014). Os elevados percentuais de óbitos evitáveis em menores de 5 anos na categoria de causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto, feto e ao recém-nascido encontrados neste estudo indicam uma situação preocupante, nos remetendo a necessidade de revisita das práticas de saúde da rede de atenção materno-infantil em busca de uma maior efetividade.

Com bem menos representatividade, seguem as categorias de causas reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento e reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde, com uma média de 13% a 12% respectivamente nos anos analisados.

A categoria de evitabilidade que teve o menor impacto na ocorrência de óbitos infantis foi a de causas reduzíveis por ações de imunoprevenção, contribuindo com menos de 1% das mortes evitáveis em todos os anos, resultado que pode ser atribuído ao sucesso do Plano Nacional de Imunização (PNI) com a introdução a cada ano de novas vacinas, impactando na redução da incidência de doenças imunopreveníveis.

As diversas estratégias de vacinação (rotina, campanhas, intensificação e monitoramento rápido de cobertura) têm contribuído de maneira fundamental para que o Estado do Ceará, através de seus municípios, alcance altas e homogêneas coberturas vacinais contribuindo para a redução, eliminação e/ou erradicação dessas doenças.

Na análise dos dados por faixa etária o subgrupos de 0 a 6 dias (neonatal precoce) teve o maior destaque, com percentuais acima de 50% dos óbitos evitáveis em todos os anos do estudo e pico de 58,85% em 2015.

Sendo o óbito neonatal precoce o principal componente da mortalidade infantil no país, este resultado evidencia o caráter predominantemente evitável desses óbitos no Estado. Pode-se associar ainda o predomínio deste subgrupo com a predominância da categoria de evitabilidade de causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto, feto e ao recém-nascido; identificadas como as principais causas de óbitos neonatais precoces em diversos estudos (NASCIMENTO *et al*, 2014).

Os demais subgrupos de faixa etária mais prevalentes entre os óbitos evitáveis em todos os anos da pesquisa foi o de 28 dias a menor de 1 ano (pós-neonatal) com média de 18,92%, o de 7 a 27 dias (neonatal tardia) com média de 15,63% e o de 1 a 4 anos com média de 10,16%.

Desse modo, espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o planejamento de políticas de promoção e vigilância em saúde voltadas às especificidades macrorregionais de saúde de acordo com o perfil da mortalidade por causas evitáveis em crianças menores de 5 anos.

## CONCLUSÃO

A análise da mortalidade por causas evitáveis está consolidada como um importante indicador de avaliação da qualidade dos serviços e ações/programas/políticas de saúde, além da capacidade de captação e acesso dos usuários a estes.

Os avanços da atenção primária em saúde no Estado, como a expansão da Estratégia Saúde da Família, consolidação do Programa Nacional de Imunizações e organização das Redes de Atenção em Saúde tem contribuído de modo geral para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população cearense. No entanto, os resultados deste estudo indicam que a população de crianças menores de 5 anos, especialmente as crianças menores de 1 ano, ainda permanecem bastante expostas a doenças, agravos e condições de saúde considerados plenamente evitáveis com adequada intervenção dos serviços de saúde e ações de promoção da saúde.

O planejamento de ações e a organização da rede atenção materno infantil baseados em evidências acerca do comportamento dos óbitos evitáveis em crianças menores de 5 anos pode direcionar a tomada de decisões com maior grau de efetividade. Espera-se, portanto, que os resultados deste estudo contribuam para o fortalecimento das redes de atenção em saúde no Ceará.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D.M.X.; CÉSAR C.C.; FRANÇA E.B.; Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 5, p. 282-291, 2007.
- ASSIS, H.M.; et al. Óbitos fetais sob o prisma da evitabilidade: análise preliminar de um estudo para o município de Belo Horizonte. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 314-317, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2v. – Série B. (Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CANABRAVA, P.B.E., et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Distrito Federal no período de 2003 a 2012. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 5, n. 2, p. 192-202, 2016.
- COSTA, L.J. R.; PORDEUS, A.M. J.; ROUQUAYROL M. Z. Medida da Saúde Coletiva. In: **Epidemiologia e Saúde**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 25-64.
- DOMINGUES, C. M. S; TEIXEIRA A. M. S. Coberturas Vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 9-27, 2013.
- GORGOT, L. R. M. R., et al. Óbitos evitáveis até 48 meses de idade entre as crianças da Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 334-42, 2011.
- GUIMARÃES T. M. R; et al. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 868-876, 2009.
- JODAS, D.A.; et al. Análise dos óbitos evitáveis de menores de cinco anos no município de Maringá – PR. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 263-270, 2013.
- MALTA, D.C.; et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.16, n. 4, p. 233-244, 2007.
- MALTA, D.C.; et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 2, p. 173-176, 2010.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENEZES, S.T.; et al. Classificação das mortes infantis em Belo Horizonte: utilização da lista atualizada de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 14, n. 2, p. 137-145, 2014.
- NASCIMENTO, S.G.; et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 208-212, 2014.
- SANTOS, H. G. et al. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 907-916, 2014.
- SANTOS, S.P.C.; et al. Óbitos infantis evitáveis em Belo Horizonte: análise de concordância da causa básica, 2010-2011. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 4, p. 389-399, 2015.
- SILVA M.G.C. Anos potenciais de vida perdidos por causas evitáveis, segundo sexo, em Fortaleza, em 1996-1998. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 99-110, 2003.

## AGRADECIMENTOS

Inserir os agradecimentos às pessoas, entidades e/ou agências de fomento ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR DO SEMIÁRIDO NORDESTINO

Natana de Moraes Ramos<sup>1</sup>, Annie Cryshna Moreira Dias<sup>2</sup>, Nuno Damácio de Carvalho Félix<sup>3</sup>, Célida Juliana de Oliveira<sup>4</sup>, Francisca Bertília Chaves Costa<sup>5</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>6</sup>.

1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-Paraíba-Brasil. natana\_morais@hotmail.com

2 Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-Ceará-Brasil.

3 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-Paraíba-Brasil.

4 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato-Ceará-Brasil.

5 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza -Ceará-Brasil.

6 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Bolsista FUNCAP, Fortaleza - Ceará-Brasil.

Email:bertilia\_chaves@hotmail.com

Palavras-chave: Fatores de risco. Cardiovascular. Docentes.

### INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem-se na atualidade a maior causa de mortes no mundo, sendo responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008. Dentre esses, três milhões ocorreram em pessoas com menos de 60 anos de idade e, destaca-se que grande parte poderia ter sido evitada (RADOVANOVIC *et al.*, 2014). Dentro desse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2030 aproximadamente 23,6 milhões de indivíduos chegarão ao óbito por doenças cardiovasculares (WHO, 2011).

Dentre essas doenças, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares (WHO, 2011), sendo considerada um problema de saúde pública em nível mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é que seja de 29% (TALAEI *et al.*, 2014).

Observa-se a partir de estudos realizados que em praticamente todas as nações, a prevenção e o controle da HAS trazem consequências importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios tanto para o ser doente como para a sociedade (EGAN, 2013). Por conseguinte, por ser uma doença considerada crônica, requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo medidas farmacológicas e não farmacológicas (REINERS *et al.*, 2012).

Esse panorama contextualizado revela que é imprescindível a prevenção e o controle dos fatores de risco associados, bem como também a mudança de estilo de vida.

Diante das elevadas taxas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares no mundo e no Brasil, e da prevalência da hipertensão arterial e, ainda a escassez de estudos sobre esse tema em populações específicas, como de professores, o presente estudo teve como objetivo identificar os fatores de risco cardiovasculares de docentes de uma Instituição de Ensino Superior (IES) de uma região do semiárido nordestino.

### METODOLOGIA

Estudo transversal de natureza quantitativa, realizado no período de outubro de 2015 a março de 2016, com 201 servidores professores em pleno exercício de sua função.

Para a obtenção dos dados, foi aplicado um formulário individual a fim de levantar informações referentes às características sociodemográficas, clínico-epidemiológicas, fatores de risco para acidente vascular cerebral (AVC), hábitos de vida, antecedentes familiares e grau de atividade física desempenhada, além da avaliação física de cada docente.

Essa coleta deu-se início após aprovação do estudo sob o parecer nº 092010.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 201 docentes, representando 71,3% da população quantitativa por departamento da universidade foco do estudo.

Quanto às características sociodemográficas dos docentes da ISE, identificou-se que dentre os participantes, ocorreu a prevalência do sexo feminino (116; 57,7%), cor branca (105; 52,2%) e com companheiro (118; 58,7%). A

idade ficou compreendida dentro do intervalo de 23 a 69 anos (média: 40,6;  $\pm$  11,1). A média referida quanto aos anos completos de escolaridade foi referente a 23,6 ( $\pm$ 4,8). Quanto à variável outra ocupação, o maior percentual correspondeu aos docentes que não tinha uma outra ocupação (155; 77,1%), enquanto que 46 professores (22,9%) referiram ter outro vínculo profissional.

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), a prevalência global de hipertensão arterial entre homens e mulheres é semelhante, embora sejam mais elevados nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Nessa pesquisa, o sexo prevalente foi o feminino (57,7%) e a média da idade encontrada entre os participantes foi de 40 anos, porém, a diferença percentual entre os sexos foi pouco expressiva, o que sugere maior atenção à população masculina.

Em relação à tonalidade da pele, as Diretrizes de Hipertensão (2010) afirmam que a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de hipertensão de até 130% em relação às brancas. Porém nesta pesquisa, foi encontrado maior percentual de pessoas que se autodeclararam de cor branca.

A família, dentre as variáveis sociodemográficas, apresenta um papel fundamental na manutenção da qualidade de vida. Para Barreto e Marcon (2014), o termo família se tornou uma das estratégias de intervenção mais discutidas e significativamente estudadas no meio científico-coacadêmico, o que tem contribuído para maior compreensão das vivências familiares diante de situações de agravos e doenças e, por conseguinte, para uma atuação mais eficaz dos serviços de saúde.

Portanto, os entrevistados que responderam não possuir companheiros (41,3%), tornam-se mais propensos a não seguir uma dieta adequada, fator de risco para o desenvolvimento de uma doença cardiovascular, bem como um estilo de vida saudável.

O excesso de atividade laboral e a sobrecarga física e psíquica também é um grande vilão no que diz respeito à adoção de práticas saudáveis. Dentre os indivíduos investigados, 22,9% apresentam outros vínculos profissionais além da docência, o que predispõe a uma alimentação de baixa qualidade, dando preferência por enlatados, embutidos ou *fast foods*. Dessa forma, diante dessa rotina, os docentes tornam-se bastante susceptíveis ao desenvolvimento de doenças relacionadas ao coração.

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2010) afirma que se deve ter alguns cuidados no controle do estresse emocional, para a prevenção primária da hipertensão. O treino desse controle resulta em redução da reatividade cardiovascular, redução de variabilidade e redução da pressão arterial, sendo recomendado não só para hipertensos, mas também para aqueles com tendências de desenvolver a doença.

Em continuidade com a avaliação dos participantes, realizou-se o levantamento de dados clínicos-epidemiológicos, sendo verificada a altura, peso, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) e glicemia capilar.

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), os indivíduos avaliados no estudo, encontram-se classificados com sobrepeso, verificado pela média do IMC igual a 27. Para que os mesmos se encontrem dentro dos parâmetros de normalidade, os valores obtidos deveriam ser até 24,9. Em relação aos achados pertinentes a circunferência abdominal, a média de ambos os sexos obtidos foi 90,2 cm. Porém, ao estratificar os resultados por sexo, a média encontrada na população feminina foi 87,2 cm (padrão limítrofe de 88 cm) e na população masculina 96,8 cm (padrão limítrofe de 102 cm), tendo como valores mínimo 65 e máximo 120, evidenciando grande discrepância nos valores encontrados.

Moreira et al. (2011) ressaltam em seu estudo, que se pode verificar associação entre a elevação da pressão arterial (PA) e IMC, CA e dobras cutâneas para cálculo do percentual de gordura, ou seja, indivíduos com IMC > 24,49 kg/m<sup>2</sup> ou CA aumentada apresentam mais chances de ter elevação da PA, que seus congêneres com valores menores ou iguais. Além disso, Pereira et al. (2010) apontam que o excesso de peso favorece o aparecimento de doenças ateroscleróticas e hipertensão.

Dentre os entrevistados, 50% deles acreditam apresentar fatores de risco para problemas dislipidêmicos e 30,8% para diabetes. Portanto, o reconhecimento precoce dos possíveis fatores de risco é de suma importância para uma atuação e promoção da qualidade de vida.

Segundo Pierin et al. (2011), o conhecimento sobre a doença e tratamento é um fator que pode influenciar no controle da hipertensão, que por sua vez está intrínseco à adesão ao tratamento. É de grande importância que o paciente tenha conhecimento sobre seu estado de saúde, pois assim, tornará melhor o autocuidado e a adesão.

Ao avaliar a glicemia capilar, a média encontrada nos participantes foi 110,4 mg/dL. O valor da glicemia pós-prandial obtido encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade (200 mg/dL), pois o estudo captava os profissionais em períodos do dia em que se aproximavam das grandes refeições (DIRETRIZES, 2010).

Outro fator importante para o desenvolvimento da hipertensão arterial, embora não frequente, é o uso de contraceptivo oral (CO). Como se pode perceber, 47 (23,3%) das mulheres entrevistadas fazem uso do CO. Porém, os riscos de complicações cardiovasculares associadas ao seu uso são consistentemente maiores em



mulheres fumantes, com idade superior a 35 anos, principalmente, se portadoras de hipertensão não controlada, lúpus eritematoso sistêmico, história prévia de doença tromboembólica e devem ser usados com cautela em mulheres portadoras de enxaqueca (DIRETRIZES, 2010).

Diante das variáveis relacionadas aos índices de saúde, constatou-se que 45,3% dos entrevistados tiveram em algum momento, alteração nos índices de pressão arterial. Em relação aos dados que avaliam a glicemia dos docentes, somente 24,8% apresentaram alguma alteração, chamando a atenção para o fato de que poucos foram aqueles que buscavam controlar os seus índices, o que pode ser o responsável pela pouca notificação.

Em relação ao colesterol e triglicérido, 118 (58,7%) e 88 (43,9%) dos docentes relataram alteração, respectivamente. Esses valores podem estar relacionados com o excesso de carga horária trabalhada e consequentemente, a falta de tempo para desfrutar de uma alimentação adequada, saudável e de qualidade.

Com relação aos hábitos de vida atuais dos docentes entrevistados, observou-se que 77 (38,3%) fazem consumo em excesso de sal e 65 (32,3%) consomem gordura de forma excessiva. Esses hábitos podem estar associados, respectivamente, à retenção de líquidos e espessamento das paredes arteriais/ formação de placas de aterosclerose, tornando-os predispostos à hipertensão.

Quanto à ingestão de álcool, 42,8% dos docentes relataram seu uso. Segundo as Diretrizes de Hipertensão (2016), o consumo por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas. Dentre os docentes, apenas 15 (7,5%) fazem uso do fumo.

Ao avaliar o quesito estresse, 115 (57,21%) entrevistados se autodeclararam estressados. As Diretrizes de Hipertensão (2010) afirmam que os fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos. Diferentes técnicas de controle do estresse têm sido apontadas como técnicas de controle do estresse, como meditação, musicoterapia, ioga, entre outras, se mostrando capazes de reduzir discretamente a PA de hipertensos.

Ao abordar a prática de exercício físico, 83 (41,3%) docentes entrevistados não praticam nenhuma atividade regular. Aqueles que não controlam seu estado de saúde realizam menos atividade física, o que sem dúvida contribui para controle menos efetivo da hipertensão. A redução da pressão arterial ocorre mesmo com atividades leves, como três sessões semanais com vinte minutos de duração, tanto em hipertensos como em normotensos, sendo mais eficiente no primeiro grupo. Portanto, as pessoas hipertensas ou não devem ser estimuladas a iniciar programas de exercícios físicos regulares. As orientações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) recomendam a prática regular de atividade física aeróbica, como caminhada por pelo menos trinta minutos por dia, três a cinco vezes por semana.

A variável histórico familiar revela entre os participantes do estudo que sobre a hipertensão arterial, os dados demonstraram que progenitores estavam fortemente presentes (125; 62,5%), concordando com outros estudos onde os progenitores estavam associados com aumento da prevalência de hipertensão arterial (COSTA et al., 2007). Assim como a presença de colesterol e triglicéridos alterados estão presentes nesse grupo (119; 58,6%) e estão intimamente relacionados com o surgimento da alteração da pressão arterial.

Quanto à presença de diabetes, percebemos que as mães (55; 27,3%) e os avós (46; 22,7%) são os mais acometidos. O diagnóstico da doença se torna mais comum entre indivíduos com idade mais avançada, alcançando menos de 1% dos indivíduos entre 18 e 29 anos e mais de 10% dos indivíduos com 60 anos de idade ou mais. Estudo realizado em 2010 encontrou prevalência 15,8%, para mulheres idosas (FREITAS et al., 2012).

Em diabéticos, a hipertensão é duas vezes mais frequente que na população em geral. Pessoas com diabetes têm maior incidência de doença coronariana, de doença arterial periférica e de doença vascular cerebral. A doença pode também determinar neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual. Diversos estudos têm mostrado que o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é capaz de reduzir as complicações tanto da diabetes e quanto da hipertensão. Essas doenças acometem mais frequentemente pessoas de mais idade e sua incidência aumenta com o passar dos anos.

A abordagem da hipertensão e do diabetes é constituída de intervenção medicamentosa e não medicamentosa sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida. Assim, o sucesso do controle das taxas de glicemia e pressão arterial depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida (SILVA et al., 2006)

Os resultados pertinentes ao IAM, mostram que os “pais” e os “avós”, respectivamente, apresentaram maiores quantitativos (34,1% e 24,4%). Estudos com o mesmo delineamento, a caracterização sociodemográfica

dos pacientes também encontrou os homens com maior percentual de IAM em relação às mulheres, representando 58,62% e 41,37%, respectivamente. E a faixa etária entre 60-69 anos se destacou com 27,05% dos episódios de infarto (SOUZA et al., 2015).

## CONCLUSÃO

Pode-se concluir que os docentes entrevistados apresentam, expressivamente, fatores de risco, especialmente no que diz respeito à cor da pele e ausência de companheiro, pois os mesmos são importantes cooperadores para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e auxiliares na manutenção de hábitos saudáveis.

Em relação ao índice de massa corpórea, observou-se que a população estudada apresenta valor referente ao grau sobrepeso. Além da alteração desse parâmetro, foi constatado que os professores, em sua maioria, apresentaram taxas de colesterol, triglicérido e pressão arterial alterado. Esse desajuste pode estar relacionado ao excesso de atividade laboral e a preferência por alimentos prático-industrializados. Porém, mesmo diante dessas circunstâncias, os avaliados mantêm uma prática de exercícios físicos regulares, o que propicia melhora e prevenção de possíveis agravos à saúde.

Os achados indicam que estratégias para a promoção da saúde cardiovascular, assim como a prevenção de complicações são necessárias e urgentes dentro dessa população avaliada.

Assim, o presente estudo proporciona ao conhecimento epidemiológico o levantamento dos fatores de risco cardiovasculares dentro uma população específica para que estratégias de promoção da saúde cardiovascular sejam efetivas e assim diminuir o risco de possíveis complicações que poderão comprometer a saúde dessa população, assim como sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, M. S; MARCON, S. S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n.1, Jan./Mar. 2014.
- COSTA, J. S. D; BARCELLOS, F. C.; SCLOWITZ, L. M.; SCLOWITZ, I. K. T; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, T. A; MENEZES, A. M. B; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; FUCHS, S. C. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Bras Cardiol.**, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.
- DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão, VI. **Revista de Hipertensão.** v.13, n.1, Jan/Mar. 2010.
- VII DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Soc Bras Cardiol / Soc Bras Hipertens / Soc Bras Nefrol / Bras Hipertens. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, suplemento 3, setembro, p. 1-83, 2016.
- FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública.** v. 26, n. 1, p. 175-184, 2010.
- EGAN, B. M. Prediction of incident hypertension. Health implications of data mining in the 'Big Data' era. **J Hypertens.** v. 31, n. 11, p. 2123-2124, 2013.
- FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2012.
- MOREIRA, O. C. et al. Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte.** São Paulo, v.25, n.3, p.397-406, jul./set. 2011.
- PEREIRA, P. B; ARRUBA, I. K. G; CAVALCANTE, A. M. T. S; DINIZ, A. S. Perfil Lipídico em Escolares de Recife – PE. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 5, p. 606-613, 2010.
- PIERIN, A. M. G.; MARRONI, S. N.; TAVEIRA, L. A. F.; BENSEÑOR, I. J. M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, s. 1, p. 1389-1400, 2011.
- RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 22, n. 4, p. 547-553, jul.-ago. 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3345.2450. Acesso em: 15 ago. 2017.
- REINERS, A.A.O.; SEABRA, F.M.F.; AZEVEDO, R.C.S.; SUDRÉ, M.R.S.; DUARTE, S.J.H. Adesão ao

tratamento de hipertensos da Atenção Básica. **Cienc Cuidado Saúde**. v. 11, n. 3, p. 581-587, 2012.

SILVA, T. R.; FELDMAN, C.; LIMA, M. H. A.; NOBRE, M. R. C. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**. v.15, n.3, p.180-189, set-dez, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Revista Hipertensão**. v.13, n.3, p. 143-202, Jul/ Set. 2010.

SOUZA, J. C.; SANTOS, C. R. F.; AGAPITO, N. C.; PEREIRA, N. R.; OLIVEIRA, U. R. S.; PRINCE, K. A.

Análise da prevalência de infarto agudo do miocárdio em montes claros, MG. **ANAIS - I Congresso Norte Mineiro de Medicina de Emergência** - Outubro de 2015 – Montes Claros, MG.

TALAEI, M.; SADEGHI, M.; MOHAMMADIFARD, N.; SHOKOUH, P.; OVEISGHARAN, S.; SARRAFZADEGAN, Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. **J Hyertension**. v., 32, n. 1, p. 30-38, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control**. Geneva: World Health Organization; 2011.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## REFLEXÕES E INQUIETAÇÕES SOBRE O ALCANCE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

**Paulo Leonardo Ponte Marques<sup>1</sup>, Bruna Caroline Rodrigues Tamboril<sup>2</sup>, Verônica Maria da Silva Mitros<sup>3</sup>, Antônio Rodrigues Ferreira Júnior<sup>4</sup>, Raimunda Magalhães da Silva, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira<sup>5</sup>**

*1 Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza Ceará-Brasil*

*3 Graduação em enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: paulolpmarques@hotmail.com*

*Palavras-chave: Promoção da Saúde. Saúde Pública. Política de Saúde.*

### INTRODUÇÃO

No cenário mundial, a década de 1960 despontou com a amplificação dos debates sobre as múltiplas dimensões que reverberam no alcance e manutenção da saúde entre os povos. Esse cenário trouxe à baila as complexas, e mais que atual, discussões sobre as transformações econômicas, sociais e ambientais que promoverão profundas e contínuas consequências sobre a situação da saúde das populações humanas, extrapolando os olhares para além do controle das doenças (BUSS et al., 2014).

Entre os contextos que marcaram este cenário tem-se a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior - missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde e o movimento canadense a partir do Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974), reforçado com o Relatório Epp - Alcançando Saúde Para Todos (1986) (SOUZA; GRUNDY, 2004).

A partir de então ocorrem conferências, proposições, pactuações entre os governos para efetivar a melhoria de saúde, com a compreensão de que promover pessoas, desenvolver comunidades, dotá-las de solidariedade, “consciência” sustentável, valorização do capital social, reorganização dos serviços de saúde, ênfase na articulação intersetorial, dentre outros predicados, estariam as nações construindo trilhas para a melhoria dos indicadores de morbidade com abordagens centradas nas pessoas e orientadas por políticas públicas (SANTOS; NUNES, 2016).

Nessa ótica, a Política Nacional de Promoção da Saúde atualiza-se aos auspícios de múltiplos olhares, com diretrizes “ambiciosas” que submergem a um contexto esfacelado que atinge eixos estruturantes do desenvolvimento e crescimento do país (BRASIL, 2015).

Ante esta complexidade, o cenário brasileiro sobrevive às turbulências políticas, econômicas, sociais, aos confrontos dos valores éticos, morais, legais, dentre outras ameaças, que acenam na contramão das diretrizes de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Percebe-se o fosso de um distanciamento crescente entre um discurso apregoado e uma prática ambígua, anuviada e infértil (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016)

Em que ponto as políticas públicas atenderão às reais necessidades dos cidadãos, para que se possa atuar positivamente na promoção da saúde, ainda que em um modelo hegemônico e contrário a essa perspectiva?

Imbuídos de perplexidade e um mix de sentimentos que impelem as constantes problematizações, este trabalho propõe refletir sobre a complexidade que confronta o impacto da política nacional de promoção da saúde no atual cenário brasileiro.

### METODOLOGIA

Na construção deste ensaio reflexivo, os autores elegeram algumas etapas da estratégia pedagógica Ciclo de Discussão de Problemas (CDP), um desdobramento do método de Aprendizagem Baseada em Problemas e similares (BERBEL, 1998; BORDENAVE; PEREIRA, 1982).

Esta escolha justifica-se por se conceber a educação como eixo estruturante e potente para transformar, desenvolver e libertar pessoas. Ao discorrer sobre os desafios para a sustentabilidade dos sistemas de saúde na América do Sul, Temporão (2012) reitera que essa sustentabilidade, dentre tantos outros elementos, requer educação de qualidade, informação adequada, construção de uma nova consciência política. Acrescenta que estes desafios e a tomada de consciência não se vinculam apenas para os especialistas, mas para a sociedade.

Por analogia, esta estratégia pedagógica é utilizada para grandes grupos porque favorece o aprendizado autodirigido, a habilidade de solucionar problemas, o pensamento crítico e colaborativo, além da visão integrada

dos problemas sociais (SILVA *et. al*, 2015). Compactua-se com as concepções de Silva *et. al* (2015) no sentido de que os “grandes grupos”, no contexto político, social e econômico, ganham visibilidade nas ações de atores que confrontam o status quo e almejam mudanças sociais.

Desse modo, o CDP é desenvolvido por meio de 12 etapas: leitura do problema, elaboração de questões, agrupamento de questões, chuva de ideias, elaboração dos objetivos de aprendizagem, avaliação da dinâmica, leitura dos objetivos de aprendizagem, relato das referências utilizadas, discussão dos objetivos, síntese, elaboração das pendências e avaliação da dinâmica (SILVA *et. al*, 2015).

Neste trabalho utilizou-se parcialmente o CDP elegendo-se a análise do problema, elaboração e agrupamento de questões, chuva de ideias e síntese.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Análise do problema**

A literatura, os meios de comunicação, os relatórios internacionais, estudos e censos demonstram a desigualdade, a desarticulação intersetorial, os índices de violência, lacunas na educação, saúde, segurança, infrações às leis ambientais, altos índices de desemprego, crescente informalidade e índice de endividamento, elevada carga fiscal e tributária [...]. Estes problemas somam-se a estudos, pesquisas que atribuem ao Brasil o título de um dos países mais corruptos do mundo com um sistema político esfacelado e desacreditado.

### **Elaboração e agrupamento de questões**

Diante do problema e indagações reforçam-se inquietações sobre de qual promoção da saúde estamos discursando? Como alcançá-la? De que modo atingiremos e promovemos pessoas em cenários paradoxais, contraditórios e desiguais? Como garantir a sustentabilidade da promoção da saúde sem que haja a sustentabilidade no financiamento e na continuidade dos serviços? Não seria este o momento de revermos a prática e nos voltarmos para os preceitos constitucionais formulados?

Nesse fenômeno da ineficiência no serviço público cabe o questionamento de quem é a responsabilidade: dos gestores, dos profissionais, dos próprios usuários ou do próprio sistema? O amplo exercício da cidadania por todos os atores envolvidos pode se constituir um bom ponto de partida ou recomeço para reformulação da atenção (SANTOS; LEVY; CARVALHO, 2015).

Ao se noticiar que alguns Estados reduziram o índice de vulnerabilidade social (IPEA, 2017), se pergunta onde estão esses impactos na vida real? Em que território podem ser observadas as consequências e benesses que trespassem um amontado de número, dízimas e proporções numéricas?

### **Chuva de ideias**

Na esteira das transformações que nos circunda, uma multiplicidade de discursos se intercambiam nas mídias digitais. De blogs utilizados como ferramentas tecnológicas para fins educacionais (SOUZA *et al.*, 2012) a espaços virtuais empregados como dispositivo de fundo para fazer o marketing político, a rede mundial de computadores vislumbra os cenários paradoxais.

Nos holofotes midiáticos, a violência se posiciona em lugar de destaque, ampliando diariamente as páginas policiais e tomando os espaços que poderiam ser ocupados para promover ações positivas.

A crise se firma como inimigo invisível que abate a cada dia novas vítimas, limitando as possibilidades de atuação em meio a tantas iniquidades. As saídas se mostram estreitas, mas são divulgadas por meio de experiências exitosas, embora reflitam predominantemente o mérito individual ou de pequenos grupos do que os esforços coletivos intersetorialmente articulados.

A promoção enquanto educação, prevenção, atenção, sugere os múltiplos olhares a partir da veiculação de notícias nos jornais e revistas com maior alcance de leitura. No entanto, embora busquem fortalecer a relação saúde-cidadão, nem sempre a coadunam na relação saúde-promoção, e sim se aproximam de uma relação doença-assistência.

### **Síntese**

O paradigma da patogênese, reforçado pela pesquisa em patologia e prática clínica em países industrializados, sobrevive em meio as limitações da medicina tradicional, enquanto que a salutogênese poderia ser uma alternativa ao se pautar nos conflitos inerentes à vida humana, buscar o saudável em detrimento de lutar contra a doença (ANTONOVSKY, 1996).

A efetividade das políticas públicas de saúde se constitui como verdadeiro desafio frente a um contexto histórico desfavorável no qual persiste a hegemonia teórica e prática capitalista, ancorada em desigualdades sociais, má distribuição de renda e precariedade nos serviços que marcam esse quadro crônico (CAMPOS, 2007; MARIA, 2013).

A adoção de austeridade política e econômica contrasta com a concessão de incentivos à iniciativa privada, que por meio de crescentes transferências de recursos e renúncias fiscais reduz a arrecadação, enfraquece o financiamento e impõe riscos ao sistema de saúde universal (MENDES, 2015).

Quando os direitos individuais colidem com o interesse público, a esfera econômica desnuda que suas questões não se limitam aos aspectos práticos, apontando que estão relacionadas com as discussões no âmbito da moralidade e da justiça. O caminhar entre a economia e a ética deve se firmar em torno da pluralidade que deriva para os interesses racionais de promover o bem humano, incluindo aspectos valiosos relacionados com as oportunidades, liberdades e satisfações (SEN, 2002).

Perspectivas estas que estampam as políticas públicas no campo conceitual, mas que se distanciam da coletividade na esfera operacional, tal como discutida entre os membros do grupo de Política Externa e Saúde Global das Nações Unidas (ONU), entre eles o Brasil. Busca-se reforçar uma 'Agenda para Além de 2015' onde a cobertura universal de saúde será crucial para o aumentar a expectativa de vida, erradicar a pobreza, promover equidade e alcançar o desenvolvimento sustentável. (CANFIN et al., 2013). No entanto, isso implica em acesso irrestrito, sem discriminação, ao conjunto de serviços voltados para promoção, prevenção, cura e reabilitação, muitas vezes repetidos na teoria mas nem sempre alcançado na sua essência prática.

Construir e legitimar um projeto coletivo, com transformação de uma sociedade marcada por desigualdades históricas, se constitui em grande desafio para o sistema de saúde. Ao mesmo tempo que se defende a universalidade observa-se que a implementação das propostas no plano estrutural e político para efetivação do sistema acontece de forma restrita, instituindo um verdadeiro paradoxo, difícil de se compreender (VIEIRA, 2013).

Uma diferença marcante é a prática social, com envolvimento do contexto em busca de absorver as demandas de um grande contingente populacional e ao mesmo tempo fazê-lo entender que este, pelo menos em parte, precisa ter empoderamento suficiente para tentar agir consistentemente em busca de melhorar o coletivo. A participação social é uma prática de cidadania que não se limita no brandir das bandeiras, mas se sustenta no ato de tomar parte em decisões, as quais envolvem competências que precisam ser adquiridas (TEIXEIRA et al., 2009).

Para tal, se defende dois elementos inseparáveis: a igualdade e a liberdade, onde a busca da primeira possibilita a ampliação da segunda, em uma relação que promova o contínuo desenvolvimento dos direitos humanos e uma efetiva democratização da sociedade. Direitos humanos e democracia são elementos necessários de um mesmo movimento histórico, visto que sem a proteção e o reconhecimento dos direitos do homem não se avança na democracia; e sem democracia, ficam restritas as condições para o desenvolvimento social e liberal (OLIVEIRA, 2017).

## CONCLUSÃO

Para pouco além de um futuro sombrio, as inquietações se multiplicam geometricamente ao mesmo tempo que se tenciona para uma reversão do quadro atual. A política, em seu âmbito macro, enquanto ação ou omissão do Estado, parece se enfatizada a cada dia por este último ato. O distanciamento entre a promoção da saúde veiculada e a promoção da saúde idealizada é ampliada pelas ferramentas tecnológicas pensadas para possibilitar uma aproximação.

O alcance da promoção enquanto ação se limita ao campo da saúde, que desenvolve experiências intersetoriais isoladas, divulgadas como grandes vitórias espaçadas no meio de algumas derrotas. Uma reflexão crítica faz-se necessária para incorporação dos princípios epistêmicos que subjazem o campo da saúde coletiva na reorganização da atenção à saúde das populações.

A promoção da saúde como prática social, denota a positividade da saúde enquanto atuação no campo de práticas. Este campo em construção, tensionado, inquieto por presenciar e vivenciar a perpetuação das iniquidades sociais, confronta a complexidade dos múltiplos objetos que influenciam o protagonismo dos sujeitos como integrantes da coletividade.

## REFERÊNCIAS

ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health promotion international**, v. 11, n. 1, p. 11-18, 1996.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface comun. saude educ.**, v.2, n.2, p.139-154, 1998.

- BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed., Petrópolis: Vozes, 1982.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps\\_revisao\\_portaria\\_687.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf). Acesso em 31 de agosto de 2017.
- BUSS, P.M. et al. Saúde e agenda de desenvolvimento pós-2015. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.12, p.2555-2570, 2014.
- CAMPOS, G. W. D. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p.1865–1874, 2007.
- CANFIN, P. et al. Our common vision for the positioning and role of health to advance the un development agenda beyond 2015. **The Lancet**, v. 381, n. 9881, p. 1885–1886, 2013. CASTIEL, L.D.; XAVIER, C.; MORAES, D.R. À procura de um mundo melhor: apontamentos sobre o cinismo em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016. 393p.
- SOUZA, E.M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.
- MARIA, A. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **R. Katál**, v17, n.2, p. 227–234, 2013.
- MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 66–81, 2015.
- OLIVEIRA, S. A. M. NORBERTO BOBBIO: teoria política e direitos humanos. **Revista de Filosofia Aurora**, v. 19, n. 25, p. 361-372, 2017.
- SANTOS, E.R.; NUNES, M. F. Capital social e políticas públicas: um estudo comparado no Vale do Rio dos Sinos. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 50, n. 1, p.129-149, 2016.
- SANTOS, R. P.; LEVY, C; CARVALHO, W. As invasões bárbaras do Brasil e do Canadá (Quebec): Sistema Público de Saúde não funciona. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 7, n. 3, p. 2–4, 2015.
- SEN, A. Sobre ética e economia. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 144p.
- SILVA, S. L. Estratégia educacional baseada em problemas para grandes grupos: Relato de experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.1, p.607–613, 2015.
- SOUZA, C. D. et al. Blog da promoção da saúde: relato de experiência sobre a produção de um objeto de aprendizagem. **RENOTE: Revista novas tecnologias na educação**, v.10, n. 1, p.1-8, 2012.
- TEIXEIRA, M. L. et al. Participação em saúde: do que estamos falando?. **Sociologias**, v. 11, n. 21, 2009.
- VIEIRA, C. Sobre os rumos das políticas sociais e de saúde no Brasil pós 1988. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1950–1951, 2013.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A CAPACITAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO PROJETO RONDON NA UFC PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO INTERIOR DO CEARÁ: A DEMÊNCIA EM FOCO.

Idarlana Sousa Silva<sup>1</sup>, Camila Santos Reis<sup>2</sup>, Deyse Maria Alves Rocha<sup>3</sup>, Glaubervania Alves Lima<sup>5</sup>, Lígia Maria Alves Rocha<sup>6</sup>, Maria Gressy Soares de Farias<sup>6</sup>.

*1 Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Pró-reitoria de Extensão, Universidade federal do Ceará, Fortaleza – Ceará – Brasil*

*E-mail: idarlanasilva02@gmail.com*

*Palavras-chave: Enfermagem. Agente Comunitário de Saúde. Demência.*

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural do ser humano que reflete mudanças biológicas, sociais, culturais e comportamentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório mundial de envelhecimento e saúde (2015), as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas, e no nível biológico, ele está associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares.

Para a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2017), a demência é uma doença mental que se caracteriza por um prejuízo cognitivo, onde se inclui alterações de memória, aprendizado, linguagem, entre outras. As diversas alterações provocadas pela demência podem ser acompanhadas por mudanças no comportamento ou na personalidade. Diversos tipos de doenças podem provocar um quadro de demência, onde o Alzheimer é uma das mais frequentes.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), a população idosa brasileira apresenta um crescimento de forma acelerada e acima da média mundial. Tais pacientes estão mais vulneráveis ao surgimento de doenças crônicas degenerativas e incapacidades funcionais, dessa forma, constituem-se como a parcela da população que mais faz uso dos serviços de saúde.

A prática cotidiana da atenção básica na saúde do idoso deve sistematizar suas ações visando não apenas a cura das enfermidades, mas também para promover e/ou manter a saúde das pessoas idosas e prevenir agravos (BRASIL, 2013)

Tendo em vista isso, no Programa Saúde da Família, destaca-se o relevante trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que desempenha seu papel como um mediador entre a população e o serviço de saúde. Partindo disso, reflete-se a importância da capacitação desses profissionais, especificamente em relação à saúde do idoso.

Segundo Pinto AAM, Fracoli LA, (2010), os agentes de saúde aproximam o conhecimento técnico das equipes, ao conhecimento popular presente nos grupos sociais. O trabalho do ACS se baseia na dimensão técnica, o qual usa o conhecimento epidemiológico e clínico para as visitas domiciliares; dimensão política, onde auxilia no fortalecimento da cidadania e dimensão da assistência social, que se baseia em uma tentativa de se resolver questões, como o acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, o Projeto Rondon na UFC composto por professores, técnicos e estudantes dos cursos de medicina, educação física, odontologia e enfermagem, objetiva mobilizar a juventude universitária e articula-se com as Instituições de Ensino Superior, para a promoção da cidadania, dos direitos humanos e do desenvolvimento local sustentável das comunidades socialmente vulneráveis. Consciente da importância do papel do Agente Comunitário de Saúde para a população, o projeto desenvolve capacitações para esse público com os objetivos de aprimorar seus conhecimentos e práticas na população.

A partir disso, o presente estudo objetiva avaliar a eficácia da capacitação sobre demência ministrada para Agentes Comunitários de Saúde na cidade de Guaraciaba do Norte.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quanti qualitativo em que foi realizada uma entrevista estruturada questionando sobre a efetividade da capacitação realizada pelos acadêmicos de enfermagem participantes do projeto Rondon na UFC aos agentes comunitários de saúde da cidade Guaraciaba do Norte, Ceará.

A População era formada por Agentes comunitários de saúde (ACS) do município de Guaraciaba do Norte, Ceará. A Amostra foi selecionada por conveniência, tendo como parâmetro amostral a saturação das respostas. O



município de Guaraciaba fica localizado a 320 km de distância de Fortaleza, possui uma população de 37.775 (IBGE, 2017). O município possui 112 agentes de saúde, estando presente na capacitação 31 agentes e participaram da pesquisa 14 ACS.

Em março de 2017, foi realizada uma capacitação sobre demência na velhice e em julho, três meses após, ocorreu o retorno da equipe ao mesmo município e, então, foi realizada a entrevista com os ACS. Inicialmente foram convidados a participar da pesquisa e após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, foram encaminhados a uma sala reservada e responderam a três perguntas: Você se lembra do tema da capacitação anterior? O que é demência e quais são seus sintomas? Em seu ambiente de trabalho você conseguiu realizar alguma intervenção utilizando-se do conhecimento adquirido na capacitação? Para a coleta de dados foi utilizado um aplicativo captor de áudio para smarthphone.

Inicialmente foram realizadas as transcrições dos áudios e em seguida o agrupamento de respostas dos ACS das respectivas perguntas. Para análise de dados foi realizada uma codificação por meio da análise de conteúdo, que significa uma ênfase na descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões (LERVOLINO; PELICIONI, 2001).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao serem questionados, inicialmente, sobre o tema da capacitação anterior, nenhum participante conseguiu lembrar o nome da palestra. Porém, ao analisar novamente, mas levando em consideração não o tema da palestra, mas o nome do curso (Enfermagem), temos que dois participantes (14,2%) citaram a palavra em seu depoimento, contrastando com 85,7% que não citaram nada relacionado ao tema nem ao curso.

Esse resultado pode ser explicado, devido ao fato de, no mesmo dia, os Agentes Comunitários de Saúde assistirem palestras não só do curso de Enfermagem, mas também dos cursos de Educação Física, Medicina e Odontologia, o que dificulta a lembrança do tema central das palestras. Além disso, muitos entrevistados explicaram esse fato devido ao tempo decorrido entre a palestra e a entrevista, situado três meses após.

Em seguida, o entrevistador informava o tema abordado na capacitação (Demência) e questionava a respeito de sua definição e sintomas. Após o tema ser relatado, alguns entrevistados afirmaram o retorno da lembrança da palestra. Foram usadas afirmações como:

“ Demência...eu até escrevi sobre [...]”(Entrevista 1)

“Ah, lembro sim !” (Entrevista 2)

A Tabela 1 mostra os resultados agrupados das respostas:

Resposta	%
Correta	0
Parcialmente correta	42,8
Incorreta	21,4
Não lembrava	35,7

Como demonstra os resultados, nenhum participante acertou de forma completa o significado de demência como tinha sido exposto na capacitação. Porém, aproximadamente a metade (42,8%) acertaram parcialmente a resposta. Respostas eram consideradas em acerto parcial quando abordavam pelo menos uma parte da definição. Algumas dessas respostas são citadas abaixo:

“ É o esquecimento né? Aquele esquecimento...até as pessoas começar a ter aquele esquecimento das coisas, acho que é isso? É isso mesmo? ” (Entrevista 1)

“ Bom, a demência é quando a pessoa não... assim, ela tá de um jeito que ela não lembra muito bem as coisas e os principais sintomas é esquecer as coisas do cotidiano. ” (Entrevista 5)

“Sintomas são esquecimento, que ele até falou que é sobre muitas e muitas preocupações acarretadas, pessoa fica como que esteja com amnésia, isso? ” (Entrevista 4)

Respostas eram consideradas incorretas quando não abordavam a temática da demência. Dessa forma, três participantes (21,4%) usaram definições inapropriadas, associando muitas vezes com hipertensão:

“ Demência, é quando a pessoa tem algum problema no cérebro e pressão alta, ai aumenta o fluxo de sangue e fica com demência no cérebro. ” (Entrevista 6)

“Demência pode ser uma hipertensão, né?” (Entrevista 8)

“ É quando a pessoa perde assim mais ou menos... é ... perde mais ou menos a capacidade dos órgãos, tipo das mãos.” (Entrevista 12)

Além disso, cinco Agentes de Saúde (35,7%) relataram não lembrar da definição ou dos sintomas da doença.

Como demonstrado em artigo semelhante, para os Agentes Comunitários de saúde, a capacitação pode não ter trazido diferenças do ponto de vista formal, em que o entrevistado irá ter domínio sobre o tema abordado, mas pelo ponto de vista prático, onde foram percebidas mudanças no cotidiano de seu trabalho, proporcionando para o profissional atitudes diferenciadas, mesmo que de maneira sutil, mas que só foram possíveis de perceber na prática (L'ABATTE, 1999).

A terceira pergunta questionava sobre a realização de alguma intervenção prática referente ao tema abordado no ambiente de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Metade deles relatou que houve aplicação do conteúdo na prática de diversas formas, seja no reconhecimento de sinais e sintomas da doença ou através do incentivo a conversa, além de engajar outros profissionais para promover a melhoria da assistência ao paciente. Outros 21% relatou que não houve qualquer aplicação daquela teoria na prática durante o exercício do trabalho. Destacando os motivos de forma subjetiva, eles variam desde a falta de interesse à impossibilidade ou incapacidade de idealizar alguma intervenção. Outros agentes, em torno de 14%, referiram não ter prosseguido com alguma estratégia ao longo do trabalho, caracterizando pouca aplicação prática. Durante a análise dos dados, 14% não compreendeu o questionamento e não respondeu adequadamente.

## CONCLUSÃO

O presente estudo proporcionou conhecer a efetividade de uma capacitação realizada para Agentes Comunitários de Saúde por estudantes do Curso de Enfermagem.

Dessa forma, foi possível observar que a atividade realizada com os Agentes Comunitários de Saúde no município de Guaraciaba do Norte, interior do Ceará, pôde apresentar resultado positivo, porém, não o esperado, já que, em sua maioria, não lembravam do tema da capacitação ou não souberam definir a temática abordada. Apesar disso, uma quantidade considerável relatou ter mudanças na sua vida profissional após a capacitação. Dessa forma, a introdução de novos métodos de aprendizado são opções válidas para desenvolver novos trabalhos com o público, garantindo maior aproveitamento e uso da temática no exercício do trabalho.

Como limitações do estudo, encontramos o fato da capacitação em estudo ter sido oferecida juntamente com outras capacitações, fato que pode confundir a memória dos integrantes.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Senso 2010. Acesso em: 30/08/2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ce/guaraciaba-do-norte/panorama>.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; . A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Senso 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 25/08/2017.

BRASIL. Estatuto do idoso. Disponível em:< [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)>. Acesso em: 25/08/2017

INTO, A.A.M; FRANCOLLI, L.A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Rev. Eletr. Enf.** São Paulo, v 12, n. 4, 2010.

L'ABATTE, Solange. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, 1999)

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, a Deus, por ter colocado no coração do professor José Teodoro, principal responsável pela fundação do Projeto Rondon na UFC, o desejo de ajudar ao próximo e desejo esse que decidiu ultrapassar as barreiras, levando a educação em saúde para os lugares mais distantes do Ceará. Nosso agradecimento especial a Dra. Gressy Soares, atual coordenadora do projeto, por acolher como filhos todos integrantes, você estará para sempre em nossos corações. Não podemos esquecer do acolhimento dos cidadãos da cidade de Guaraciaba do Norte, que tão bem representam uma cidade que pode faltar recursos, mas nunca faltará um abraço acolhedor. Obrigada a todos.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E VIRTUALIDADES: DIALOGANDO COM OS JOVENS ESCOLARES ATRAVÉS DE UMA WEB RÁDIO

Karlla da Conceição Bezerra Brito Veras<sup>1\*</sup>, Raimundo Augusto Martins Torres<sup>2</sup>, Leidy Dayane Paiva de Abreu<sup>3</sup>, Isabela Gonçalves Costa<sup>4</sup>, Anita Saraiva Dornelles Maciel<sup>5</sup>

1 Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (CMEPES), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará- Brasil.

2 Doutor em Educação pela Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará- Brasil. E-mail: [\\_](#)

3 Doutorado do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará- Brasil.

4 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará- Brasil. E-mail: [\\_](#)

5 Mestre em Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza- Ceará.

E-mail: [anitasaraivadornelles@yahoo.com.br](mailto:anitasaraivadornelles@yahoo.com.br)

Palavras-chave: Adolescente; Internet; Gravidez na adolescência

### INTRODUÇÃO

A juventude, em sua maioria, utiliza a internet como ferramenta para produzir e postar suas ideias e gerar diversas maneiras de interação. Dessa forma, o uso das tecnologias entra no contexto de que promover a saúde do adolescente requer estratégias que estimulem a participação dos mesmos propiciando aos jovens uma aprendizagem mais dinâmica, ocorrendo a interação mais eficaz dos estudantes, tornando-se uma ferramenta no processo ensino-aprendizagem.

O público adolescente necessita de informações acerca do seu universo repleto de mudanças. Dessa forma, a escola configura-se como um ambiente propício para levar a discussão sobre saúde, pois dispõe de recursos necessários e é o local onde esse grupo se encontra diariamente, possibilitando entender a realidade da juventude nestes territórios.

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's) têm produzido modificações no cotidiano dos indivíduos, bem como, em praticamente todas as atividades da sociedade. São inúmeras as mudanças, que vão desde as formas de trabalho, até as formas de aprendizagem e entretenimento (ABDALA, 2014).

Assim a experiência a ser relatada ocorre no âmbito da promoção da saúde, através da tecnologia virtual Web Rádio junto a adolescentes. A Web Rádio AJIR interliga vários lugares, cidades e países devido à dimensão desterritorializante possibilitada pela internet. Um dos programas veiculados nesse canal é o programa Em Sintonia com a Saúde (S@S), desenvolvido num estúdio-sala na UECE, com programas semanais ao vivo e/ou gravados, disponibilizados no site da AJIR para posterior consulta pela internet, além disso possui registro no Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UECE, sob o Nº 3175/2009 (TORRES *et al.*, 2015).

O "Programa em Sintonia com a Saúde" é um canal digital e apresenta o foco em atividades de educação em saúde com jovens escolares, bem como web aulas para os educandos, onde a programação apresenta temas voltados para a área da saúde. Sabe-se que a mídia apresenta um grande poder de influência. Não só sobre a população adulta, mas também sobre os jovens.

Sendo assim, esta pesquisa foi realizada tendo como ambiente virtual de interlocução um programa locutado numa web rádio, através do "Programa em Sintonia com a Saúde", utilizando como temática "Gravidez na adolescência: dialogando com os jovens".

Portanto, o presente estudo objetiva-se relatar a experiência do diálogo de jovens escolares sobre o tema gravidez na adolescência, a partir da interação comunicacional no "Programa Em Sintonia com a Saúde", veiculado na Web Rádio Ajjir.

### METODOLOGIA

O estudo trata-se de um relato de experiência, em que se descreve a participação dos estudantes em um programa do projeto de extensão denominado: "Em Sintonia com a Saúde (S@S) através da Web Rádio AJIR". O projeto tem como objetivo trabalhar com a transferência de tecnologia do cuidado em saúde com os jovens nas escolas do estado do Ceará, através da interação no canal de comunicação.

Desse modo, a Web Rádio AJIR, é uma emissora on-line da Associação dos Jovens de Irajá, vinculada ao Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde - LAPRACS da Universidade Estadual do Ceará, fazendo parte

também da Pró-Reitoria de Extensão (PROEX). O público alvo dos programas da *Web Rádio* são jovens escolares de escolas situadas na capital do Estado do Ceará e nos municípios no interior do Estado.

Durante o programa, há uma equipe mínima de quatro pessoas para produção do programa. 1 – “o Locutor”, função de entrevistar o convidado e mediar o programa; 2 – “o Camera-man”, função de gravar com a câmera digital o programa e responsável pela transmissão ao vivo pela web cam; 3 – “Mediador das mídias virtuais”, função de interagir e comunicar-se com o público, gerando mediação entre eles e o entrevistado ao apropriar-se dos comentários e perguntas dos/das jovens, através do Skype, Twitter, Facebook, WhatsApp e mural do site [www.uece.ajir.com.br](http://www.uece.ajir.com.br); 4 – circulante, com função de auxiliar o funcionamento do programa e resolver pendências ou problemas que venham a surgir durante o programa (MAIA, 2015).

Assim a experiência ocorreu no dia 14 de junho de 2017, com alunos do nono ano de uma escola municipal, do município de São Benedito-Ceará, no horário de transmissão da *Web Rádio AJIR*, das 16h às 17h ao vivo, diretamente da capital cearense, Fortaleza, através do programa “Em Sintonia com a Saúde” exibido *on-line*.

O município de São Benedito apresenta, conforme os dados do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2015, uma área de 338,245 km<sup>2</sup>, localizado na microrregião da Ibiapaba, a 315 km de Fortaleza, apresentando uma população estimada em 46.171 habitantes.

Para a realização do estudo foi utilizado o diário de campo digital, ou seja, todo o material de interação, através do site e das mensagens da página do *Facebook* da *Web Rádio*.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente a experiência pareceu ousada e desafiadora. Trabalhar com uma tecnologia de informação virtual com adolescentes, e junto da tecnologia abordar a temática gravidez na adolescência, apresenta um caráter inovador.

Mas no início do encontro, foi possível observar que a *Web Rádio* promoveu uma maior concentração dos educandos e que eles estavam contentes e ansiosos pelo o início do programa. O tema da *Web Rádio* “Gravidez na adolescência: dialogando com os jovens” já tinha sido repassado pela mediadora do programa na escola para os estudantes, antes do programa iniciar, aumentando assim a ansiedade dos jovens.

Participaram do programa dezesseis (16) escolares, quatorze (14) meninas e (02) meninos, com idades entre 13 e 14 anos.

Como na escola não possui computadores suficientes para todos os estudantes, a transmissão foi realizada apenas por um computador, com projeção através de um *Data Show* e conectado a uma caixa de som.

O processo interativo entre os jovens escolares e o convidado-debatedor ocorreu de forma online através do acesso ao site da *Web Rádio*, por meio do link: [www.uece.ajir.com](http://www.uece.ajir.com). Os jovens participantes são estimulados a enviarem perguntas/comentários por meio de um software de comunicação. Os estudantes produziram perguntas e comentários, desejando obter um esclarecimento e/ou explicação do tema em questão pelo profissional convidado e facilitador do programa. Dessa forma as perguntas foram realizadas através da página do *Facebook*: *Web Rádio AJIR*.

As atividades iniciaram com uma pergunta chamada de âncora, na qual foi realizada pelo facilitador do programa e está relacionada ao tema, onde o jovem que responder corretamente é premiado. A pergunta âncora lançado foi: Qual o nome do método contraceptivo de borracha que previne a gravidez e as IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis)?

Devido ter apenas um computador transmitindo o programa, os estudantes responderam a pergunta âncora em um papel distribuído pela mediadora do programa, e em seguida as respostas foram digitadas e enviadas junto com os nomes dos estudantes, via página do *Facebook* da *Web Rádio Ajir*, para o facilitador do programa. Os 16 estudantes responderam corretamente a resposta da pergunta âncora, que era o preservativo masculino e feminino.

O canal do programa apresenta um poder de mobilização, ocorrendo a provocação de discussões, questionamentos e a problematização de temas relevantes. Assim no início do programa muitos adolescentes tinham muitas perguntas a fazer para o convidado-debatedor, já que o assunto gerava interesse aos adolescentes, e muitos apresentam dúvidas relacionadas a esse tema específico, que ocorre devido a falta de informação qualificada a esses adolescentes.

Sabe-se que maioria dos pais encontram muitas dificuldades em conversar com seus filhos sobre sexualidade, não oferecendo suporte adequado para tirarem dúvidas e resolverem seus conflitos. Isso ocorre pois muitos tem vergonha, falta de liberdade com os filhos em virtude da cultura na qual eles vivem, apresentando um olhar do sexo como tabu.

Desse modo durante o programa foi utilizado uma técnica diferente das metodologias tradicionais, onde os jovens ficaram entusiasmados para participarem das discussões e foi visto que durante a transmissão do programa

sobre gravidez na adolescência, os estudantes apresentaram algumas dúvidas, na qual realizaram perguntas ao convidado do programa.

**Tabela 01-** Apresentação das Perguntas realizadas pelos jovens sobre o tema gravidez na adolescência.

Jovens	Perguntas
Adolescente 01	A gravidez na adolescência pode ser de risco?
Adolescente 02	Uma adolescente mesmo fazendo o uso do anticoncepcional, pode engravidar?
Adolescente 03	Uma adolescente pode engravidar na sua primeira relação sexual?
Adolescente 04	O aborto espontâneo é comum entre as adolescentes?
Adolescente 05	Durante a relação sexual o preservativo pode sair?
Adolescente 06	Qual a possibilidade da camisinha rasgar durante a relação sexual?
Adolescente 07	Caso a adolescente não faça o uso de nenhum método contraceptivo e tenha relação sexual, poderá engravidar?
Adolescente 08	O parto de uma adolescente vai ser normal ou cesáreo?
Adolescente 09	Caso uma adolescente seja abusada sexualmente, ela deve procurar a unidade básica de saúde para realizar o aborto?

**Fonte:** Arquivos do Messenger da página do Facebook: Web Rádio Ajir.

A partir das perguntas elaboradas pelos participantes, foi possível perceber que existiam muitas dúvidas acerca da temática gravidez na adolescência, métodos contraceptivos e aborto.

Os estudantes apresentaram insegurança e receio nos comentários e perguntas durante o programa, principalmente em relação a atividade sexual desprotegida, podendo gerar a gravidez não planejadas e as IST's. Dessa forma estas indagações dos jovens mostram que as perguntas são cheia de dúvidas e interesse em saber mais, pois de fato a fase da adolescência é o momento em que os jovens estão experimentando seus desejos e suas práticas sexuais.

Durante o diálogo alguns adolescentes apresentaram-se em alguns momentos eufóricos com as perguntas dos outros colegas que era realizado ao facilitador do programa, gerando instabilidades comportamentais e emocionais. Porém a construção do vínculo entre os participantes e a mediadora do programa na escola, possibilitou a participação ativa desses sujeitos no diálogo sobre gravidez na adolescência e o controle da situação.

No debate virtual, às vezes ocorria uma dispersão dos estudantes "falta de atenção", quando ocorria problema na conexão da internet. Mas conforme Rodrigues e Sousa (2012), a facilidade de dispersão é uma dificuldade encontrada quando tratamos de internet e educação, onde a quantidade e variedade de assuntos que nos são oferecidas permitem essa falta de atenção em determinado objetivo e foco, atrasando consequentemente o rendimento esperado.

Desse modo a discussão com os jovens por meio da web rádio é importante, quebrando barreiras, favorecendo a comunicação acerca da gravidez na adolescência e um diálogo mais livre, menos carregado de vergonha em debater o tema ou dificuldade para expressão da fala.

## CONCLUSÃO

Diante do presente estudo, notou-se o interesse dos estudantes em dialogar entorno da temática gravidez na adolescência na escola através do "Programa em Sintonia com a saúde", através da Web Rádio AJIR. Também foi percebido que os jovens têm muitas dúvidas relacionadas ao tema. Isso pode ocorrer devido a falta de informação especializada junto com a vergonha de perguntar aos familiares sobre o assunto.

Percebemos que durante o programa os estudantes participaram efetivamente nos diálogos interativos, apenas em alguns momentos ocorreu dispersão desses jovens.

Por outro lado, foi criado um vínculo de confiança entre a mediadora do "Programa em Sintonia com a Saúde" na escola e os adolescentes, onde discutiram abertamente sobre a temática, ocorrendo a interação junto ao programa no ambiente virtual. Desse modo, foi possível perceber que a Web Rádio é um meio de muitas possibilidades, através do diálogo, constituindo-se em uma ferramenta para melhor ouvir, estudar, promover saúde, esclarecer dúvidas, prevenir e diminuir riscos e vulnerabilidades, além estabelecer vínculos.

Assim espera-se que após a explanação do assunto gravidez na adolescência, através da Web Rádio Ajir, no “Programa em Sintonia com a Saúde”, os adolescentes tenha uma melhor percepção sobre iniciação sexual, suas responsabilidades e consequências de uma gravidez indesejada.

Este estudo aponta também para uma perspectiva inovadora que se soma as ações do Programa Saúde na Escola (PSE), onde todas as escolas deveriam reconhecer a importância de realizar e implementar projetos relacionados à educação em saúde por meio de tecnologias.

Dessa forma, conclui-se que o “Programa em Sintonia com a Saúde” transmitido através da web rádio AJIR se consolida como um instrumento de educação em saúde para jovens escolares, sendo um avanço tecnológico que está cada vez mais conquistando os ambientes escolares.

## REFERÊNCIAS

ABDALA, C. V. G. Teleodontologia: estudo de caso sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação por docentes e cursos de odontologia brasileiros, aplicados ao ensino e atenção à saúde em odontologia. 2014. 64f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências Odontológicas) – Programa de Pós- Graduação em Ciências Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados básicos do município de São Benedito. Brasil, 2010g. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=230190#>>. Acesso em: 17 jun. 2017. MAIA, S.R.T. Práticas Educativas sobre Planejamento Familiar com Jovens: Contribuições do enfermeiro por meio de uma Web Rádio. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Ceará-UECE, Fortaleza- CE, 2015.

OYAMADA, L.H., MAFRA, P.C, MEIRELES, R. de A. GUERREIRO, T. M.G., JÚNIOR, M. O de C. SILVA, F.

M. da. Gravidez na adolescência e o risco para a gestante. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, Vol.6, n.2, pp.38-45, Minas Gerais, 2014.

RODRIGUES, A; SOUSA, N. A internet e o ensino de geografia. PROJEÇÃO E DOCÊNCIA, v. 3, n. 1, p. 37- 55, 2012.

TORRES, R. A. M. *et al.* Comunicação em saúde: uso de uma web-rádio com escolares. Journal of Health Informatics, v. 7, n. 2, 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor e responsável pelo Projeto de Extensão/Pesquisa, intitulado: EM SINTONIA COM A SAÚDE, através da Web Rádio AJIR na UECE, Professor Dr. Raimundo Augusto Martins Torres, pelo empenho e dedicação ao projeto, conquistando minha total admiração.

Aos diretores e coordenadores das escolas participantes do programa, por proporcionarem aceitação, compreensão e apoio ao projeto.

Agradecemos também a todos os jovens que participaram ativamente desta pesquisa. Sua contribuição aqui explicitada culminou com reflexões pertinentes sobre o processo de produção de saberes e práticas educativas que podem ser inovadoras e que tão bem contribuem para o discurso dialógico significativo no contexto da educação em saúde de jovens através das tecnologias da informação em saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CUIDADO DOMICILIAR À CRIANÇA COM DIARREIA E PNEUMONIA: PRÁTICAS MATERNAS

Rejane Maria Carvalho de Oliveira<sup>1</sup>, Camila Santos do Couto<sup>2</sup>, Ivana Lima Verde Gomes<sup>3</sup>, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos<sup>4</sup>, Ana Valeska Siebra e Silva<sup>5</sup>, Mirna Albuquerque Frota<sup>6</sup>

1 Docente do Curso de Enfermagem, Universidade de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil.

2 Docente do Curso de Enfermagem, Universidade de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil.

3 Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceará- Brasil.

4 Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.

5 Coordenadora e Docente do Programa de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.

6 Coordenadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza- Ceará-Brasil.

E-mail: cmlcouth@unifor.br

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Recém-Nascido. Contato Pele a Pele.

### INTRODUÇÃO

Devido ao caráter abrangente e à relevância do cuidado à infância no cenário brasileiro, a saúde da criança se destaca na produção de assistência, ensino, pesquisa e na produção de políticas públicas para nortear os processos de trabalho. A atenção à saúde da criança, neste contexto, suscita várias possibilidades de reflexão, dentre elas a de que essa atenção é provida por vários setores e sujeitos, a requerer uma compreensão ampliada acerca de suas responsabilidades. Todavia, não se deve pensar sobre essa atenção, sem levar em conta as mudanças ocorridas no campo da saúde e as consequentes transformações no perfil epidemiológico da população infantil, a exemplo do aumento da expectativa de vida ao longo dos anos.

No entanto, doenças como a diarreia e pneumonia são problemas frequentes e responsáveis pela grande demanda de crianças aos serviços de saúde, apesar dos investimentos, ações e estratégias para o atendimento adequado destas doenças. Ambas são consideradas como importante problema de saúde pública em virtude das altas taxas de mortalidade mundial.

Tanto a doença diarreica como a pneumonia seguem tendência mundial de queda. No Brasil, em período entre 2000-2010 ocorreram 22.933 mortes de menores de cinco anos, em decorrência à diarreia (80,3% em menores de um ano) e 1.209.622 internações (62,6% entre um e quatro anos), sendo a região Nordeste responsável por 57% e 46%, respectivamente (MENDES; RIBEIRO; MENDES, 2013). Em relação à pneumonia, as mortes diminuíram tanto quanto a mortalidade infantil, 74% entre bebês e 56% entre crianças de um a quatro anos no período de 1991-2007. Portanto, a mortalidade total e a mortalidade por pneumonia tiveram praticamente o mesmo desenvolvimento no país, e a pneumonia foi responsável por cerca de 5% das mortes (RODRIGUES et al., 2011).

Neste estudo, incluímos a valorização do cuidado à criança, o comportamento sociocultural da família e a atribuição à mãe da interlocução entre o domicílio e os cuidados externos. Autores como Gutierrez e Minayo (2010) chamam atenção para o papel da família. Segundo afirmam, o cuidado produzido nesse espaço não é reconhecido como pertinente do ponto de vista técnico, e ficam subsumido ao espaço de intervenção médica, de tal maneira que essa possa ser excluída do seu papel de agência significativa de produção de cuidados.

Para entendermos toda a dimensão do processo de cuidado no âmbito das relações humanas e compreendê-lo sob diferentes perspectivas é necessário transitarmos pelo campo da filosofia e da antropologia.

Para condução deste estudo foram definidas as seguintes questões norteadoras: como a mãe percebe que seu filho está doente? Quais as ofertas terapêuticas utilizadas pelas famílias da criança para solucionar os problemas de saúde dos filhos? Desse modo, o objetivo do estudo foi conhecer as práticas de cuidado materno/familiar diante dos sinais e sintomas da doença no domicílio.

### METODOLOGIA

Estudo com abordagem qualitativa, adotando como referencial teórico-metodológico a hermenêutica de Paul Ricoeur, com vistas à compreensão das narrativas dos familiares de crianças acerca do cuidado domiciliar materno/familiar à criança com diarreia e pneumonia. O estudo foi realizado na creche municipal do Projeto Nascente, no bairro Itaperi, em Fortaleza-CE. Participaram do estudo seis familiares de crianças que frequentam a instituição.

Para coleta das informações optamos pelo grupo focal (GF) por entendermos essa técnica capaz de captar o universo familiar do cotidiano dos participantes, as referências de cada um em relação ao cuidado de saúde,



permitindo-lhes refletir sobre as práticas compartilhadas de cuidado familiar. No que se refere ao tema a ser discutido, traçamos um roteiro de perguntas, contendo questões relacionadas ao comportamento/atitudes/tomada de decisão dos pais diante do adoecimento do filho. O ambiente escolhido para a realização do GF foi a sala da diretoria da creche, um espaço pequeno e acolhedor, com cadeiras, mesas, uma boa iluminação.

Como para a realização do GF são necessários recursos técnicos como gravação e/ou filmagem das falas, neste grupo, optou-se pela gravação como recurso auxiliar. Os participantes da pesquisa foram comunicados e avisados de que a sessão seria gravada e não houve nenhuma objeção ao fato.

As cadeiras foram dispostas em círculo, dando aos participantes a possibilidade de visualização de todos. Os participantes foram acolhidos pela responsável da pesquisa com um lanche, com vistas à descontração e interação entre os membros. Durante este tempo foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Depois de esclarecido e assinado o TCLE, os participantes escolheram seus lugares e sentaram-se formando um pequeno círculo. Nesse momento foram feitas as apresentações ao grupo, dando-lhes as boas-vindas, agradecendo a presença de todos e o auxílio prestado para o desenvolvimento da pesquisa. Em seguida, houve uma breve apresentação dos tópicos de discussão, uma abordagem sobre a técnica e seu objetivo, a orientação quanto ao uso do gravador, e orientação sobre a dinâmica do trabalho (importância de todos participarem, de evitar as conversas paralelas, evitar dispersão, etc.). Por último, foi exposto o tema da reunião, e procedeu-se à apresentação dos participantes, dizendo o seu nome e idade e o nome do filho.

Trad (2009) afirma a presença na literatura desde seis até quinze participantes. Desta forma, o grupo contou com seis familiares de crianças que frequentavam a creche do Projeto do Sol Nascente, uma mediadora e um observador. Esse momento, vivenciado no mês de março de 2017, foi rico de informações e durou aproximadamente cinquenta minutos.

Os dados foram organizados em núcleos de sentido. Procedemos com a análise dos relatos obtidos com grupo focal, que se inicia com uma revisão das entrevistas em áudio e das suas transcrições.

Exploramos de forma cuidadosa todo o material para uma análise estrutural onde o texto foi esquadrinhado por unidades de significado. Estas unidades foram condensadas e, posteriormente, identificadas como subtemas, que por sua vez, foram agrupados em grandes temas: a percepção materna/familiar dos sinais de adoecimento; e o cuidado materno/familiar no domicílio.

A proposta de análise das narrativas adotou como substrato teórico a primeira etapa do modelo analítico denominado *Pathway to Survival*, cujo objetivo é oferecer uma análise abrangente acerca das circunstâncias de adoecimento da criança, da utilização de serviços formais e informais para o restabelecimento da saúde, envolvendo cuidados domiciliares com a análise foi possível identificar as etapas-chave da ação da mãe/cuidador entre o início da doença e a restauração da saúde da criança com destaque para os eventos ocorridos no interior da casa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Parecer de Nº 1.318.152/2015. Ressalta-se que todas as deliberações deste Comitê estão fundamentadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e a ética permeando toda a pesquisa, incluindo a abordagem dos princípios da Bioética.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A percepção materna/familiar dos sinais de adoecimento

Ao compartilhar suas experiências vividas com seus filhos numa situação de adoecimento, surgiu um outro componente à pesquisa, na medida em que, ao se distanciarem do momento da doença/tratamento, as emoções temporais foram amenizadas, pois conversamos sobre eventos passados, e isso agregou informações relevantes sobre o cuidado materno no domicílio.

Na construção dessa unidade de análise, apontamos para a percepção de sinais e sintomas à surpresa do adoecimento da criança, bem como da necessidade de cuidados domiciliares. Mediante as respostas obtidas com o grupo focal, podemos perceber que o cuidado domiciliar é permeado por múltiplos fatores, não apenas relacionados à técnica, mas que se materializam nos encontros entre os diferentes campos do conhecimento e do saber, aliando técnica, intuição e sensibilidade, como salienta Roselló (2009). A mãe identifica o problema de saúde, classifica-a quanto à gravidade e busca apoio somente em situações que não podem ser solucionadas em casa. Por meio dos depoimentos foi possível percebermos que o reconhecimento de sinais de adoecimento da criança perpassa pela identificação de alterações significativas referentes à mudanças no padrão respiratório, outras são capazes de identificar com riqueza de detalhes importantes sinais e sintomas de doença tal fato que demonstra a percepção materna acerca do estado de saúde de seus filhos, que muitas vezes não identifica o comprometimento do estado geral da criança, mas nota as alterações manifestadas.

*É a respiração que eu percebo logo [...] sempre quando aparecem essas doenças, vem primeiro a gripe, ele gripa muito forte, febre também, vem tudo acompanhado, com diarreia também, aí a gente sabe né, porque ele fica*



*sem querer comer, fica logo com o peito cheio, [...] Da última vez ele tava tossindo muito, quando eu peguei ele, que levei, apareceu a febre de repente, tava com 36°C e subiu para 39°C. (P1)*

*Quando ele não quer comer assim, a gente já sabe que não tá certo, porque tudo é bom para ele, não tem nada ruim. (P2)*

*A febre, sempre a febre, ele fica com febre é mais assim a noite, ele não tem tanta diarreia, é mais febre e a gripe muito forte. (P3)*

*Minha filha, a Barbara, já teve pneumonia, o que apresentou nela, que eu pude perceber foi febre constante e muita tosse. (P4)*

*Minha filha primeiro ela começa com uma cólica e ela deita no chão, e fica falando, “mãe tô com dor de barriga”, vai ao banheiro quando eu vejo ela está com diarreia, ela vai de três a quatro vezes. (P5)*

Evidenciamos percepções diversas sobre os sinais de adoecimento das crianças. Estas variaram deste a observação atenta das mudanças do comportamento, do mais ao menos ativo, e à surpresa da evolução da doença, por desconsiderarem manifestações que caracterizam os prodromos da doença.

Como identificado resultados semelhantes foram descritos em estudos de Rati et al (2013) e de Jacquemot (2005), vinculando a febre como importante fator mobilizador para adoção de cuidados domiciliares, assim como pela procura pelos serviços de urgência e emergência. Entretanto, segundo Brasil (2003), a presença da febre isoladamente nem sempre é considerada como sinal de gravidade para os profissionais de saúde, e portanto, do ponto de vista operacional e técnico, não justifica a procura do serviço de urgência.

Evidenciamos percepções diversas sobre os sinais de adoecimento das crianças. Estas variaram deste a observação atenta das mudanças do comportamento, do mais ao menos ativo, e à surpresa da evolução da doença, por desconsiderarem manifestações que caracterizam os prodromos da doença. No contexto geral, a febre foi referida por quase todos os participantes como o sinal de alerta mais importante, responsável pela adoção de cuidados domiciliares. A tosse e a dispneia também aparecem como sinais de alerta para os problemas respiratórios e os vômitos para os distúrbios gastrointestinais.

Percebemos que, ao reconhecer a necessidade de tratamento, a mãe o faz com base na compreensão de alguns sintomas (tosse, febre, choro, falta de apetite, vômito). Dessa maneira, a forma como reagem ao diagnóstico e à gravidade da doença está associado à definição biomédica e um conjunto de eventos biográficos e projetos de vida familiares relacionados à criança.

## **O cuidado materno/familiar no domicílio**

Mediante reconhecimento dos sinais de gravidade referidos como febre, vômitos e diarreia, várias ações são adotadas pela família/cuidador no próprio lar, na tentativa de restaurar a saúde da criança. Nesse estudo podemos observar a importância do cuidado domiciliar e do papel da mãe como decisivo sobre os cuidados de saúde. Os fragmentos das narrativas a seguir ilustram essa afirmativa:

*Quando minha filha tem diarreia, primeiro eu cuido em casa, procuro tratar com soro, esses remédios mais abertos, depois no segundo caso é que eu vou ao médico, na UPA. (P5)*

*[...] a febre, eu tento controlar em casa, quando eu vejo que não dá mais para controlar eu levo para o hospital [...]. (P4)*

*[...] eu também só levo pro médico nas últimas, procuro primeiro tratar em casa. (P6)*

Em corroboração a essas narrativas, de acordo com Almeida e Novak (2004), estes passos podem ser diferentes em termos de complexidade e ação necessária para diferentes síndromes de doenças. Nesse momento, a mãe é a principal interlocutora entre a criança e os serviços de saúde. Respalhada pelo reconhecimento da necessidade de tratamento e de ajustes dos cuidados domiciliares, ela busca por atendimento complementar adequado, além de proporcionar cuidados continuados depois de receber assistência externa.

Dessa forma, estabelecem-se um conjunto de normas que delimitam um modelo de “boa mãe”, o qual deve ser seguido e apreendido, e nesse modelo a mulher torna-se responsável pela bom crescimento e desenvolvimento do seu filho, mas é culpada em caso de insucesso. (BADINTER, 1985; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Neste estudo, incluímos a valorização do cuidado à criança, o comportamento sociocultural da família e a atribuição à mãe da interlocução entre o domicílio e os cuidados externos. De acordo com Gutierrez e Minayo (2010) o cuidado está tão fortemente atrelado à figura feminina que chega a reproduzi-la como a principal responsável pelo cuidado da saúde no lar, a partir do momento em que elas se auto definem como cuidadoras, as assumir os cuidados da família.

*Quando eu vejo ela está com diarreia, eu fico só no soro. “Soro, soro, soro”, pra entrar no antibiótico só mesmo se piorar e não ter melhora nesses três quatro dias, não dou antibiótico assim fácil não. (P5)*

*Eu dou a paracetamol a ele e fico dando um anti-inflamatório porque ele fica logo com a garganta inflamada, só dou mesmo antibiótico também nos últimos casos mesmo. (P1)*

O uso de medicamento industrializado, como paracetamol, dipirona, soro adquiridos na farmácia foi bastante referido como prática aplicada no cuidado domiciliar. Isto nos remete a questionar se as práticas populares são menos valorizadas pelas famílias. Tais questionamentos podem estar associados a uma racionalidade que incide sobre moradores de uma capital como Fortaleza, onde o acesso a esses medicamentos é facilitado e esses são disponibilizados à população. Assim, como observamos, as famílias frequentemente praticam a automedicação. Dessa forma, o que faz com que alguns problemas podem ser amenizados ou até potencializados, quando se faz o uso inadequado, antes mesmo de chegar ao subsistema profissional com recursos industrializados.

De acordo com o Ministério da Saúde, é relevante estabelecer um canal efetivo de comunicação com as famílias, para uma adequada capacitação destas, de modo que apreendam as recomendações referentes ao tratamento e aos cuidados a serem prestados no domicílio, assim como reconhecimento dos sinais indicativos de gravidade que exigem o retorno imediato da criança ao serviço de saúde (BRASIL, 2003).

O cuidado domiciliar já foi objeto de estudo de Prado e Fujimori (2006), especificamente voltado a mães/famíliares responsáveis por crianças de zero a cinco anos de idade, no município de São Paulo. Conforme os resultados apontaram que o efeito da ação dos serviços sobre o conhecimento e o cuidado materno ainda não se traduz de forma efetiva na realidade encontrada.

Nesta investigação, observamos que as condutas de cuidado no domicílio foram efetivas, pois evidenciamos a parceria das mães cuidadoras com os profissionais de saúde. Dessa forma, enfatizamos a relevância da promoção da participação da mãe/família no processo saúde-doença do filho para desempenhar um papel ativo no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, compreendendo esse processo como um complexo que envolve determinantes sociais de saúde, e não apenas a ausência de sinais de doença.

Compreendemos então as mães/famílias, como elos entre as orientações prestadas por profissionais e a aplicação destas no domicílio. Dessa forma, são peças-chave na prevenção de complicações e no efetivo tratamento da criança, conforme descrito nessas narrativas.

## CONCLUSÃO

Por meio do estudo ressaltaram-se as práticas de cuidados no manejo da criança doente no domicílio, porquanto não existe uma regra na prestação do cuidado. Podemos perceber que as práticas de cuidado domiciliar estão relacionadas a percepção da mãe cuidadora dos sinais de adoecimento o que gera cuidados anteriores a busca pelos serviços de saúde e a percepção do agravamento, com destaque para a febre e o cansaço, responsável pela busca de saúde nos serviços de urgência.

Reiteramos ainda que os achados dessa investigação apontam que o cuidado domiciliar pode estar atrelado a ampla gama dos determinantes sociais, econômicos e culturais das famílias pesquisadas, especificamente relacionados ao cuidado materno.

A experiência do grupo focal mostrou-nos como o conhecimento e o esforço para controlar a doença dos filhos, mesmo quando obtêm os resultados esperados, de modo efetivo, significa a perpetuação da autonomia do cuidado materno, gerando satisfações e sentimento de responsabilidade pelo cumprimento do dever de cuidadores. Assim, os ganhos relativos à qualidade assistencial com as conquistas alcançadas no tratamento dos filhos doente fazem deles famílias tranquilas nesse aspecto.

Os profissionais de saúde devem utilizar como ferramenta de trabalho, a escuta, para além de ouvir, ter interesse nas experiências das famílias, especialmente as mães, que são cuidadoras no domicílio, pois estas irão influenciar suas escolhas. Aliado à escuta, o cuidado fora de casa deve contribuir com a incorporação de conhecimentos científicos ao conhecimento popular.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 119-125, 2004.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n° 466 de 12 de dezembro de

2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **AIDPI - Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: curso e capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade.

2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Cien Saude Colet.**, v. 15, Supl. 1, p. 1497-1508, 2010.

JACQUEMOT, A. C. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENDES, P. S.; RIBEIRO, J. R. H. C.; MENDES, C. M. Temporal trends of overall mortality and hospital morbidity due to diarrheal disease in Brazilian children younger than 5 years from 2000 to 2010. **J Pediatr (Rio J)**, v. 89, p. 315-325, 2013.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 492-6, 2006.

RATI, R. M. S. et al. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Cien Saude Colet.**, v. 18, n. 12, p. 3663-3672, 2013.

RODRIGUES, F. E. et al. Pneumonia mortality in Brazilian children aged 4 years and younger. **J Pediatr (Rio J)**, v. 87, p. 111-114, 2011.

ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimentos especiais à Universidade de Fortaleza e à Universidade Estadual do Ceará pelo incentivo e oportunidade.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: REVISÃO INTEGRATIVA

**Cristina Paloma Guerra da Silva<sup>1\*</sup>, Aparecida Oliveira De Menezes<sup>2</sup>, Marjorie Rodrigues Paula<sup>3</sup>, Daniela Queiroz Pires<sup>4</sup>, Verydianna Frota Carneiro<sup>5</sup>, Rithianne Frota Carneiro<sup>6</sup>.**

*1 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Coordenadora da UAPS Virgílio Távora. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*6 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Docente na Faculdade Nordeste- FANOR, Fortaleza-Ceará-Brasil. rithiannefrota01@hotmail.com*

E-mail: cristinapalomag@hotmail.com

Palavras-chave: Insuficiência renal. Hemodiálise. Cuidados de enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) assumiu, nos últimos anos, o status de problema de saúde pública devido à elevação de sua prevalência entre a população mundial e ao seu impacto na morbimortalidade nos indivíduos acometidos. Resultado, sobretudo, da crescente epidemia dos fatores de risco cardiovasculares, a doença renal crônica implica em hospitalizações frequentes e em elevado custo socioeconômico (JAAR *et al*, 2008).

Em 2011, existiam 91.314 indivíduos em tratamento dialítico no Brasil, o correspondente à prevalência de 475 por milhão da população (SESSO *et al*, 2011).

Sua prevalência é estimada entre 1,5% a 43,3% (MATSUSHITA *et al*, 2010) e sua presença tem sido associada à maior morbidade e mortalidade cardiovascular (NITSCH *et al*, 2013). Em seu estágio terminal (filtração glomerular < 15 mL/min/1,73m<sup>2</sup>) tem como terapia renal substitutiva (TRS) a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (SESSO; JAMES *et al*, 2013).

No Brasil segundo o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), de 2004 a 2012, houve um aumento da prevalência de 59.153 usuários em programas de diálise para 91.314, para o ano de 2017, foi estimado que ocorra um aumento de 24,8% no período, alcançando 148.315 pacientes no último ano. Segundo o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2014).

A insuficiência renal crônica (IRC) é a fase mais avançada da DRC, caracterizada pela perda progressiva e irreversível das múltiplas funções do rim, que gera alterações nos diversos sistemas do organismo. Tal perda progressiva contribui para o fracasso da capacidade do corpo em manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos, resultando na retenção de ureia e outros resíduos nitrogenados no sangue (SMELTZER & BARE, 2009).

Segundo Levey (2007), para compreender a DRC, importante epidemia deste século, é necessário integrá-la à abordagem das doenças crônicas como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o aumento global da expectativa de vida da população. A maioria dos portadores de DRC vai a óbito por doença cardiovascular ou para uma das modalidades de terapias renais substitutivas, como a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal.

Bakris (2003) afirma que no seu estudo ressaltou que os principais fatores de risco aos quais se tem atribuído a crescente prevalência da doença renal crônica no mundo são: aumento da expectativa de vida, o DM e a HAS.

O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos pacientes com IRC com base na literatura pertinente.

### METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de estudo exploratório, do tipo revisão integrativa de literatura. Este método de revisão integrativa, segundo Ercole, Melo e Alcoforado (2014), é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente.

Foi realizado um levantamento dos artigos através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Foram utilizados para a seleção dos artigos, descritores cadastrados no portal de descritores em ciências da saúde (DECS) da biblioteca virtual em saúde (BVS) tais como. Insuficiência Renal Crônica, Hemodiálise e Cuidados de Enfermagem.

Foram adotados como critérios de inclusão dos estudos para esta revisão integrativa: trabalhos na íntegra publicados em periódicos nacionais, escritos em português que abordassem a temática. Foi escolhido o período de 10 anos (2007 a 2016) para seleção dos artigos, sendo estes desenvolvidos por profissionais da saúde e indexados pelos descritores: Insuficiência Renal; Hemodialise; Cuidados De Enfermagem.

Como critérios de exclusão destacam-se os artigos que não foram adquiridos na íntegra, publicados em língua estrangeira, realizados por outros profissionais que não sejam da área da saúde e por fim os artigos que não estejam dentro do período estabelecido.

A busca foi realizada pelo acesso online e, utilizando os critérios de inclusão, a amostra final desta revisão integrativa foi de 12 artigos.

Na base de dados SCIELO, o cruzamento ocorreu através da associação entre os descritores Insuficiência Renal, Hemodiálise e Cuidados de Enfermagem no qual resultou em um total de 18 artigos encontrados, onde se selecionaram 06.

Na base de dados LILACS, o cruzamento ocorreu entre os descritores, Insuficiência Renal, Hemodiálise e Cuidados De Enfermagem onde foram encontrados um total de 70 artigos, onde 07 foram selecionados.

Alguns artigos foram excluídos da pesquisa, pois não foi possível acessá-los na íntegra, outros se apresentavam em mais de uma base de dados e alguns artigos não estavam de acordo com o conteúdo de interesse desta pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os artigos, foi possível observar que o maior campo de interesse pelo tema envolve as áreas da enfermagem e psicologia e refletindo que a insuficiência renal crônica, seus conflitos internos e insatisfações pessoais com doença e a falta de assistência e informações podem estar fortemente associados com os abandonos de tratamento.

Os artigos foram selecionados e analisados para a revisão na base de dados LILACS e SCIELO tiveram um número de publicações equivalente, abordando o papel do enfermeiro na prevenção da doença renal crônica e os cuidados com as principais complicações que ocorre durante a hemodiálise. Esse fato se dá, pelo fato dessas bases de dados serem as mais importantes e abrangentes, contendo um maior número de publicações.

No contexto dos objetivos dos estudos, os mesmos buscam compreender os fatores associados a qualidade de vida e os cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico, vivência com a doença no cotidiano, e a relação da família em relação a doença.

Em relação à metodologia abordada, a preferência é pelos estudos originais, descritivos de caráter qualitativo, onde após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para posterior determinação de efeitos resultantes; aparecem também, estudos retrospectivos, estudo transversal e revisões bibliográficas, o que visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno.

Nota-se que, embora a pesquisa científica na área da saúde tenha se desenvolvido muito nos últimos anos, ainda há um déficit em número de pesquisas exploratórias, de cunho quantitativo, que são aquelas que trazem evidências científicas mais irrefutáveis, que trazem subsídios técnico-científicos para a adoção de novas práticas nos estabelecimentos de saúde.

Em relação aos resultados, neste estudo, optou-se por dividi-los em categorias, nas quais atuação e contribuições da equipe de enfermagem frente a paciente com insuficiência renal crônica.

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Dos artigos trabalhos utilizados no presente estudo, todos sinalizam quanto a importância da atuação educativa do enfermeiro, bem como apresentam ferramentas que visam auxiliar o trabalho deste profissional nos cuidados e assistência aos pacientes em tratamento hemodialítico.

A qualidade do tratamento dialítico é influenciada pelo desempenho da equipe de enfermagem. Diante disso, as intervenções de enfermagem direcionadas aos diferentes acontecimentos com o paciente em hemodiálise e a educação permanente da equipe, são fatores que podem proporcionar uma melhor qualidade do cuidado de enfermagem e diminuir os índices de intercorrências durante o tratamento (FREITAS; MENDONÇA, 2016).

O enfermeiro deve reconhecer o paciente não como agente passivo receptor de cuidados, mas sim, o agente do seu autocuidado, conhecendo seu tratamento e dele participando, envolvido no desenvolvimento do seu plano de cuidados (SANTANA *et al.*, 2013).

Segundo os estudos de (SANTANA *et al.*, 2013), as queixas mais frequentes em pacientes submetidos à hemodiálise são: dores e náuseas, tendo causas diversas. Os autores reforçam que essas alterações podem ser potencializadas por modificações súbitas no equilíbrio hidroeletrólítico, que podem desencadear hipotensão e síndrome do desequilíbrio.

Pacientes submetidos à diálise demonstram palavras negativas, medo da dependência econômica e da mudança visual de si próprio. Mas, eles também sabem que o tratamento possibilita a espera pelo transplante renal, gerando, assim, esperança em melhorar sua vida. As várias mudanças do tratamento mudam toda a rotina diária do paciente e família (NOLETO *et al.*, 2015).

A equipe de enfermagem deve fazer a integração dos pacientes e dos familiares, pois apesar de ter tido enfoque que as complicações ocorrem durante a sessão de hemodiálise, muitos pacientes chegam em casa com alguns sintomas, sentindo-se debilitados, por isso a importância de agregar a família neste aprendizado para que tenham subsídios e consigam dar o apoio necessário para os pacientes dialíticos (SANTANA *et al.*, 2013).

#### PERFIL EPIDEMIOLÓGICOS DOS PACIENTES COM IRC

A presença e a influência da doença, a inevitabilidade de um tratamento longo, as limitações físicas e sociais, causam transformações na vida dos doentes em várias dimensões e que produz sentimento de tristeza, angústia, revolta, medo.

Segundo os profissionais da saúde, os avanços tecnológicos e terapêuticos dos tratamentos da DRC contribuíram para melhorar a qualidade de vida e o aumento da sobrevivência das pessoas com esta condição crônica (MARTINEZ *et al.*, 2015).

Grande parte dos estudos sobre o perfil do paciente no que se refere ao gênero, 57,7% das pessoas que fazem o tratamento hemodialítico são do sexo masculino, como aponta os resultados do Censo 2004 (MELO *et al.*, 2014).

De acordo com estudo de Bertolin *et al.* (2015) as pessoas que referiram ter um companheiro tiveram os escores médios mais elevados para os fatores confronto, afastamento e suporte social que as pessoas que referiram não ter companheiro. As pessoas que referiram morar com familiares apresentaram escores médios mais elevados para quase todos os fatores, exceto nos fatores resolução de problemas e reavaliação positiva, que as pessoas que referiram morar sozinhas.

O diagnóstico tardio e a visita tardia ao nefrologista, revela que 25,8% dos médicos do nível primário de saúde não encaminham pacientes com casos característicos de redução avançada da taxa da função renal, ao serviço especializado de nefrologia (TORCHI *et al.*, 2014)

Com base nos artigos estudados podemos perceber a prevalência de hipertensão arterial e diabetes nos pacientes que realizam hemodiálise.

Todos os artigos deste estudo, evidenciaram o perfil epidemiológico e comprometimento da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise. Os estudos demonstraram que os domínios voltados para o aspecto físico foram os que receberam porcentagem mais baixos. Isso se deve ao fato da doença interferir nas atividades diárias, no trabalho, na vida pessoal. Domínios que também apresentaram valores baixos foram os relacionados aos efeitos da doença renal, satisfação do paciente, saúde em geral e papel profissional.

## CONCLUSÃO

Neste estudo constatou-se que as pessoas com doença renal crônica apresentaram muitas demandas de atenção, em relação ao autocuidado de forma bastante abrangentes.

Faz-se necessário que essas necessidades individuais sejam trabalhadas com os pacientes através de programas de educação, utilizando-se de todas as ferramentas necessárias, contando com uma equipe multidisciplinar e tendo o enfermeiro com grande e/ou principal agente facilitador.

A maioria dos artigos qualitativo e quantitativo pesquisados aponta que o enfermeiro desempenha um papel importante na educação terapêutica do paciente, por ser a pessoa que está mais próxima do mesmo, podendo com isso observar e identificar as necessidades individuais e proporcionar a intervenção conveniente.

Outro aspecto verificado foi que o enfermeiro representa um elo com toda a equipe multidisciplinar (médico, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, técnico de enfermagem, etc.), fechando a cadeia de profissionais envolvidos na atenção à essa população. O enfermeiro, durante a realização das sessões de hemodiálise, é fundamental na orientação dos clientes e familiares. Seu apoio ao cliente no enfrentamento e tratamento da doença renal crônica contribui para que este adquira competência e habilidades nas ações de autocuidado.

Este estudo oferece subsídios para que o enfermeiro perceba os perfis epidemiológicos dos pacientes e a necessidade de avaliar as demandas individuais de cada paciente em tratamento hemodialítico, direcionando a assistência adequada e individualizada, a fim de promover transformações pertinentes, planejar e implementar intervenções para manutenção e/ou melhoria da assistência prestada, visando prevenir o agravamento da doença, comprometimento da qualidade de vida dos pacientes renais crônicos.

## REFERÊNCIAS

- BAKRIS, G.L. et al. Effects of blood pressure level on progression of diabetic nephropathy: results from the RENAAL study. **Archives of internal medicine**, v. 163, n. 13, p. 1555-1565, 2003.
- BERTOLIN, D.C. et al. Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo. Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p.1-7, 29 nov. 2015.
- ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.
- FREITAS, R.L.S.; MENDONÇA, A.E.O. Cuidados De Enfermagem ao Paciente Renal Crônico Em Hemodiálise. **Revista Cultural e Científica**, São Paulo. Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p.1-14, 06 maio 2016.
- JAAR, B.G. et al. Principles of screening for chronic kidney disease. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 3, n. 2, p. 601-609, 2008.
- JAMES, M. et al. Canadian Society of Nephrology commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. **Am J Kidney Dis**, v. 61, n. 5, p. 673-685, 2013.
- MARTINEZ, R.J.M. et al. Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Florianópolis-sc, v. 12, n. 3, p.1-16, 01 dez. 2014.
- MATSUSHITA, K. et al. Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium: Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: A collaborative meta-analysis. **Lancet**, v. 375, n. 9731, p. 2073-2081, 2010.
- MELO, W.F. et al. Perfil Epidemiológico de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica. **&d-revista Eletrônica da Fainor**, São Paulo. Ribeirão Preto, p.1-15, 04 dez. 2014.
- NITSCH, D. et al. Associations of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with mortality and renal failure by sex: a meta-analysis. 2013.
- NOLETO, L.C. et al. O Papel dos Profissionais de Enfermagem no Cuidado Ao Paciente Em Tratamento Hemodialítico. **Rev Enferm Ufpe**, Recife, v. 5, n. 8, p.1-7, 6 dez. 2015.
- SANTANA, S.S.; FONTENELLE, T.; MAGALHÃES, L.M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Revista Científica do Itpac**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 3, p.1-11, 10 dez. 2013.
- SBN (Sociedade Brasileira de Nefrologia). **Censos – 2015**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>>
- SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo SBN 2011** [acesso 8 set 2016]. Disponível em: [http://www.sbn.org.br/pdf/censo\\_2011\\_publico.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf).
- SESSO, R.C. C. et al. Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. **J. bras. nefrol**, v. 33, n. 4, p. 442- 447, 2011.
- SESSO, R.C.C. et al. Diálise crônica no Brasil-relatório do censo brasileiro de diálise, 2011. **J. bras. nefrol**, v. 34, n. 3, p. 272-277, 2012.
- SMELTZER, S. C. & BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica** (J. E. F. Cruz, Trad., 11a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 2009.
- TORCHI, T.S. et al. Condições clínicas e comportamento de procura de cuidados de saúde pelo paciente renal crônico. **Acta Paulista de Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 8, p.4-7, 26 ago. 2014.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos colaboradores que ajudaram na construção deste trabalho e a orientadora do mesmo que ajudou a chegar nesse conhecimento e sempre incentivando a pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

**Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque<sup>1</sup>, Carolina Inês Nascimento Braga<sup>2</sup>, Cristina de Santiago Viana Falcão<sup>3</sup>, Ticiana Mesquita de Oliveira<sup>4</sup>, Fernanda Jorge Magalhães<sup>5</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim<sup>6</sup>.**

1. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (PPGSC/UNIFOR) e Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas

2. Graduada em Fisioterapia, Universidade de Fortaleza-UNIFOR, Fortaleza-CE. carolbraga2@hotmail.com

3. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), docente e tutora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). cristinasantiago@unifor.br

4. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). ticimesquita@unifor.br

5. Universidade Federal do Ceará/UFC – Doutora em Enfermagem e docente do Curso de Graduação em Enfermagem. fernandajmagalhaes@yahoo.com.br

6. PhD pela Universidade de Rouen, França (CHU-ROUEN), Docente Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (PPGSC/UNIFOR). Coordenadora do Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE/UNIFOR). karlarolim@unifor.br

E-mail: hermelindaanjo@hotmail.com

Palavras-chave: Cárcere, Gestantes, Saúde Coletiva.

### INTRODUÇÃO

O contingente carcerário feminino brasileiro é nitidamente menor do que a população carcerária masculina, entretanto o número de mulheres presas vem aumentando consideravelmente, sendo o tráfico de drogas o crime mais cometido colocando o Brasil na sexta posição mundial, apresentando uma taxa de 18,5 mulheres presidiárias a cada 100 mil habitantes (CUNHA, 2010; INFOPEN, 2014; PIZOLOTTO, 2014;

CANAZARO; ARGINON, 2010).

Diante desse aumento e superlotação das celas, a situação de saúde da população encarcerada é ainda mais preocupante por se tratar de um ambiente insalubre que apresenta problemas relacionados as condições estruturais, à superlotação, ventilação e limpeza, sendo estes problemas comuns nas unidades prisionais brasileiras contribuindo assim para o desenvolvimento de agravos e de doenças infectocontagiosas, traumáticas, crônico-degenerativas, além de transtornos mentais (RIBEIRO, 2013; GUSTIN, 2011).

Quando se refere à gestantes reclusas, a situação é ainda mais preocupante tendo em vista as especificidades ocorridas na gestação. Dentre as modificações destacam-se alterações posturais, diminuição do equilíbrio, falta de ar, cansaço físico, aumento de frequência urinária e edemas decorrentes do crescimento e aumento de peso do neonato (STEPHENSON, 2004).

Visando atender às necessidades específicas das mulheres gestantes, a Lei de Execuções Penais (LEP) estabelece, em seu artigo 83, sendo reformulada pela Lei 11.942 de 28 de maio de 2009, que todos as instituições penais sejam dotados de seções para gestantes e parturientes além de creche para abrigar crianças maiores de (seis) meses e menores de 7 anos, com o objetivo de assistir a criança enquanto a mãe estiver presa (BRASIL, 1984).

No entanto, consoante Galvão (2012), a condição de aprisionamento é considerada inadequada para enfrentar a maternidade frente a tantos problemas que geram circunstâncias negativas tanto a saúde da mãe quanto a do neonato. Ademais, nas unidades prisionais a escassez de assistência à saúde é grave

e preocupante, uma vez que carece de prevenção e a promoção de saúde, embora existam Programas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que buscam viabilizar atenção integral a saúde, assegurando além da assistência, promoção e prevenção de doenças em homens e mulheres adultas sob a tutela do Estado em unidades prisionais no Brasil (CEJIL, 2007; BRASIL, 2004). Diante da necessidade de conhecer a situação de saúde das mulheres gestantes e puérperas reclusas, houve o interesse de traçar o perfil destas mulheres com o objetivo de retratar a condição atual que podem prejudicar ou não, o desenvolvimento gestacional e infantil além da criação de estratégias em saúde que podem contribuir para a qualidade de vida destas participante. O presente artigo torna-se relevante por contribuir com a epidemiologia e descrever a situação de saúde atual de mulheres gestantes e puérperas.



## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, realizada na creche do Instituto Penal Feminino, localizado no município de Aquiraz, Ceará, no período de fevereiro de 2017. Participaram da pesquisa oito mulheres que se encontravam no período gestacional e dez puérperas, totalizando 18 participantes, que estavam instituídas na creche da unidade, cumprindo pena em regime fechado, que foram julgadas ou aguardavam julgamento e em condições físicas e cognitivas para responder aos questionamentos propostos.

Inicialmente as participantes foram comunicadas pela Diretora do presídio quanto a realização da pesquisa que, posteriormente iniciou com o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foram entregues às participantes, questionários contendo questões relacionadas aos dados sociodemográficos quanto ao estado civil, escolaridade, ocupação anterior entre outros e quanto aos dados obstétricos, referentes ao tipo de parto, consumo de drogas ilícitas, infecções sexualmente transmissíveis, entre outros. Os dados obtidos foram armazenados por meio do programa estatístico - Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versão 20.0, apresentados em tabelas, e analisados pelas autoras da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza com parecer número 1.795.383 seguindo critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os aspectos ético legais das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 18 mulheres onde  $n=8$ ; (44,4%) eram gestantes e  $n=10$ ; (55,6%) eram puérperas. A média de idade entre as participantes foi de 23,8 variando entre 19 e 33 anos. A maioria se auto classificou sendo pardas  $n=17$  (94,4%) e solteiras  $n=9$  (50%). No que se refere a escolaridade, todas as participantes eram alfabetizadas, contudo,  $n=5$  (27,8%) afirmaram ter concluído o ensino fundamental completo. Em relação a ocupação anterior,  $n=5$  (27,8%) relataram ter sido costureiras. Os dados corroboram com a pesquisa de Anjos et al., (2013) onde buscou identificar os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino em mulheres reclusas instituídas em uma unidade prisional de Fortaleza-CE, apontando características da sua população em que as mulheres são em sua maioria, jovens, pardas, apresentando baixa escolaridade e de baixo nível socioeconômico.

No que se refere aos dados obstétricos das gestantes e das puérperas, o número de gestações em média foi de 3,33 variando de uma a 6 gestações. Estando de acordo com os resultados aqui apresentados, um estudo realizado com nove mulheres em um complexo penitenciário em Rio Grande do Norte no ano de 2011, que apontou uma média de gestações 3,33 (GALVÃO, 2012).

Foram abordados, também, questões relacionadas a quantidade de partos e abortos, havendo uma média de 2,61 para o número de partos e 0,28 para o número de abortos. Em relação ao tipo de parto das puérperas, prevaleceu o parto vaginal com  $n=10$  (55,6%).

Quanto a assiduidade as consultas pré-natais, 13 (72,2%) das participantes realizaram as consultas;  $n=3$  (16,7%) não responderam e  $n=2$  (11,1%) das participantes afirmaram não ter realizado nenhuma consulta. Estudo realizado por Galvão e Davim (2013) apontou que a maioria das gestantes (77,8%), não realizou nenhuma consulta pré natal e dentre as que participaram a média foi de duas consultas, o que diverge dos resultados supracitados. Dentre as intercorrências, destacou-se a anemia  $n=6$  (33,3%) como alterações comuns na gestação, ressalta-se que as puérperas consideraram sua última gestação.

Quando indagadas sobre o estilo de vida, a maioria -  $n=6$  (33,3%), revelou o consumo de mais um tipo de droga entre estes: álcool, tabaco e drogas ilícitas durante a gestação e após a gestação. Um estudo realizado na creche da Penitenciária Feminina Madre Pelletier, na cidade de Porto Alegre, com 26 mulheres, apontou um dado alarmante, em que as mulheres continuaram a consumir drogas durante a gestação, sendo que  $n=14$  (53,8%) das mães fizeram uso de cigarro;  $n=11$  (42,3%) usaram drogas ilícitas e  $n=8$ ; (30,8%) delas fez uso de álcool (ARMELIM; MELLO; GAUER, 2016).

Em relação a infecções sexualmente transmissíveis (IST), a sífilis torna-se um fator de risco preocupante, representando  $n=4$  (22,2%), mostrando-se um número relevante na população estudada. A prevalência do número de mulheres com sífilis pode estar relacionada com o desconhecimento da transmissão da doença, assim como pode estar relacionada ao não uso ou à adesão irregular ao preservativo. Acerca dos desconfortos físicos, a maioria apresenta dores nas costas  $n=15$  (83,3%), acentuando a dor ao realizar movimentos como levantar,  $n=5$  (27,8%). Um estudo realizado com sete puérperas em Juiz de Fora, revelou que a dor lombar foi o desconforto mais frequente enquanto gestantes (SOUZA; OLIVEIRA, 2013).

**Tabela I** – Dados sociodemográficos das mulheres gestantes e puérperas encarceradas participantes da pesquisa na creche Irmã Marta do Instituto Penal Feminino localizado em Aquiraz-CE, 2017. (n =18)

Variável	%	n
<b>Faixa etária (anos)</b>		
Até 19	5,6	1
Acima de 30	94,4	17
<b>Etnia</b>		
Parda	94,4	17
Branca	5,6	1
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	50,0	9
Casada	22,2	4
União estável	22,2	4
Viúva	5,6	1
<b>Escolaridade</b>		
Ens. fund. incompleto	22,2	4
Ens. fund. completo	27,8	5
Ens. méd. incompleto	22,2	4
Ens. méd. completo	22,2	4
Ens. Superior	5,6	1
<b>Ocupação</b>		
Doméstica	16,7	3
Serviços gerais	11,1	2
Vendedora	11,1	2
Costureira	27,8	5
Não respondeu	16,7	1

**Tabela II** - Dados obstétricos das mulheres gestantes e puérperas encarceradas participantes da pesquisa na creche Irmã Marta do Instituto Penal Feminino localizado em Aquiraz-CE, 2017. (n=18)

Variável	%	n
Gestantes	44,4	8
Puérperas	55,6	10
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	55,6	10
Cesáreo	33,3	6
Não respondeu	11,1	2
<b>Consultas pré- natal</b>		
Sim	72,2	13
Não	11,1	2
Não respondeu	16,7	3
<b>Intercorrências</b>		
Anemia	33,3	6
Infecção urinária	16,7	3
Infecção urinária e anemia	5,6	1
Não tem	44,4	8
<b>Estilo de vida</b>		
Drogas ilícitas	11,1	2
Fuma	5,6	1
Fumou	16,7	3

Mais de uma opção	33,3	6
Não respondeu	33,3	6
<b>IST</b>		
Sífilis	22,2	4
Não tem	77,8	14
<b>Dor nas costas</b>		
Sim	83,3	15
Não	16,7	3

## CONCLUSÃO

A caracterização do perfil das gestantes e puérperas privadas da sua liberdade evidenciou uma população composta por mulheres jovens, de baixo nível educacional e socioeconômico apresentando fatores de risco tais como a sífilis e consumo de drogas durante a gestação. Conhecer o perfil desta torna-se importante para identificar as necessidades e os riscos além de auxiliar os profissionais de saúde a elaborar estratégias em saúde de acordo com a realidade do grupo, melhorando a qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS, S.J.S.B. et al. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66, n.4, p.508-513, 2013. Acesso em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-71672013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-71672013000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- ARAÚJO, A.N.V.; MOURA, L.B.; FERREIRA, E.A.; NETO BISPO, T.C.F. Percepção de mães presidiárias sobre os motivos que dificultam a vivência do binômio. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n.2, p.131-142, 2014. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/785/644>>. Acesso em: 2017 05 mai. 2017. ARMELIN, B.D.F.; MELLO, D.C.; GAUER, G.J.C. Filhos do cárcere: estudo sobre as mães que vivem com seus filhos em regime fechado. **Revista da Graduação**, v.9, n.2, p.1-17, 2016. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/7901/5586>>. Acesso em: 05 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Infopen Mulheres**. 2014. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2d. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_pnssp.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf)>. Acesso Em: 26 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm)>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- CANAZARO, D.; ARGIMON, I.I.L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.26, n.7, p.1323-33. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n7/11.pdf>>. Acesso em: 6 mar 2017.
- CEJIL. Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional. **Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil**. 2007. Disponível em: <[http://www.asbrad.com.br/conteúdo/relatório\\_oea.pdf](http://www.asbrad.com.br/conteúdo/relatório_oea.pdf)>. Acesso em: 22 mai. 2017.
- CUNHA, E.L. Ressocialização: o desafio da educação no sistema prisional feminino. **Cad CEDES** v. 30, n. 81, p.157-78, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/28263>>. Acesso em: 6 mar 2017.
- GALVÃO, M.C.B. Vivência de mulheres em situação de cárcere penitenciário durante o período gestacional. 2012. 101f. [Dissertação]. Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2012. Disponível em: <[http://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14764/1/mayanacbg\\_dissert.pdf](http://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14764/1/mayanacbg_dissert.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- GALVÃO, M.C.B.; DAVIM, R.M.B. Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário, **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n.3, p. 452-459, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33554>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

GUSTIN, E.C. Mulher e saúde na prisão: a realidade nacional. In: **ANAIS...** Encontro Nacional do Encarceramento Feminino; 2011; Brasília, BR. Brasília: Conselho Nacional De Justiça; 2011. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/eventos/encarceramentofeminino/apresentacao.eduardocrossara.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

MINAYO, M.C.S de.; RIBEIRO, A.P. Condições de saúde dos presos do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.21, n.7, p. 2031-2040, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1413-81232016000702031&Lng=En&Nrm=Iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232016000702031&Lng=En&Nrm=Iso)>. Acesso em: 21 jun. 2017.

PÍCOLI, R.P. et al. Gestação e puerpério no cárcere: estudo descritivo da atenção à saúde. **Rev Baiana de Saúde Pública.**, v.38, n.1, p.67-82, 2014. Disponível em: <[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewfile/413/pdf\\_466](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewfile/413/pdf_466)>. Acesso em: 21 jun. 2017. PIZOLOTTO, L.C. **A Lei 11.343/2006 e o aumento de mulheres encarceradas**. 2014. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Departamento de Estudos Jurídicos, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí (RS), 2014. Disponível em: <[http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2553/tcc-encarceramento\\_feminino.pdf?sequence=1](http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2553/tcc-encarceramento_feminino.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

RIBEIRO, S.G. et al. Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Estado Do Ceará. **Texto Contexto-Enferm.**, v.22,n.1, p.13-21, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0104-07072013000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-07072013000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jun. 2017.

SOUZA, C.R.; OLIVEIRA, L. **Da barriga ao coração: o olhar das mulheres sobre as alterações na gravidez, parto e puerpério, e a atuação da fisioterapia [TCC]**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Curso de Fisioterapia, 2013.

STEPHENSON, R.; O'Connor, L.J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetria**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2004.

## Agradecimentos

Agradeço à Universidade de Fortaleza (UNIFOR), ao grupo de pesquisa Núcleo de Pesquisa Tecnologias no Cuidado Materno Infantil (NUPESCTEMI/CNPq/UNIFOR), pelo incentivo e contribuição com o estudo e a pesquisa, às participantes e a Diretora da Unidade pela disponibilidade e por viabilizar a pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA AO PACIENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE COCAÍNA

Juliana Cunha Maia<sup>1</sup>, Leonardo Alexandrino da Silva<sup>2</sup>, Lusiana Moreira de Oliveira<sup>3</sup>, Ingridy da Silva Medeiros<sup>4</sup> Eveline Pinheiro Beserra<sup>5</sup>

1 Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil. [julianacmaia.cunha@gmail.com](mailto:julianacmaia.cunha@gmail.com)

2 Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil. [alexandeinoleo@hotmail.com](mailto:alexandeinoleo@hotmail.com)

3 Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

4 Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

5 Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: [eve\\_pinheiro@yahoo.com](mailto:eve_pinheiro@yahoo.com)

Palavras-chave: Saúde mental. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Promoção da Saúde. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem suas raízes no antigo processo de enfermagem (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011). No que se refere a legislação brasileira sobre a SAE, somente com a Lei nº 7.498 de 1986 se ratificou o Exercício Profissional de Enfermagem, que em seu artigo 8º preconiza que é função do enfermeiro sistematizar, individualizar, administrar e assumir o papel de prestador do cuidado de enfermagem junto à equipe (BRASIL, 1987).

Percebe-se que a SAE torna-se a cada dia fator de grande importância como instrumento de trabalho do profissional enfermeiro, pois a construção do histórico, descrição dos diagnósticos, planejamento de intervenções de enfermagem fornecem perfil das necessidades de cuidados dos clientes sobre o qual é possível organizar intervenções adequadas, além de permitir a elaboração de ações direcionadas para cada tipo de cliente (TRUPPEL et al., 2009). A partir da SAE é possível determinar as deficiências no autocuidado e, posteriormente, definir papéis para contemplar as exigências de autocuidado (GEORGE et al., 2000).

A SAE é atividade privativa do profissional enfermeiro, sendo considerada um instrumento que possibilita a execução de assistência baseada em evidência (BRASIL, 1987; COSTA; PAES, 2012). Além disso, a SAE permite a elaboração de planos de cuidados “personalizados” não apenas para cada tipo de patologia, mas também para cada tipo de ser humano assistido, onde é respeitada a subjetividade trazida por cada indivíduo (COSTA; PAES, 2012).

Diante do exposto, apresento o presente estudo de caso onde a SAE foi implementada em um cliente diagnosticado com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína. Detectou-se os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem propostos pela taxonomia NANDA/NOC/NIC.

Acredita-se que o presente plano assistencial contribuirá positivamente para a melhora das condições de saúde e bem-estar desse cliente, inclusive para cuidar de si mesmo, tendo em vista a adequabilidade do plano terapêutico às demandas do usuário.

### METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, sendo a entrevista semi-estruturada e pesquisa documental as técnicas metodológicas escolhidas, realizado num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) da Secretaria Executiva Regional III (SER III) do município de Fortaleza, estado do Ceará.

A coleta de dados foi conduzida nos meses de novembro e dezembro de 2015, através de informações contidas no prontuário do cliente e observações realizadas durante grupoterapia.

A amostra foi constituída por um cliente adulto, com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína, escolhido aleatoriamente, atendido em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) do município de Fortaleza.

O presente estudo de caso está em cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013a). Atende aos princípios de beneficência e não maleficência ao cliente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

V.P.A., 29 anos, sexo masculino, pardo, brasileiro, solteiro, católico-não participante, artesão desempregado, ensino superior incompleto, natural de Fortaleza-Ceará, residente e domiciliado na cidade de Fortaleza. Mora com mãe e um irmão, em residência própria, de alvenaria, dois cômodos, condições hidrossanitárias e elétricas adequadas, cria 01 cachorro e 08 gatos. Casa apresentou durante visita domiciliária aspecto sujo, telhas quebradas e portão da frente amassado. Vizinhos tem hábito de ouvir/assistir com volume máximo. Renda familiar de R\$ 788,00. Família apresenta dificuldades financeiras o que contribui negativamente na compra de alimentos. Relata que vivia bem, aos quatro anos foi morar no Piauí. Aos 14 anos veio morar em Fortaleza. Relata que por crise financeira, mãe faz tratamento em CAPS Geral. Devido ao uso de drogas, já deixou sua família mais de uma vez para morar com outros usuários. Recentemente, numa recaída vendeu aparelho de som que comprou com salário oriundo de seu último emprego. Iniciou uso de crack aos 19 anos de idade, por influência de amigos, quando trabalhava numa vidraçaria. Quando usa a droga, refere nervosismo. Apresenta alteração de humor e dor abdominal quando não usa crack. Refere inúmeras tentativas de deixar a droga, sendo o tempo máximo de abstinência oito meses. Devido a dependência química, refere ter se envolvido em brigas. Veio ao serviço pela demanda espontânea. Informou trabalhar com arte, gosta de ouvir música, jogar vídeo-game e conversar com amigos, realiza atividades domésticas, tem relacionamento conflituoso com genitora. Atualmente participa de várias atividades do CAPS-AD tendo em vista o medo de ficar ocioso e voltar ao uso frequente de crack. Mora com irmão diagnosticado com esquizofrenia, mãe tem depressão e transtorno de ansiedade. Genitora e irmão são atendidos em um CAPS Geral da cidade de Fortaleza. V.P.A. nega comorbidades clínicas.

Exame do Estado Mental do dia 11.04.2008: V.P.A., sexo masculino, 22 anos. Descrição geral: Bem vestido. Humor e afeto: Triste. Fala: Coerente. Pensamento: Há mais ou menos um ano após crise de seu irmão com esquizofrenia, foi internado no IPC e quis morrer com um tiro. Sensopercepção: Atenção preservada, memória remota e imediata preservadas, orientado em tempo/espaço/pessoa, inteligência preservada, capacidade de julgamento preservada. Hipótese diagnóstica: F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína. Plano terapêutico: Atendimento psiquiátrico e atendimento em grupo (arte- terapia e grupo som saúde).

Atendimento do dia 16.03.2015: Mãe de V.P.A. procurou o CAPS-AD. Estava bastante agitada, ansiosa, preocupada com o comportamento do filho (agressivo, desconfiado, de mentir, e com pesadelo). Não está fazendo uso de medicação. A mesma refere uso de crack e outras drogas do filho e que existe ameaça de morte tanto por parte dele quanto dela em relação a ele.

Atendimento do dia 17.03.2015: V.P.A., sexo masculino, 28 anos. Retornou ao CAPS-AD. Participou do Grupo Bem Estar. Agenda-se consulta médica para hoje mesmo dia 17/03/2015 pois apareceu uma vaga, sendo o caso do mesmo critério de urgência e como o paciente está presente no serviço, foi disponibilizada a vaga. O paciente confirma presença. Reforço seu plano terapêutico singular e a importância da participação. PA 110x80mmHg. Realizado orientações de enfermagem.

Atendimento do dia 17.03.2015: V.P.A., sexo masculino, 28 anos, solteiro, autônomo (artesão) acompanhado por F14- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína. Parou há cinco dias. Paciente usuário deste serviço há cinco anos. Várias tentativas de parar o uso de crack com recaídas. Última há um mês. Faz parte de três grupos deste CAPS-AD. Apresentou prejuízo financeiro e de saúde por conta desta última recaída. Refere que quer parar a um tempo porque sofreu demais. Refere tristeza, falta de ânimo, vontade e prazer nas atividades e insônia. Diz ter feito uso de amitril e diazepam para combater estes sentimentos. Reinicia-se amitriptilina 25mg (0-0-1).

Atendimento do dia 27.03.2015: Mãe de V.P.A. participou do Grupo Encontro, porém no início do grupo a mesma não aceita as colocações de outros integrantes. A mesma se exaltou e deixou o grupo. Assistente social conversou com a mesma fora do grupo. Explicou-se que o paciente não estava atrapalhando e convidada para retornar. Ela recusou e deixou o serviço.

Atendimento do dia 31.03.2015: Realizado contato com mãe de V.P.A. A mesma foi orientada sobre o funcionamento e a dinâmica dos grupos de família e que todos os participantes são acolhidos e todos têm perfil para participar do grupo. A mesma foi orientada que se não se sente à vontade para participar do grupo, pode comparecer ao CAPS-AD para atendimento.

Atendimento do dia 24.08.2015: V.P.A., sexo masculino, 28 anos. Há um mês sem fazer uso de crack, pretende retornar as atividades no CAPS-AD. Atualmente trabalha diariamente, porém com folgas. Faz-se Plano Terapêutico Singular nos grupos Som Saúde e Bem Estar e consulta médica.

Atendimento do dia 17.09.2015: V.P.A., sexo masculino, 28 anos. Esteve no serviço pedindo para preencher seu tempo com mais grupos, pois está passando por problemas familiares e atualmente a espera de convite para trabalhar. Então a ansiedade vem aumentando e refere o medo de recaídas. Orienta-se e informa-se também sobre outros grupos e seus objetivos. Marca-se atendimento psicológico e o mesmo é incluído no Cine CAPS.

Atendimento do dia 15.10.2015: V.P.A. não compareceu ao serviço para atendimento individual e não justificou ausência. Não foi possível realizar contato telefônico porque o telefone do serviço não está funcionando.

Atendimento do dia 20.10.2015: V.P.A., sexo masculino, 29 anos. Usuário de múltiplas drogas (crack é atual). Última recaída há 20 dias. Foi encaminhado ao PROMIL (Curso de Bombeiro Hidráulico). Não relata queixas, solicito encaminhamento odontológico.

Atendimento do dia 20.10.2015: V.P.A., sexo masculino, 29 anos. Foi acolhido e relatou uma demanda social frente sua atual condição financeira, desse modo, contactou-se CRAS da Bela Vista e realizou-se encaminhamento para que o mesmo pudesse ser avaliado, visando participação em programas de transferência de renda e/ou benefícios eventuais.

Atendimento do dia 20.10.2015: V.P.A., sexo masculino, 29 anos. Usou crack há cinco dias. Refere que por causa do uso de amitril 25mg ao dia, apresenta sensação de gosto amargo na boca e certa moleza. Dorme bem quando faz uso de remédio. Recaída há 15 dias. Sente tristeza, desânimo, pensamento pessimista, tem problemas em casa com familiares e financeiros. Diz ter desejo de parar de usar droga, mas não conseguiu diversas vezes. Percebe, porém, que mesmo com recaídas, não usa a mesma quantidade de crack. Conduta: Citalopram 20mg (0-0-1); Amytril 25mg (0-0-1); Alprazolam 1mg (1-0-0).

Atendimento do dia 11.11.2015: V.P.A., sexo masculino, 29 anos. Conversa-se com usuário, notando que ele está emagrecido e triste ultimamente. Relatou vários problemas familiares com a vizinhança. Refere que os problemas financeiros são maiores porque o benefício da mãe está em nome de uma prima, sendo que a mesma não repassa o valor integral. Relata ter feito o uso de crack na semana passada e no final ganhou um prato de comida. Relatou que ontem ele, mãe e irmão passaram o dia somente com pão e leite. Oriento, escuto, no final ele agradece.

Atendimento do dia 16.11.2015: Realizada visita domiciliária. No momento, o usuário estava só em casa, com a televisão em volume máximo e o som da vizinha incomodava de tal modo que a equipe não conseguiu conversar tranquilamente com o usuário. A casa apresentava-se pouco higienizada, telhas quebradas, portão amassado e 01 cachorro e 08 gatos. Não foi possível conversar sobre o benefício que a mãe do usuário recebe, pois, a mesma não estava na oportunidade da visita. Solicitou-se que o mesmo e sua mãe procurassem o CAPS-AD para atendimento com assistente social.

Atendimento do dia 18.11.2015: Mãe de V.P.A. compareceu ao serviço para acolhimento. Na oportunidade, relatou que filho não está tomando medicação e está muito agitado. Segundo a mãe, o mesmo chegou a agradi-la verbalmente e pressionou seu rosto com as mãos. Relata ainda que seu filho fica agressivo e agitado com vizinhos que discutem com mãe.

Exame do Estado Mental do dia 30.11.2015: V.P.A., sexo masculino, 29 anos. Descrição geral: Sentado, calmo, higienizado, penteado, bem vestido, emagrecido. Humor e afeto: Normais. Fala: Coerente. Pensamento: Normais. Sensopercepção: Atenção preservada, memória remota e imediata preservadas, orientado em tempo/espaço/pessoa, inteligência preservada, capacidade de julgamento preservada.

Atendimento do dia 07.12.2015: Mãe de V.P.A. compareceu ao serviço, bastante ansiosa, chorosa. Refere que filho está agressivo, não toma medicação. Afirma que filho é uma pessoa no CAPS-AD e outra completamente diferente em casa. Diz que ele está sem emprego porque rouba os empregadores e vizinhos. Recentemente o filho vendeu o som, DVD, liquidificador, garrafa térmica e baldes da casa. Diz que filho precisa de remédios. Agendado atendimento com V.P.A. para tratar das demandas trazidas pela genitora.

Diante do exposto, foram identificados os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:** Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada com fatores econômicos.

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:** Articular junto ao serviço social possibilidade distribuição de cestas básicas e/ou programas de transferência de renda; Realizar aconselhamento/planejamento nutricional; Referenciar usuário para atendimento nutricional; Analisar necessidade de exames laboratoriais com clínico do CAPS-AD.

**RESULTADOS ESPERADOS:** Assistência quanto a recursos financeiros que contribuirão para aquisição de alimentos e consequente ganho de peso.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:** Processos familiares disfuncionais relacionados com abuso de substâncias e fatores econômicos.

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:** Promover mediação de conflitos; Facilitar resolução de problemas por meio de autorresponsabilização familiar; Reinsere família em grupo-terapia familiar; Solicitar junto ao serviço social informações sobre titularidade de benefício social de mãe de usuário; Promover atividades que corroborem na promoção de integridade familiar e ambiente amistoso; Informar sobre técnicas para controle de impulsos.

**RESULTADOS ESPERADOS:** Modificação do comportamento familiar de forma a melhorar enfrentamento, apoio à tomada de decisões e prevenção do uso de drogas.



**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:** Enfrentamento ineficaz relacionado com nível inadequado de confiança na capacidade de enfrentamento.

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:** Oferecer apoio na tomada de decisões; Facilitar autorresponsabilização por meio de resolução de problemas; Estabelecer metas mútuas; Analisar necessidade de alteração de plano terapêutico atual; Ressaltar importância de apoio espiritual.

**RESULTADOS ESPERADOS:** Melhora do enfrentamento/apoio emocional e redução de ansiedade.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:** Baixa autoestima situacional relacionada com fracassos e fatores econômicos.

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:** Escutar ativamente/terapeuticamente demandas do usuário; Estabelecer plano de vida com usuário; Identificar junto com usuário momentos/tarefas que diminuam ansiedade e propensão ao uso de crack; Inserir usuário em grupos do CAPS-AD que tenham como objetivos resgate/melhora de autoestima; Investigar adesão ao tratamento medicamentoso; Encaminhar usuário para serviço odontológico no intuito de realizar avaliação e verificar possibilidade de aquisição de prótese dentária; Articular junto com serviço social do CAPS-AD encaminhamento do usuário para programas de transferência de renda, capacitação profissional e programas que facilitem empregabilidade

## **CONCLUSÃO**

A SAE no contexto da saúde mental é de extrema importância. Usuários como os do presente estudo, urgem de elaboração de plano de cuidados com que possuam diagnósticos, planejamentos, ações e intervenções de enfermagem.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Decreto-lei nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7498/86 sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1987.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional da Política sobre Drogas. Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília, 2013b.

CAMARGO, P. O.; MARTINS, M. F. D. Os efeitos do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: uma revisão bibliográfica. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 161-169, 2014.

CARLINI, E. A. et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. Revista IMESC, São Paulo, n. 3, p. 9- 35, 2001.

COSTA, L. C.; PAES, G. O. Aplicabilidade dos diagnósticos de enfermagem como subsídios para indicação do cateter central de inserção periférica. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 649-656, Dez. 2012.

CRAIGHEAD, J. E. Pathology of Environmental and Occupational Disease. New York: Mosby, 1995.

DAS, G. Cocaine abuse in North America: a milestone in history. J Clin Pharmacol., n. 33, p. 296-310, 1993.

DOMANICO, A. Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias! Estudo para a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. 2006. 220 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES (UNODC). National plan to fight crack in Brazil will receive U.S. \$ 231 million. UNODC: UNODC, 2010.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES (UNODC). Relatório Mundial sobre Drogas de 2015, o uso de drogas é estável, mas o acesso ao tratamento da dependência e do HIV ainda é baixo. UNODC: UNODC, 2015.

FERREIRA FILHO, O. F. et al. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 751-759, Dez. 2003.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. Rio de Janeiro, 2013.

KESSLER, F; PECHANASKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 30, n. 2, p 96-98, 2008.



NAPPO, A. S. et al. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. São Paulo: CEBRID, 2004.

OMS. WHO Expert Committee on Drug Dependence. WHO: Geneva, 1993.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-8, mar./abr. 2011.

TERRA FILHO, M. et al. Pulmonary alterations in cocaine users. Sao Paulo Med. J., São Paulo, v. 122, n. 1, p. 26-31, Fev. 2004.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. bras. enferm.,

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao corpo docente da disciplina de Saúde Mental da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará à equipe do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) por sempre mostrarem disposição na facilitação do processo de ensino-aprendizado dos discentes.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## GERENCIAMENTO DO CUIDADO AO IDOSO NO DOMICÍLIO.

Ana Renha Guedes Peixoto Costa<sup>1</sup>, Maria Eliana Peixoto Bessa<sup>2</sup>,

*1 Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Doutora em enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem e Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR).*

E-mail: anarenia@hotmail.com

Palavras-chave: Gerenciamento do cuidado. Idoso. Assistência domiciliar. Atenção primária.

### INTRODUÇÃO

Gerir o cuidado é fornecer tecnologias de saúde às pessoas ao longo da vida de acordo com suas necessidades, objetivando segurança, bem-estar e a autonomia de cada indivíduo. (CECÍLIO, 2007 apud BRASIL, 2012). O gerenciamento do cuidado às pessoas em processo de envelhecimento permite: identificar a demanda e o serviço necessário para atendê-la; o planejamento da utilização desse serviço em conjunto com os idosos, familiares e cuidadores; a coordenação da prestação dos serviços; o estabelecimento de uma comunicação eficiente entre todos os envolvidos no processo do cuidado; e a coordenação da qualidade do serviço prestado (BRASIL, 2007).

Na atenção primária, a equipe da Estratégia de Saúde da Família presta assistência às necessidades de cuidado ao idoso durante as visitas domiciliares. O Ministério da Saúde (2007), define a assistência domiciliar como uma modalidade da Atenção Domiciliar onde a equipe deve estar preparada para acolher as necessidades de determinado segmento populacional com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades de vida diárias.

Diante do exposto, observa-se a importância da identificação dos idosos com alterações na função clínica e de funcionalidade, bem como a implementação das ações de gerenciamento do cuidado com vistas a prestar uma assistência de qualidade as pessoas idosas que necessitem de assistência domiciliar. Contudo, esse estudo objetiva identificar quais as estratégias utilizadas para gerenciar o cuidado ao idoso no domicílio na atenção primária a saúde.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma determinada área de estudo. Foram seguidas as etapas para a elaboração de uma revisão integrativa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, definição de informações a serem utilizadas dos estudos selecionados e categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o levantamento das informações, realizou-se a busca por artigos nas bases de dados BVS, PubMed e Medline. Foram utilizados os descritores “Gerenciamento do cuidado”, “Idoso”, “Assistência Domiciliar” e “Atenção Primária” para responder à pergunta norteadora: Quais as estratégias utilizadas para gerenciar o cuidado ao idoso no domicílio na atenção primária a saúde? Os critérios de inclusão foram: artigos que abordassem o gerenciamento do cuidado ao idoso no domicílio, publicados em inglês e português, e disponíveis na íntegra. Foram excluídos os artigos duplicados, teses e dissertações. Foram encontrados 122 artigos, dos quais 44 eram artigos na íntegra que se relacionavam a idosos. Após a leitura do resumo e título de cada artigo para identificar a pertinência da pesquisa com a questão norteadora somente 4 artigos se adequaram aos critérios de inclusão.

Para a caracterização dos estudos selecionados, utilizou-se as seguintes informações: nome do artigo e autores, objetivo do estudo, procedimentos metodológicos, análise dos dados, resultados e discussão, e conclusão. A apresentação e discussão dos resultados foi feita de forma descritiva, a fim de possibilitar a aplicabilidade desta revisão.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos artigos selecionados para a revisão, foi possível identificar que os estudos foram realizados por centros e departamentos de pesquisa de universidades dos seguintes países: País de Gales, Nova York, Ottawa e Baltimore.

O Quadro 1 apresenta algumas informações sobre os artigos incluídos nesta revisão integrativa.

Título do artigo	Periódico	País de publicação	Idioma	Ano
1) A pilot randomised controlled trial of personalised care after treatment for prostate cancer (TOPCAT-P): nurse-led holistic-needs assessment and individualised psychoeducational intervention: study protocol	BMJ OPEN. V.5, n.6, p.1-9, 2015.	Reino Unido	Inglês	2015
2) National Integration of Mental Health Providers in VA Home-Based Primary Care: An Innovative Model for Mental Health Care Delivery With Older Adults	<i>The Gerontologist</i> . v.54, n.5, p.868-79, 2014.	E s t a d o s Unidos	Inglês	2014
3) Telehomecare for patients with multiple chronic illnesses: Pilot study.	College of Family Physicians of Canada, v.54, n.1, p.58-65, 2008.	Canadá	Inglês	2008
4) The Team Approach to Home-Based Primary Care: Restructuring Care to Meet Patient, Program, and System Needs	Journal of the American Geriatrics Society, v. 62, n. 2, p. 358-64, fev. 2015.	E s t a d o s Unidos	Inglês	2015

Quadro 1- Informações dos artigos incluídos na revisão integrativa. Fortaleza. CE. 2017

O quadro 2 apresenta a síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa. Os estudos utilizaram métodos de pesquisa diversos para avaliar a aplicabilidade das ações de gerenciamento de cuidados da população em estudo. Os estudos 1 e 3 utilizaram a técnica da entrevista, além de questionários, registros de atendimento, grupos focais e pesquisa. Enquanto que os estudos 2 e 4 utilizaram-se do preenchimento de inquéritos, além das informações contidas no registro médico eletrônico (estudo 4).

Quadro 2 – Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa. Fortaleza, CE. 2017.

	Objetivo	Metodologia	Resultados	Ações de Gerenciamento do cuidado
Artigo 1	Avaliar a viabilidade e a aceitabilidade de uma intervenção psicoeducativa orientada por enfermeiro, centrada na pessoa, entregue em comunidades ou em instituições de atenção primária.	Ensaio Clínico Randomizado, com a utilização de questionários, registros de atendimento e entrevistas semi-estruturadas.	Os resultados avaliarão os sintomas físicos, o bem-estar psicológico, a confiança na gestão da própria saúde, a qualidade de vida e o uso do serviço de saúde. As entrevistas de feedback com pacientes e clínicos irão ainda informar a aceitabilidade da intervenção. O recrutamento, o desgaste, as taxas de conclusão do questionário e a variabilidade das medidas de resultado serão avaliadas e os resultados irão informar o projeto de um futuro ensaio de fase III e avaliação econômica.	Avaliação das necessidades para explorar sintomas e preocupações, elaboração de um plano de intervenção (baseado em novos instrumentos de avaliação de necessidades e plano de cuidados), ensino de estratégias de gestão adaptadas à pessoa e específicas dos sintomas apresentados. Com o apoio da enfermeira, os pacientes irão considerar quais objetivos e estratégias são atingíveis e relevantes para as suas circunstâncias.

Artigo 2	Examinar a natureza e a extensão em que os processos e práticas de cuidados da saúde mental (MH) foram integrados no atendimento primário domiciliário (HBPC) a nível nacional.	Pesquisa de avaliação de práticas de cuidados de saúde mental (MH) e processos da equipe de atendimento primário domiciliário (HBPC) através da utilização de inquéritos.	Os resultados atuais sugerem que há um papel importante e inovador para os provedores de saúde mental (MH) na entrega do atendimento primário domiciliário (HBPC). Essa prestação de cuidados é claramente distinta de outros modelos de atendimento de MH devido às características do ambiente de atendimento, da prestação de serviços e da população de pacientes mais velhos com condições médicas, sociais e comportamentais complexas e crônicas.	Cuidados abrangentes, interdisciplinares e longitudinais e a elaboração de um plano de cuidados centrado no paciente para atender os objetivos de cuidados do idoso.
Artigo 3	Examinar a viabilidade e a eficácia da integração do monitoramento da saúde em casa em um ambiente de atenção primária.	Método misto com a utilização de entrevistas, grupos focais e pesquisas.	Os resultados experimentais demonstraram que o monitoramento por telecomunicação em uma comunidade familiar de cuidados colaborativos é viável e bem utilizado e pode melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados.	Uso de equipamentos de monitoramento domiciliares ligados aos escritórios de provedores de atenção primária.
Artigo 4	Utilizar de forma mais eficiente todos os membros da equipe de atendimento distribuindo responsabilidades entre a equipe.	Estudo de intervenção que utilizou informações documentadas no registro médico eletrônico e preenchimento de inquéritos.	Um modelo baseado numa equipe de cuidados primários em casa é a melhor maneira de atender às necessidades biomédicas e psicossociais complexas do lar.	Utilização do modelo de cuidados de equipe e realização de visitas domiciliares

O artigo 1 foi realizado com sobreviventes de câncer de próstata diagnosticados num período de 9 a 48 meses e bioquimicamente estáveis que serão acompanhados pela atenção primária. Seguindo a política de saúde no País de Gales, a intervenção é oferecida por um trabalhador chave que irá promover cuidados de saúde e fazer uma avaliação holística das necessidades. Os autores ressaltam a importância da autogestão do cuidado na solução das necessidades complexas dos pacientes com câncer e o papel do enfermeiro na condução da intervenção psicoeducativa. Essa intervenção inclui uma avaliação de necessidades holísticas centrada na pessoa, promove a autogestão de sintomas, é dispensada fora do hospital e inclui como parceiros os pacientes, cuidadores ou familiares próximos, quando necessário.

O artigo 2 aborda a integração de provedores do serviço de saúde mental (MH) com as equipes de cuidados primários baseados em casa (HBPC) para promover o acesso e a qualidade do serviço de saúde mental (MH) para idosos no domicílio. Os autores mostram os benefícios da integração dos cuidados interdisciplinares e domiciliários para idosos com múltiplas condições crônicas, e a importância de investimentos na qualificação das equipes e a inserção de outras categorias profissionais para melhorar a assistência prestada pelas equipes de cuidados primários.

No estudo 3, os autores abordam sobre o uso da tecnologia de tele-saúde (telehomecare) para levar os serviços de saúde aos pacientes em suas casas. Os resultados demonstraram que o telehomecare é viável e tem potencial para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a qualidade dos cuidados de saúde. O estudo também mostrou a utilização do telehomecare como parte integrante de uma prática de cuidados primários. Os benefícios da utilização dessa tecnologia também foram encontrados em outros estudos. Essa tecnologia também pode melhorar o trabalho dos enfermeiros, pois permite uma ampliação dos pacientes atendidos e melhora a prevenção de problemas crônicos.

O estudo 4 aborda a reestruturação de parte de um programa de cuidados de saúde primária acadêmica baseada em médico para um modelo baseado em equipe com o intuito de melhorar a qualidade de atendimento das necessidades do paciente, do programa e do sistema. Os modelos de cuidados baseados em equipe consistem em uma maneira importante de atender às complexas necessidades médicas e psicossociais do lar. O atendimento primário forte com foco na coordenação do cuidado é uma maneira importante de melhorar a qualidade do serviço prestado a pacientes com doença crônica complexa, ao mesmo tempo que limita os custos de seus cuidados. O financiamento adequado do programa pode ser o impedimento mais significativo para a continuidade dos serviços prestados.

## CONCLUSÃO

O estudo mostrou a importância dos serviços de atendimentos primários, a complexidade de ações que podem ser realizadas no âmbito domiciliar, os investimentos em tecnologias que atendam às necessidades cuidados dos idosos, bem como o investimento, qualificação e reestruturação das equipes envolvidas nesse processo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar.** Caderno de Atenção Domiciliar, v.2. Brasília: 2012. 14p.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Caderno de Atenção Básica nº 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192p.

KARLIN, B.E.; KAREL, M.J. National Integration of Mental Health Providers in VA Home-Based Primary Care: An Innovative Model for Mental Health Care Delivery With Older Adults. *The Gerontologist*. EUA, v. 54, n. 2, p. 868-79, out. 2014.

LIDDY, C.; DUSSEAULT, J.J.; DAHROUGE, S.; HOGG, W.; LEMELIN, J.; HUMBERT, J. Telehomecare for patients with multiple chronic illnesses: Pilot study. **College of Family Physicians of Canada**. Canadá, v. 54, n. 1, p. 58-65, jan. 2008.

RECKREY, J.M.; SORIANO, T.A.; HERNANDEZ, C.R.; DECHERRIE, L.V.; CHAVEZ, S.; ZHANG, M.;

ORNSTEIN, K. The Team Approach to Home-Based Primary Care: Restructuring Care to Meet Patient, Program, and System Needs. **Journal of the American Geriatrics Society**. EUA, v. 62, n. 2, p. 358-64, fev. 2015.

STANCIU, M.A.; MORRIS, C.; MAKIN, M.; WATSON, E.; BULGER, J.; EVANS, R.; HISCOCK, J.; HOARE, Z.; EDWARDS, R.T.; NEAL, R.D.; WILKINSON, C. A pilot randomised controlled trial of personalised care after treatment for prostate cancer (TOPCAT-P): nurse-led holistic-needs assessment and individualised psychoeducational intervention: study protocol. **BMJ OPEN**, Reino Unido, V. 5, n. 6, p. 1-9, jun. 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo carinho e compreensão.

A professora Maria Eliana Peixoto Bessa pela paciência, compreensão e orientação acadêmica.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ESTRATÉGIA EDUCATIVA SOBRE HIGIENE ÍNTIMA E VULVOVAGINITES PARA MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

Mariana da Silva Diógenes<sup>1</sup>, Thaís Aquino Carneiro<sup>2</sup>, Natalha Nayane de Oliveira Pinheiro<sup>3</sup>, Athila Wesley Lima Lacerda<sup>4</sup>, Luciana Senarga Martins<sup>5</sup>, Keithyanne Marinho Sabóia<sup>5</sup>

1. Enfermeira. Residente Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil. Enfermeira.

2. Residente Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

3. Farmacêuticos. Residentes Multiprofissionais em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

4. Assistente Social. Residente Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

5. Nutricionista. Residente Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: maridiogenes\_ufc@hotmail.com

Palavras-chave: Candidíase. Educação em saúde. Vulvovaginite.

### INTRODUÇÃO

Na saúde da mulher, a importância da higiene íntima se destaca para além dos cuidados de higiene comuns relacionados às demais partes do corpo, devido à complexa anatomia genital feminina. Segundo Giraldo *et al* (2013), a genitália feminina é composta de pele, semimucosa e mucosa, sendo subdividida em genitália interna e externa. Na sua composição há também a presença de glândulas sudoríparas e sebáceas que, associadas ao resíduo orgânico, podem ser sede de infecções ou de alterações que promovem odores, corrimento indesejado e prurido. Ainda, o excesso de peles e dobras nessa região, junto a eventuais resíduos fecais, menstruais e de urina tornam a região íntima feminina um local de bastante acúmulo de secreção e de difícil asseio, favorecendo o desenvolvimento de infecções urinárias e do trato reprodutivo. (BARDIN, 2014).

Além dessas particularidades, o genital feminino apresenta características próprias como o pH ácido (3,8 a 4,2). Os lactobacilos, representantes da flora vaginal normal, formam um biofilme revestindo toda a mucosa e produzem substâncias que mantêm o pH vaginal adequado, inibindo o crescimento de bactérias patogênicas e estimulando o sistema de defesa vaginal. As alterações do pH não somente ocasionam irritações como favorecem a colonização bacteriana. (CRONEMBERGER, PAULA, MEIRELLES; 2015).

Conforme o Ministério da Saúde (2015), um dos sinais comumente observados em casos de infecção do trato genital feminino é o corrimento vaginal acompanhado de prurido, irritação local e/ou alteração de odor, o que se configura como uma síndrome comum, que ocorre principalmente nas mulheres em idade reprodutiva. Dentre as patologias que acometem o público feminino, destacam-se aquelas denominadas genericamente de vulvovaginites, as quais são caracterizadas por um processo infeccioso e/ou inflamatório vulvovaginal e causadas principalmente por bactérias, fungos ou vírus. (MORAIS *et al*, 2014)

De acordo com o Ministério da Saúde, vulvovaginite é toda manifestação inflamatória e/ou infecciosa do trato genital feminino inferior, sendo uma das causas mais comuns de corrimento vaginal patológico e responsável por inúmeras consultas aos ginecologistas. (MORAIS *et al*, 2014)

Entre as vulvovaginites encontra-se a candidíase vulvovaginal, a qual configura-se como infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e digestiva. Os sinais e sintomas podem se apresentar isolados ou associados, e entre eles encontram-se: prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável), disúria, corrimento branco, grumoso, com aspecto caseoso e hiperemia. (BRASIL, 2015)

Já a vaginose bacteriana caracteriza-se por um desequilíbrio da microbiota vaginal normal, com diminuição acentuada ou desaparecimento de lactobacilos acidófilos e aumento de bactérias anaeróbias. Os sinais e sintomas incluem: corrimento vaginal fétido, mais acentuado após a relação sexual sem o uso do preservativo, e durante o período menstrual; corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso e dor à relação sexual. (BRASIL, 2015)

Ainda mais importante que o controle dessas infecções é a sua prevenção, a qual se dá prioritariamente por meio de estratégias focadas na educação em saúde. Dentro desse contexto, a oficina educativa apresenta-se como uma estratégia que pode ser desenvolvida pelos profissionais da saúde, com o objetivo de auxiliar a compreensão do público alvo através da abordagem de temáticas, ainda não compreendidas plenamente por estes, de forma dinâmica e interativa, possibilitando, por conseguinte, a promoção da saúde. O trabalho em grupo, na forma de oficinas ou por meio de outras ferramentas educativas, possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe

entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam a saúde. (LACERDA et al., 2013).

## METODOLOGIA

Estudo do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizado por meio de estratégia de oficina educativa desenvolvida com mulheres na sala de espera do ambulatório de mastologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) em Fortaleza/CE. A atividade foi realizada por meio da disciplina de Práticas Interdisciplinares em Saúde no período de maio de 2017 e contou com a participação das pacientes que aguardavam atendimento e dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Ênfase de Assistência à Saúde da Mulher e da Criança.

Os facilitadores compõem uma equipe multiprofissional e interdisciplinar formada por dois farmacêuticos, duas enfermeiras, uma assistente social e uma nutricionista, os quais trabalham em conjunto visando um atendimento holístico do público alvo. No primeiro momento, os residentes buscaram o serviço ambulatorial de mastologia e se reuniram com a enfermeira responsável por organizar a dinâmica do setor, para investigar o perfil do público a ser trabalhado, definir o melhor dia da semana, horário, temática a ser abordada e atividade a ser desenvolvida. Durante a reunião, temas diversos foram sugeridos pelos facilitadores, sendo o de higiene íntima e vulvovaginites o escolhido pela enfermeira, alegando ser um tema que embora simples, ainda é desconhecido por muitas pacientes.

Posteriormente, o plano de atividades foi apresentado aos demais residentes e preceptores de forma expositiva e dialogada, visando uma avaliação pelo grupo acerca do tema e atividade de intervenção escolhidos. A atividade ocorreu em uma quarta-feira no intervalo entre a entrega de senhas e o atendimento clínico propriamente dito das pacientes pela equipe médica e de enfermagem, tendo um tempo médio de duração de 30 minutos.

Na atividade, a dinâmica utilizada foi a de mitos e verdades. As pacientes foram divididas em grupos e a cada um foi entregue uma placa contendo o nome “mito” na frente e “verdade” no verso. Em seguida, a equipe de residentes liam outras placas com os questionamentos mais frequentes do público feminino, em forma de afirmativas, como: “Dormir sem calcinha previne infecções vaginais”, “A calcinha lavada durante o banho pode ficar secando no banheiro, sem que haja proliferação de bactérias”, “A forma correta de limpar a região íntima é de frente para trás”, entre outras. Após a leitura de cada afirmativa, foi aberto um curto espaço de discussão entre as pacientes para que elas entrassem em consenso quanto à resposta. Independentemente da argumentação das participantes estar correta ou não, os residentes explicaram acerca de cada afirmativa, e abriram um momento descontraído para as mulheres sanarem suas dúvidas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da ação educativa 38 pacientes com faixa etária entre 25 e 60 anos. O público, no decorrer de toda a atividade, mostrou-se interessado pelo tema contemplado, participativo e colaborativo. Diversas perguntas foram indagadas, permitindo que as pacientes refletissem sobre o assunto e colocassem em questão suas dúvidas e opiniões, além de permitir a troca de ideias e conhecimento entre o grupo.

A partir da sessão educativa foi possível observar o nível de conhecimento das mulheres sobre o assunto discutido. Com objetivo de compreender como as participantes realizavam a higiene íntima e o conhecimento que elas tinham acerca da candidíase e vaginose bacteriana, implementou-se uma oficina de mitos e verdades sobre estes hábitos e patologias. Foram contempladas doze questões na dinâmica, seis delas tiveram maior impacto durante a atividade e serão discutidas detalhadamente logo abaixo.

**“O uso de protetores íntimos pode favorecer o surgimento de infecções vaginais”.** Muitas participantes concordaram com a afirmativa, no entanto não souberam explicar o porquê e alegaram que ainda assim fazem uso diário desse produto porque se sentem mais seguras e com uma sensação maior de limpeza na região íntima no decorrer do dia.

No estudo realizado por Bardin (2014), foi encontrada maior incidência de candidíase vulvovaginal em mulheres que utilizavam forros de calcinha no período intermenstrual quando comparadas às mulheres que não os utilizavam, pois o uso ininterrupto de absorventes não respiráveis pode promover o crescimento de *Candida* ou alterar o mecanismo natural de proteção da mucosa vaginal, permitindo a invasão de leveduras e consequente inflamação.

O guia prático de condutas sobre a higiene feminina (2013), afirma que em casos onde há muita transpiração, perda de urina ou de transudato vaginal excessivo, o uso de absorventes externos respiráveis pode ser uma boa indicação para diminuir a umidade local, no entanto, esse deve ser trocado periodicamente em, no máximo, 4 horas de intervalo.

**“O sabonete íntimo é mais indicado para realizar a limpeza da área genital feminina do que o sabonete comum”.** Grande parte do grupo concordou com a afirmativa. Entre as não concordantes, uma alegou que o sabonete íntimo deixava a sua região genital mais sensível e que apresentava coceira e vermelhidão na região vulvar após o uso. As integrantes afirmaram utilizar esse sabonete específico para realizar a limpeza da genitália porque era o mais indicado pelas mídias sociais, no entanto, desconheciam a relação do uso do sabonete íntimo com a manutenção do pH vaginal, por exemplo.

Schalka et al (2013) afirma que a lavagem apenas com água não é suficiente para a limpeza da região genital feminina e, por outro lado, os sabonetes comuns são alcalinos e mais agressivos para a pele delicada da região íntima. Segundo recomendações recentes, indica-se a utilização de produtos específicos para a região genital, que sejam hipoalergênicos com detergência suave e pH ácido.

Durante a atividade, foi explanado pelos facilitadores a forma correta de utilização dos sabonetes íntimos, a qual corroborou com a literatura atual, que afirma que os sabonetes líquidos específicos para higiene da genitália feminina não têm indicação de uso interno na forma de duchas vaginais, pois podem interferir na flora fisiológica. Também não são indicados para tratar infecções ou inflamações genitais, atuando exclusivamente na higiene feminina e manutenção do pH vulvo-vaginal ácido. (BEZERRA et al, 2016)

**“O uso rotineiro de lenços umedecidos é contra-indicado”.** As pacientes discordaram da assertiva, enfatizando a importância do uso dos lenços umedecidos, especialmente para realização da higiene íntima fora de casa, e afirmaram que estes podem ser usados sem discriminação.

Conforme o Guia Prático de Condutas Sobre Higiene íntima (2013), os lenços umedecidos têm pH na faixa de 5 a 6, sendo úteis em algumas situações (higiene fora de casa, uso de sanitários públicos). O seu uso não deve ser abusivo pelo risco de poderem remover o filme lipídico da pele. Sua aplicação deve ser muito suave, visto que eles também podem ser sensibilizantes, pelas substâncias que contêm. Apesar de sua popularidade, o uso rotineiro na genitália feminina pode trazer consequências indesejadas, uma vez que podem promover ressecamento e diminuição da acidez da pele vulvar e região adjacente.

**“Roupas justas favorecem a proliferação de fungos e bactérias na vagina” ; “Calcinhas de renda e algodão são mais apropriadas que as de tecidos sintéticos, como a lycra”.** Quanto à primeira afirmativa, a maior parte das participantes asseguraram não haver relação entre o tipo de roupa e o surgimento de candidíase e vaginose. Em contrapartida, todas concordaram que a calcinha de renda e algodão deve ser a de escolha, pois permite que a região íntima fique menos abafada.

Estudos mostram que atualmente, as tradicionais saias e vestidos foram substituídos por calças jeans, assim como as calcinhas de algodão cederam lugar aos tecidos sintéticos, comprometendo a ventilação dos genitais externos, e que assim como os absorventes, a vestimenta pode promover alteração da flora microbiana do genital devido à umidade e à variação da temperatura, alterando o ecossistema genital e causando irritação, alergia ou corrimento indesejável. (GIRALDO et al, 2013)

**“Candidíase e vaginose bacteriana são nomes dados para a mesma doença e são classificadas como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)».** Quase totalidade do grupo concordou com a afirmação e ficaram receosas em discutir sobre o assunto por acharem que tais doenças eram transmitidas pela relação sexual.

Conforme o Ministério da Saúde, termo Infecções do Trato Reprodutivo (ITR) é utilizado para descrever infecções endógenas como a candidíase vulvovaginal, causada por fungos comensais, e a vaginose bacteriana, decorrente do desaparecimento de lactobacilos acidófilos e aumento de bactérias anaeróbias na microbiota vaginal; infecções iatrogênicas e infecções sexualmente transmissíveis, como a tricomoníase. Todos os casos de corrimento vaginal são considerados como ITR e entre elas, somente a tricomoníase é considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). (BRASIL, 2015)

## CONCLUSÃO

A higiene íntima feminina é um dos assuntos que embora permeie a rotina das mulheres, ainda não está completamente compreendido por elas, o que gera dúvidas acerca de quais cuidados são os mais adequados e como eles devem ser realizados. Esse achado muitas vezes encontra-se associado ao fato dessa temática ainda ser pouco abordada com as mulheres usuárias do sistema de saúde, as quais muitas vezes são olhadas de forma integral pelos profissionais da área apenas no decorrer do ciclo gravídico puerperal.

A partir da realização dessa atividade educativa, pôde-se observar o desconhecimento por parte das mulheres em relação a algumas questões ligadas ao seu próprio corpo, em especial ao seu cuidado íntimo, o que pode ser reflexo de uma ideia errônea repassada de geração a geração de que não é apropriado que as mulheres tenham conhecimento e autonomia sobre seu corpo. Os questionamentos mais frequentes relacionados à temática foram de encontro aos que foram abordados pelos residentes multiprofissionais no decorrer da atividade.



Quanto às infecções genitais abordadas, notou-se que o conhecimento prévio das participantes era ainda mais deficiente, visto que elas não souberam relatar sinais e sintomas de cada uma, nem métodos de prevenção e tratamento. Além disso, não conseguiram diferenciar ITR de IST, conseqüentemente não sabendo em qual categoria se enquadrava as patologias referidas. Por não saberem fazer essa distinção, muitas pacientes apontaram a relação sexual como causa principal de transmissão das duas doenças e essa associação realizada equivocadamente entre as vulvovaginites e as práticas sexuais acaba gerando nas pacientes um receio e constrangimento de falar do assunto com os profissionais de saúde, tornando a detecção e o tratamento da doença mais difíceis.

Diante do exposto, fica evidente a necessidade da quebra de tabus e paradigmas quanto à sexualidade feminina dentro dos serviços de saúde, evitando assim o surgimento de patologias decorrentes de uma simples higiene íntima mal realizada por falta de conhecimento prévio. Essa meta pode ser alcançada por meio da implantação de atividades educativas que favoreçam a participação ativa do público nos diversos cenários da saúde, como salas de esperas, ambulatorios, consultórios, entre outros, tendo como objetivo primordial o esclarecimento de todas as dúvidas dos participantes. Após a ação educativa, identificou-se a aquisição de conhecimento amplo pelas participantes e expressões que indicaram o desejo de mudança, fato bastante positivo, visto que o profissional sozinho não é agente de mudança, pois para modificar paradigmas e tradições, em especial na área da saúde, é necessário o estabelecimento de uma parceria saudável entre a equipe profissional e o paciente, onde este se tornará agente ativo do seu processo de saúde e doença e disseminador de práticas saudáveis nos ambientes sociais em que estiver inseridos.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, Marcela Grigol. Higiene e cuidados com a genitália de mulheres com vulvovaginites. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014

BEZERRA, Priscilla Xavier *et al.* Avaliação da Rotulagem e Parâmetros de Qualidade de Sabonetes Íntimos. R bras ci Saúde. v. 20, n.1, p. 51-60, 2016.

CRONEMBERGER, Pedro Rafael; PAULA, Stephânia Carvalho; MEIRELLES, Lyghia Maria Araújo. Análise de sabonetes Líquidos Íntimos. Rev. Saúde em foco, Teresina, v. 2, n. 1, art. 4, p. 49-59, jan./jul. 2015 GIRALDO, Paulo César *et al.* Hábitos e costumes de mulheres universitárias quanto ao uso de roupas íntimas, adornos genitais, depilação e práticas sexuais. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, p. 401-406, Sept. 2013 .

Guia Prático de Condutas Sobre Higiene Genital Feminina. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo, 2009.

LACERDA, Adriana Bender Moreira de *et al.* Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente:

estudo exploratório, Audiol. Commun. Res., São Paulo, v. 18, n. 2, p. 85-92, jun. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília - DF, 2015.

MORAIS, Renata Soares *et al.* Educação em saúde sobre vulvovaginites para mulheres atendidas em um centro de saúde da família. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, v. 27, n. 4, p. 513-517, out./dez., 2014.

SCHALK, Sérgio *et al.* Avaliação comparativa de segurança e eficácia para produtos de higiene íntima em mulheres na menopausa. Rev Bras Med, v.70, n.10, out. 2013.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos residentes da equipe multiprofissional pelo apoio nas atividades educativas e aos profissionais da maternidade pelo espaço aberto à realização das oficinas.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A RELAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COM O PACIENTE

**Cristina Paloma Guerra da Silva<sup>1</sup>, Daniela Queiroz Pires<sup>2</sup>, Greice Gama de Meneses<sup>3</sup>, Marjorie Rodrigues Paula<sup>4</sup>, Priscila Silva Melo<sup>5</sup>, Anna Paula Sousa da Silva<sup>6</sup>**

*1 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade Nordeste- Fanor /Devry Brasil. Fortaleza-Ceará- Brasil.*

E-mail: cristinapalomag@hotmail.com

Palavras-chave: Enfermagem. Humanização. Relação profissional/ família.

### INTRODUÇÃO

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, 2003). A PNH pressupõe, para sua implementação, vários eixos de ação: o das instituições, o da gestão do trabalho, o do financiamento, o da atenção, o da educação permanente, o da informação/comunicação e, finalmente, o da gestão da própria PNH, isto é, o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização. Nessa direção, uma das ações propostas para 2004 é a de instituir uma sistemática de acompanhamento e avaliação da PNH articulada com outros processos de avaliação do Ministério da Saúde (Brasil-MS, 2003).

Para Boemer (2003), com a fragmentação do saber, e o processo acelerado de conhecimento que temos atualmente, o ser humano em sua totalidade passou a ser desassociado dele mesmo, sem o devido cuidado com suas particularidades, culturais, emocionais e espirituais. A patologia passou a ter o papel principal na vida dos profissionais, sendo essa ação refletida diretamente no atendimento prestado ao usuário, geralmente de maneira mecânica e cada vez mais rápida, sem observar as principais queixas do paciente, o que de fato está levando-o à unidade de saúde.

De acordo com Silveira (2005) a singularidade do paciente/ cliente não é enfocada, e toda aquela visão holística que a sistematização da assistência de enfermagem proporciona ao profissional é dissipada, tendo em vista que o doente é tomado como um objeto, e o profissional torna-se insensível à sua subjetividade. Assim, a saúde de cada indivíduo, dos vários grupos sociais e de cada comunidade depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos modelos de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores (Mendes, 1999; Santos e Westphal, 1999).

Boemer (2003) ainda credita que no mundo da saúde, como já comentado, é a racionalidade técnico-científica que vem fundamentando o atendimento, transformando o doente no "objeto" a ser tratado, com o qual o profissional, também objetivado, estabelece relações, muitas vezes estereotipadas e impessoais, sempre justificadas pela busca de proporcionar ao doente bem-estar, equilíbrio e o retorno à normalidade. Assim como os outros autores, percebemos a necessidade e a importância da humanização no cuidado prestado, o que nos fez buscar respaldo teórico, considerando os seguintes pressupostos: interação do profissional com paciente e a família, a afetividade do profissional, a importância do diálogo com o paciente e a família e a empregabilidade da humanização no cotidiano, com essa busca, percebemos como a comunicação sob diferentes formas faz-se importante e favorece a eficácia no tratamento e recuperação do paciente.

Silveira (2005), ainda estende que humanização deve partir de cada profissional, com uma reflexão de que a escolha profissional o leva a uma categoria que tem princípios, como a deontologia, ética e moral, regidos pela mesma, onde o paciente é posto como um ser, igual a todos os outros seja este usuário ou não, e que precisa ser cuidado de forma holística, com respeito e cuidado específico para cada problema por ele apresentado. A relação do profissional como paciente deve ser de vínculo, onde os dois demonstram interesse um pelo outro, pois se não houver esta relação empática nenhum dos dois vai obter êxito durante o processo terapêutico.

Comenta Caponi (2000) que é através do diálogo que podemos enunciar as nossas experiências mais íntimas. Pela palavra trocada com outros, confrontamos nossas crenças com outros pontos de vista, e assim, podemos enunciar nossas dúvidas e medo, buscar atingir certo grau de intangibilidade e capacidade de decisão sobre nossa situação.

A humanização se tornou um assunto tão abordado e necessário para as práticas de saúde, que em 2003 o Ministério da Saúde do Brasil fez a implementação da Política Nacional de Humanização, Humaniza SUS, que tem como objetivos, propagar entre os profissionais, gestores e usuários os princípios da política, fortalecer as iniciativas existentes de humanização, aprimorar e ofertar ações de atenção e de gestão, implementar normas para avaliação e acompanhamento sobre a vivência profissional e coletiva positivas ou não. Para que estas ações entrem em prática o profissional deve ser condições de trabalho favoráveis, como material adequado, segurança, valorização e autonomia de trabalho, com relações profissionais de respeito, para que eles também possam atuar na humanização entre si.

No Brasil, existe um princípio na constituição federal, que diz que todos têm direito a dignidade, que junto com os princípios básicos do SUS, universalidade, equidade e integralidade, formam um sistema capaz de englobar as pessoas deste país, que tem em sua história diferentes culturas, saberes, climas, fatores socioeconômicos. Integrar todos esses setores talvez seja o maior desafio para pôr em prática a humanização dos profissionais e dos usuários.

Resgatar o humano aponta para a constituição de relações solidárias, o que se distingue da compaixão. A esse respeito, fundamenta-se em Nietzsche e Arendt, discorre Caponi (2000) que, no âmbito da assistência, não deveria existir espaço para compaixão ou piedade, pois isto pode reforçar a dependência do paciente, menosprezando sua capacidade de decisão, de ação, de eleição e de diálogo refletido.

Possuímos no Brasil uma proposta de saúde pautada nos princípios como a de equidade, integralidade, universalização, dentre outros que vem se delineando desde a década de 80, vêm exigindo mudanças na política, e também transformações no modo de se relacionar com o paciente no dia a dia. O atendimento em saúde ainda é centralizado em nas técnicas e tarefas, pautado na cientificidade, restringindo o doente somente como um portador de sinais e sintomas e resolver sua patologia.

Entendemos como fundamental, em um processo de interação, o compromisso emocional dos profissionais com aqueles que requerem ajuda, reconhecendo e considerando relevantes suas manifestações de sofrimento, medo, angústia, desespero, entre outros sentimentos. Por meio desse relato, e das entrevistas tornou-se possível a visão de como a humanização por parte dos trabalhadores com os pacientes, se for empregada diariamente traz melhora visível para o doente e na assistência à família.

O objetivo desse relato é focar na relação do profissional enfermeiro com o paciente e de sua família, bem como, a humanização dos próprios trabalhadores, estabelecendo sua importância no contexto de saúde atual, e utilizar dos alicerces teóricos que fundamentam o conceito sobre o homem, e de como repercutem nas ações cotidianas, como enfermeiros. Transformar a relação do profissional com o paciente, implica dizer não apenas executar tarefas racionalmente, mas cumprir essa tarefa de modo que integre não só a competência técnica, mas a sensibilidade.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa em questão, obteve-se a partir de um estudo de caráter descritivo, exploratório e qualitativo. Para isto, foi efetuada uma entrevista com pacientes e enfermeiros na unidade de Clínica Médica e Emergência. Este hospital é referência no atendimento nas especialidades clínica, ginecologia, obstetrícia e pediatria.

Os entrevistados foram: uma enfermeira, uma fisioterapeuta, um paciente internado e um paciente na emergência. Foram escolhidos de acordo com o tempo que já se encontravam na unidade hospitalar, e que estavam lá pela primeira vez buscando atendimento. Não houve escolha para uma idade específica, já que a população atendida é diversificada. Foram aplicadas duas técnicas: observação e entrevista. Produzidos no mês de abril e maio de 2015, com aplicação da entrevista, realizadas de forma individual. O registro foi feito por equipamento eletrônico, transcritos logo após.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com a visão dos acadêmicos de enfermagem, na unidade de atendimento que ficamos, existia apenas uma enfermeira para cerca de vinte pacientes, sendo eles crianças, adultos e idosos. O número de pacientes era muito grande para colocar em prática o cuidado humanizado, através do acolhimento e o próprio suporte. O cuidado holístico, visando a alta, os cuidados que deverão ter ao sair da unidade hospitalar. O número de pacientes é muito grande, pois na unidade só existe um enfermeiro. O restante da equipe é formada por técnicas e auxiliares. Sendo assim, trabalhar o cuidado humanizado nessa área, é complicado, pois por mais que o enfermeiro tente, sempre haverá pacientes que não receberão o atendimento necessário. É preciso que toda a equipe se organize para pôr esse cuidado em prática.

O cotidiano mostra-se como um empecilho para a empregabilidade da humanização, a pouca quantidade de profissionais para os números de leitos, também mostra-se um obstáculo na assistência. A enfermeira chefe ao

qual uma das acadêmicas acompanhou em seu serviço, atestou sua importância na unidade e de comportamento humanizado para com o paciente e sua família, e de sua fácil comunicação e interação com os demais de sua equipe. Outra acadêmica constata a sua dedicação para com os pacientes no simples fato dela selecionar um período em seu serviço e conversar com os pacientes e seus acompanhantes.

Com isso, essa entrevista nos propiciou saber o que realmente esses profissionais pensam, refletem sobre a importância de seu serviço e de sua conduta no cotidiano para com eles. Para os profissionais, o questionário produzido pelas próprias acadêmicas continha as seguintes questões: O que é humanização para você? E quais os empecilhos para que se empregue no dia a dia? Com esse questionário nos possibilitou a compreensão da visão do profissional e sobre o seu ponto de vista da humanização no cuidar. Duas profissionais nos permitiram entrevista-las e identifica-las nesse trabalho. Uma enfermeira e uma fisioterapeuta, sendo que, os pacientes da unidade também permitiram entrevistá-los e identifica-los. Diante de alguns trechos da entrevistada executada, concedida por esses profissionais e pacientes, nos proporcionou uma visão melhor sobre a humanização em si, por essas profissionais que a aplicam no dia a dia, e de como os pacientes são atendidos e sua expressão em relação do cuidado do paciente.

“Quando você fala em humanização à primeira coisa que vem à mente é você olhar para a pessoa com um olhar diferenciado, atendendo as necessidades básicas, afetivas, você vai olhar o paciente como um todo”, trecho retirado da entrevista com a enfermeira, nos atenta em relação à atenção global do paciente, “ Eu não vejo nenhuma, pois já está incutido, já faz parte de mim. As meninas que trabalham comigo vêm que os pacientes me adoram, ligam para mim, hoje mesmo recebi duas ligações de um paciente que recebeu alta .....e melhor coisa pra mim é paciente chegar acamado e ele sair daqui andando, dando tchau e agradecendo a todo mundo ...pra mim é o melhor pagamento”, nos mostra que o obstáculo, o empecilho somos propriamente nós, para esta profissional, a meta é tratar bem e designar um tratamento diferenciado de acordo com a necessidade de cada um. Para a outra profissional de saúde a humanização para ela pode ser vista de acordo com esse trecho retirado se sua entrevista “ Bom humanização pra mim é você tratar o paciente sob vários aspectos....você chegar para o paciente, conversar com os familiares, explicar o que vai fazer, onde você vai fazer, por que muitas vezes vou fazer a fisioterapia e eles não sabem pra que precisa, qual o objetivo disso. Então você explica o porquê de você fazer, os objetivos p/ família e p/ o paciente, para que ambos fiquem cientes para o que está sendo feito...”, a humanização para os profissionais, é também a satisfação e a informação para o paciente sobre o que está sendo feito em seu corpo. Quanto ao que está sendo feito.

## CONCLUSÃO

A humanização em saúde é um dos temas mais atuais quando se fala em cuidado holístico e específico a cada paciente, dessa forma, cabe ao governo, profissionais e a população, trabalhar para garantir que estas ações ocorram de forma eficaz e contínua.

O profissional de saúde, necessita de condições favoráveis de trabalho, segurança, insumos e remuneração digna, o usuário deve ter condições de livre acesso as unidades de saúde, assim como assistência e tratamento de acordo com sua necessidade.

Compreendemos que enquanto acadêmicas e futuras profissionais da saúde, o quão é importante a compreensão da existência humana, na busca por um agir comprometido com o homem em sua integralidade de singularidade. Ficou claro neste estudo que a humanização em saúde e a relação entre profissional e paciente é um conjunto de ações, baseadas no interesse mútuo, que contribui para ambos, como um espelho, quando um promove ações de cuidado o outro retribui da mesma forma.

## REFERÊNCIAS

- BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; FILHO, Wilson D. Lunardi. A humanização hospitalar como Expressão da ética. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf>.
- BESSORA, Jennifer et al.,. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* 2010;12(4):753-60
- BOEMER, Magali Roseira; CORRÊA, Adriana Katia. **Repensando a relação do enfermeiro com o doente; o resgate da singularidade humana.** GONZALES, Rita Francis;
- BRANCO, Rodrigues. **A relação com o paciente: teoria, ensino e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 264- 269.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988. p. 292.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização (PNH): Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, 2003.

CAPONI, S. **Dá Compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, Adriane M. Netto de. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. Ver. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, 14, p. 125- 30, 2005. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a15v14nspe.pdf>

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade**. Estudos Avançados, São Paulo, v.13, n.35, p.71-88, 1999.

SILVEIRA, Rosemary Silva da; LUNARDI, Valéria Lerch; FILHO, Wilson Danilo Lunardi;

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradecemos a Deus, por nos proporcionar mais uma missão. Estendemos nossos agradecimentos a preceptora de estágio de Fundamentos de Semiologia e Semiotécnica Aplicada, Hesly Martins, por nos proporcionar o espaço necessário para que realizássemos nossa pesquisa de campo. A enfermeira Daniela Parente, por sua disponibilidade para conosco e a fisioterapeuta Natale Barros, que apesar do seu cansaço nos assistiu. Agradecer aos colaboradores do trabalho, pela obstinação em efetuar-lo. Agradecer também aos pacientes que nos responderam com toda a atenção tirante de suas limitações. E a nossa orientadora pela disponibilidade e imensa contribuição acadêmica.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SÍFILIS CONGÊNITA O PRÉ-NATAL COMO PREVENÇÃO

Cíntya de Fátima e Souza Oliveira<sup>1</sup>, Heda Caroline Neri de Alencar<sup>2</sup>, Lidiane Marha de Souza Oliveira<sup>2</sup>,  
Jaqueline Guabiraba Forte<sup>2</sup>, Sarah Maria de Sousa Feitoza<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Pós graduanda em Unidade de Terapia Intensiva na Universidade de Fortaleza- UNIFOR

<sup>2</sup> Mestrandas do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação na Enfermagem, UNIFOR, Fortaleza- Ce

<sup>3</sup> Docente do Curso de Enfermagem na Universidade de Fortaleza - UNIFOR

E-mail: Heda.hcna@gmail.com

Palavras-chave: Sífilis congênita. Cuidado pré-natal. Cuidados de enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa provocada pela bactéria *Treponema pallidum*, sua transmissão é predominantemente sexual. A sífilis congênita é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não diagnosticada ou tratada inadequadamente que passa para o feto, por via transplacentária, podendo ser transmitida verticalmente em qualquer período da gestação independente do estágio em que a doença se encontra.

A sífilis é uma patologia de fácil diagnóstico que pode ser plenamente evitada quando há tratamento adequado para a gestante e seu parceiro. Porém ainda é consideravelmente grande a proporção de gestantes acometidas que não são submetidas às ações terapêuticas preconizadas pelo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento em relação ao controle e prevenção da transmissão vertical (MAGALHAES *et al.*, 2013).

No que se refere à taxa de infecção através da transmissão vertical, sabe-se que dentre as inúmeras doenças que podem ser transmitidas no decurso gravídico-puerperal, a sífilis é a que possui as mais elevadas taxas de infecção, com probabilidades de 50% a 100% na sífilis primária e secundária, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia. É possível transmissão direta no canal do parto. Ocorrendo a transmissão da sífilis congênita, cerca de 40% dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal (BRASIL, 2006).

No Brasil em 2008, calculava-se que cerca de 50 mil brasileiras teriam sífilis gestacional (SG) e, considerando a elevada taxa de transmissão vertical (30% a 100%), aproximadamente mais de 15 mil crianças seriam acometidas com a forma congênita. Apesar das altas taxas de incidência obtidas com base nos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), estima-se no Brasil um sub-registro em torno de 67%. 11,14 Estudos realizados em unidades hospitalares têm apontado incidências de SC entre 9,9 e 22/1.000 nascidos vivos (ARAÚJO *et al.*, 2011).

Diante do exposto, pode-se perceber que a problemática da sífilis congênita está ligada intimamente a qualidade insuficiente do pré-natal, além dos obstáculos para o acesso ao serviço de pré-natal enfrentado pelas parturientes.

Portanto, faz-se necessário um comprometimento e capacitação maior dos profissionais de saúde da atenção básica durante acompanhamento pré-natal, principalmente a enfermagem que tem papel fundamental no tratamento das gestantes sífilíticas, buscando oferecer uma assistência humanizada e de qualidade em prol da prevenção da sífilis congênita.

Por ser um grande problema de saúde pública a temática despertou o interesse das autoras em realizar a pesquisa com a seguinte questão norteadora: Qual a importância do pré-natal no combate e prevenção da sífilis congênita? Neste contexto, o objetivo do estudo foi analisar a importância do pré-natal na prevenção e tratamento da sífilis congênita.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica que segundo Almeida (2011), a pesquisa bibliográfica toma como objeto livros e artigos científicos, buscando relações entre conceitos, características e ideias. Dessa maneira, foram feitas referências a trabalhos anteriormente publicados, evidenciando a evolução do assunto.

Utilizaram-se as bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o acesso foi por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A busca ocorreu no período de Agosto de 2015, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): "sífilis congênita", "cuidado pré-natal" e "cuidados em enfermagem".

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos online disponíveis na íntegra produzidos por enfermeiros ou outros profissionais de saúde, que abordassem a temática, publicados a partir do ano 2010 a 2015. Como critérios de exclusão foram estabelecidos artigos de pesquisa bibliográfica e de reflexão, teses, dissertações e artigos repetidos em diferentes bases de dados.

Foram encontrados 22 artigos, destes treze foram excluídos por não se encaixarem nos critérios definidos. Ao final fizeram parte do corpo desse estudo nove artigos. Os dados foram analisados descritivamente à luz da literatura alusiva ao tema.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com ARAUJO (2006) o Ministério da Saúde preconiza que para o rastreamento da sífilis durante o pré-natal deve ser realizados pelo menos dois exames de VDRL na gravidez, sendo o primeiro na primeira consulta que deveria ser realizada no 1º trimestre e outro VDRL no início do 3º trimestre.

O diagnóstico simples e o fácil manejo clínico/terapêutico da sífilis na gestação, faz com que a sífilis seja uma doença considerada de fácil controle, principalmente quando há uma assistência pré-natal de qualidade. Outra grande vantagem diz respeito à detecção precoce da sífilis, na qual as medidas de prevenção da doença são simples e de baixo custo, enquanto o tratamento, principalmente o de crianças, é bastante prolongado e incomodo.

Para fins de vigilância epidemiológica e abordagem sindrômica, o Ministério da Saúde contempla quatro critérios para a definição de sífilis congênita no Brasil. O primeiro destes, engloba qualquer criança, aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou da curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. O segundo critério, inclui menores de 13 anos de idade, que possuam evidências sorológicas tais como: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores que os da mãe. O terceiro critério, no entanto, discorre que, todo cidadão com idade inferior a 13 anos, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita. O quarto critério abrange toda e qualquer situação que evidencie uma infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos (BRASIL, 2006)

Entretanto, nota-se que não tem sido dada a real observância à assistência pré-natal para que ela seja ferramenta efetiva para o seu controle o que contribui para a ampliação do número de casos do agravo. No que diz respeito às atribuições do enfermeiro, por meio de um contato mais estreito com a população, cabe o reforçar ações de prevenção e diagnóstico o mais precoce possível, especialmente no pré-natal, além de informar às gestantes o direito das mesmas de realizar o teste rápido que detecta a sífilis quantas vezes for necessário no período gestacional para que ela se sinta segura quanto a sua saúde e do seu bebê.

A não realização de exames diagnósticos; dificuldades em reconhecer os sinais e sintomas da doença na mãe; falhas na leitura dos resultados de testes sorológicos e erros ou ausência de tratamento da mãe e/ou do parceiro demonstram uma fragilidade atenção pré-natal que podem resultar em complicações pós-neonatais.

A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante; ou seja, quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas estão circulantes e, portanto, mais grave e frequente será o comprometimento fetal. A taxa de transmissão vertical do *Treponema pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). As manifestações clínicas podem variar do abortamento precoce ao natimorto, ou do nascimento de crianças assintomáticas (o mais comum), aos quadros sintomáticos extremamente graves e potencialmente fatais.

Outra atribuição do enfermeiro é a busca ativa de gestantes junto à comunidade, abordando o parceiro sexual de gestantes acometidas por sífilis, captando esses parceiros, bem como a estendendo essa assistência do pré-natal para que os mesmos participem em prol do combate à transmissão vertical. Além disso, em consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro, é necessário que, durante o acompanhamento, este dispense esforços para colher da gestante informações acerca do estado de saúde do parceiro, esclarecendo à mulher a possibilidade de reinfecção dela caso não haja um tratamento em conjunto, prevenindo, danos maiores ao feto.

Deste modo, a reflexão sobre a sífilis como problema de saúde pública tem requerido dos gestores e profissionais de saúde mudanças referentes à abordagem das formas de transmissão, aos sinais e sintomas, à gravidade de um diagnóstico tardio, além de intensificar as campanhas para a prevenção junto à população.

## CONCLUSÃO

Com base neste estudo, pode-se perceber a importância da humanização por meio dos profissionais de saúde que assistem a gestante nesse período de extremas mudanças psicológicas e físicas, as quais fazem com que a cliente sintam-se sobrecarregada e atraia para si medos e inseguranças.

A humanização faz com que essas mudanças sejam superadas pelas mulheres que contam também com seus familiares. Porém, o profissional deve cuidar das mesmas de forma integral, com olhar holístico, criando vínculo com a parturiente, proporcionando qualidade no atendimento e tornando esse período menos estressante para a mãe.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.S. **Elaboração de projeto, tcc, dissertação e tese: uma abordagem simples prática e objetiva.** São Paulo: Atlas, 2011.

ARAÚJO C. L.; SHIMIZU, H.E.; SOUSA, A.I.A.; HAMANN, E.M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n.3, p. 479-86, 2012.

ARAÚJO E. C.; COSTA, K.S.G.; SILVA, R.S.; AZEVEDO, V.N.G.; LIMA, F.A.S. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n.1, 2006.

AVELLEIRA J. C.; BOTTINO G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle.** *An Bras Dermatol*, v. 81 n. 2, p. 111-126, 2006.

MAGALHÃES, D. M. S. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

MESQUITA K. O.K.; LIMA, G.K.; FILGUEIRA, A.A.; FLÔR, S.M.; FREITAS, C.A.A.S.; LINHARES, M.S.C.; GUBERT, F.A.. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceara: contribuições para assistência pré-natal. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.24, n.1, p.: 20-27, 2012.

**Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids.** 2.ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. il. (Série Manuais 24). ISBN 85-334-1157-X. Disponível em: . Acesso em: 28 agosto.2017.

VICTOR J. F.; BARROSO, L.M.M.; TEIXEIRA, A.P.V.; ARAÚJO, I.M. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.1, p. 113-119, 2010.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à nossa professora orientadora Sarah Maria de Sousa Feitoza pelo apoio ao desenvolvimento deste trabalho e à Universidade de Fortaleza pelo incentivo à pesquisa.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOVENDO SAÚDE: O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS DESENVOLVIDO PELA CIHDOTT. RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Antonio Ribeiro da Silva Junior<sup>1</sup>, Ana Caroline Lima Vasconcelos<sup>2</sup>, Kaline Barbosa Morais<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Graduando em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil jr.dcard@hotmail.com

<sup>2</sup> Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>3</sup> Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará-Brasil

E-mail: jr.dcard@hotmail.com

Palavras-chave: Transplante de órgãos e tecidos. Promoção de saúde.

### INTRODUÇÃO

Promoção da saúde é uma terminologia usada em saúde pública desde a antiguidade para propor ações com objetivo de evitar a propagação de enfermidades (SILVA, 2015). Contudo, atualmente, promoção da saúde é um conceito ampliado que considera como seu referencial, um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde com aspecto individual e coletivo.

A política nacional de promoção da saúde (PNPS) se articula com o sistema único de saúde, garantindo conformidade com os princípios e diretrizes desse sistema. O objetivo principal da PNPS está em torno de reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde e a qualidade de vida, no sentido de promover a equidade e a melhoria do estado de saúde (SILVA, 2015). Dentre seus valores, destaca-se o da 'solidariedade', que é descrito como a razão que faz sujeito e coletividade nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergência ou dificuldades, contribuindo para melhorar o bem estar das pessoas (MS, 2014).

Quando se refere a transplante de órgãos e tecidos, que acaba se tornando a única alternativa para pacientes com doenças, cuja a cura depende de um novo órgão, não tem como deixar de lado a solidariedade, contribuindo para a promoção da saúde, além de renovar as esperanças de dias melhores ao receptor.

Contudo, a retirada pós morte de órgão e tecidos para transplante só poderá ocorrer após a confirmação de Morte Encefálica (ME), e mediante a aceitação dos parentes, com mais de 18 anos, de primeiro e segundo grau para a doação (BRASIL, 1997). A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), é responsável pela detecção de possíveis doadores, através do diagnóstico de morte encefálica, assim como o acolhimento dos familiares, afim de possibilitar a doação de órgãos e notificar a Central de Transplante.

De acordo com dados divulgados das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos referente ao ano de 2016, o Brasil teve 24.958 transplantes realizados. Isso significa que 24.958 famílias disseram "Sim" a 24.958 pacientes que dependiam de um transplante para ter de volta sua saúde e assim a certeza de dias melhores.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciada durante o período de julho a setembro de 2017 por internos de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Os internos estavam cursando a disciplina Internato I no Instituto Doutor José Frota – IJF e tiveram a oportunidade de estagiar no setor da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT, sob tutoria dos enfermeiros e demais profissionais do setor, além orientação da professora da UECE.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o internato do maior hospital de traumatologia do Ceará, no setor CIHDOTT, os internos tiveram a oportunidade de acompanhar de perto como se dão as etapas do processo de doação, desde a suspeita e abertura dos protocolos, até o acolhimento da família e a efetivação da captação.

Pode-se observar que a ME é diagnosticada por meio de duas avaliações que visam gerar estímulos com o objetivo de registrar a resposta sensitiva e motora do paciente, além de exames complementares, para abertura e fechamento do protocolo. Tais avaliações devem ser realizadas por dois profissionais não constituintes da equipe de transplantes, um neurologista e um clínico ou dois neurologistas.

Os testes realizados são: Ausência de resposta a dor; reflexo óculo motor; reflexo córneo-palpebral; reflexo óculo-cefálico; reflexo óculo vestibular; reflexo da tosse e teste de apnéia, além do eletroencefalograma, devem ser positivos, ou seja, ausência de resposta ao estímulo realizado e atividade cerebral.

O perfil de pacientes atendidos nesse hospital que vão a ME é de pessoas que sofreram de forma inesperada algum trauma decorrente de acidentes de trânsito, arma de fogo ou branca e quedas, e que assim, foram retiradas do convívio social e família.

Para a família desses pacientes diagnosticados com ME é muito difícil aceitar essa perda considerada repentina e inesperada, para isso a equipe de profissionais da CIHDOTT devem estar atentos ao abordar a doação para transplante, porque esse é um momento de dor, mas também é a chance de salvar a vida de pessoas que esperam por um transplante.

Durante algumas abordagens com as famílias, percebemos que os profissionais de enfermagem que integram a equipe da CIHDOTT, são o elo entre a família e a instituição hospitalar. São além disso, os profissionais que passam mais tempo junto ao leito do paciente, neste caso, potencial doador e seus familiares. Esta proximidade muitas vezes faz com que a família sinta-se mais a vontade para solicitar informações e esclarecer dúvidas.

Um fato marcante durante uma abordagem com uma mãe que de prontidão aceitou a doação de órgãos, foi quando ela disse: “Só em saber que outra pessoa estará vivendo através dos órgãos do meu filho, isso me deixa menos triste, pois sei que ele morreu mas deu vida a outra pessoa”. Ou seja, por mais doloroso aquele momento para ela, enxergou que poderia fazer uma boa ação para outra vida. Porém, a questão de doação de órgãos é algo que ainda enfrenta muitos preconceitos, muitas famílias, não compreendem, e acham que ao ser a favor da doação de órgãos, estará “matando” seu familiar, ou que enquanto o coração estiver batendo é porque existe vida, quando na verdade o paciente já não responde a nenhum estímulo e o coração só se mantém batendo por drogas vasoativas, mas muitos são leigos e não compreendem, então acabam se opondo a doação.

Um programa de transplante de um determinado órgão não deve ser visto de forma isolada. Suas bases organizacionais, suas necessidades, seus modos de atuação e composição de equipes multiprofissionais os tornam muito semelhantes. A participação da comunidade leiga se faz essencial à medida que se constitui na origem dos doadores. Campanhas de educação geral sobre transplantes e seus conceitos envolvidos, o esclarecimento de dúvidas e o combate a mitos devem ser constantes. Deve-se observar que mesmo os próprios profissionais de saúde necessitam de campanhas de esclarecimento e treinamento

A recusa dos familiares do potencial doador é considerada o maior obstáculo para a efetivação da doação no Brasil, diante dessa realidade, grandes transformações e dilemas acercam a sociedade e, a família não está à parte dessa situação. Mesmo com a existência de uma legislação, o tema “doação de órgãos” compõe uma polêmica não só para os profissionais da área de saúde, mas também para religiosos, leigos e para toda a sociedade (BOUSSO, 2008).4).

## CONCLUSÃO

Os internos perceberam que o processo de doação de órgãos envolve muitas questões, tais como a sensibilização da população acerca do assunto, o acolhimento adequado dos familiares pelo serviço da CIHDOTT, mas, também, pelos profissionais das unidades de internação.

Além disso, é imprescindível que o enfermeiro assuma funções nessa comissão, pois é o profissional com capacitação para lidar com o sofrimento psíquico, o momento de luto e para fornecer orientação sobre como se dão os testes e a efetividade do protocolo para morte encefálica, elucidando dúvidas, acolhendo os familiares e sensibilizando-os sobre a importância da doação.

O período de internato na CIHDOTT foi extremamente rico para os alunos, pois foi a primeira experiência de estágio nesse setor. A receptividade dos profissionais aliada aos conhecimentos apreendidos contribuíram muito para a formação dos estudantes, que ratificaram que é essencial que o enfermeiro ocupe todos os espaços para os quais é habilitado.

## REFERÊNCIAS

Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes>> Acesso em: 20/08/2017.

SILVA, P. F. A.; BAPTISTA, T. W. F. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. Saúde em Debate, vol. 39, dezembro, 2015, pp. 91-104.

Ministerio da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Disponível em: <[Http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)> Acesso em: 20/08/2017. BRASIL. Presidência da república. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9434.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm)>: Acesso em 19/08/2017

MORAIS, T.R E MORAIS, M.R. A importância da educação na promoção da doação de órgãos. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, 25(3): 251-252, jul./set., 2012

ALENCAR, S.C.S. Doação de órgãos e tecidos: a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores. Dissertação. Paraná: Universidade Federal do Paraná/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.

MORAES, E.L. A recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Dissertação (mestrado)** – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2007.

D'IMPERIO, F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.19, n.1, p. 74-84, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcc-05cb80c095dcc4d8cab437dac41de2f1>>. Acesso em: 25 ago 2017.

BOUSSO, R. S. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 45-54, jan./mar. 2008. Disponível em:< <http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcc-05cb80c095dcc4d8cab437dac41de2f1>> . Acesso em: 24 ago 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos colaboradores deste trabalho e a CIHDDOTT do hospital Dr. José Frota que nos acolheu em nosso período de experiência.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO ACESSO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Ana Káren Pereira de Souza<sup>1</sup>, Dalverlanio Pereira de Oliveira<sup>2</sup>, Maria Tanízia Pereira Rocha<sup>3</sup>, Jéssica Pinheiro Carnaúba<sup>4</sup>, Kátia Rangely Alves de Oliveira<sup>5</sup>, Erika Rachel Pereira de Souza<sup>6</sup>

*1 Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Auditoria de Saúde pela Faculdade Teológica e Filosófica, Enfermagem cardiovascular Universidade Estadual do Ceará (UECE), Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Leão Sampaio (FLS) e Enfermagem Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).*

*2 Educador Físico graduado pelo Instituto Federal do Ceará (IFCE).*

*3 Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.*

*4. Enfermeira graduada pela Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS), Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Vale do Acaraú (UVA), Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Fortaleza, Ceará, Brasil.*

*5 Enfermeira graduada pela Faculdade Universidade Regional do Cariri (URCA), Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdades Integradas de Cruzzeiros (FIC), Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Obstetrícia pela Faculdades Integradas de Cruzzeiros (FIC)*

*6 Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC).*

E-mail: [anakaren.ps@hotmail.com](mailto:anakaren.ps@hotmail.com)

Palavras-chave: Auditoria. Acolhimento. Estratégia Saúde da Família

### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) inova a atenção primária com elemento estruturante a Estratégia Saúde da Família (ESF) visando superar os importantes desafios referentes ao conteúdo das políticas públicas, através da garantia do acesso universal, igualitário, integral e equitativo, mediante adequada utilização dos recursos, aumento da eficiência e melhor gerenciamento dos serviços. O Ministério da Saúde vem promovendo novas práticas, como o trabalho em equipe interdisciplinar, a ênfase na promoção e prevenção de saúde, o vínculo e a responsabilização com a população, a adscrição de clientela e a vigilância da saúde. (BRASIL, 2006). Vem sendo preconizada pelo Ministério da Saúde e que tem se estruturado na Política Nacional de Humanização, a qual é instituída nas Estratégias Saúde da Família (ESF), propõe o atendimento organizado através do agendamento de consultas para os profissionais de saúde que compõem a equipe, denominada de demanda organizada, e do atendimento de casos agudos de pessoas que buscam atendimento imediato nas Unidades Básicas de Saúde, demanda espontânea (BRASIL, 2013). Tomando como premissa que a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, no ano de 2003, tem como estratégia institucionalizar a avaliação na APS e qualificá-la, surge a seguinte indagação: as novas práticas já estão sendo realizadas na Estratégia de Saúde da Família de Mombaça-Ce? A partir dessa indagação surgem os seguintes pressupostos: com a implantação da ESF ocorreu uma modificação estrutural, organizacional e assistencial dos serviços de APS que oferece um serviço pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde e necessita buscar formas de acolher seus usuários, diferenciar-se daquela em que, após passar horas em uma fila, recebem a informação de que não há mais consultas ou fichas. Evidencia-se, portanto, a necessidade de desenvolver metodologias para avaliação da ESF, de maneira a fornecer subsídios para planejamento e implementação das ações. Avaliar e monitorar o desempenho dos serviços de saúde é hoje uma importante ferramenta para as proposições que buscam aprimorar a qualidade da atenção à saúde. Com este artigo, espera-se oferecer um planejamento estratégico, a fim de promover um atendimento de qualidade da assistência na atenção primária.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de natureza qualitativa e descritiva quanto a avaliação e qualidade da assistência à saúde oferecida pela ESF São José. Fez-se o uso do Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES). As etapas consistiram em diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração de um plano de intervenção. Para o diagnóstico situacional utilizamos o caderno quatro de auto-avaliação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde. Para planejamento das ações de intervenção foi desenvolvida uma Matriz de Planejamento básica alinhada com os instrumentos de auto-avaliação. Nesta matriz sintética estão descritos os principais padrões em situação de não conformidade sobre os quais se deseja intervir. O período do estudo ocorreu de agosto de 2016 a dezembro de 2016. As experiências relacionadas pelos autores foram discutidas com base no referencial teórico sobre promoção e prevenção da saúde, bem como Política Nacional de Humanização. A análise dos dados foi realizada em dezembro de 2017.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico situacional foi realizado pela equipe da unidade, através de uma dinâmica que retratava ações realizadas diariamente. Pode-se evidenciar que a unidade básica de saúde São José não está realizando as estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde, que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso vem ocorrendo devido: A falta de Agenda Programada na unidade prejudica tanto a atividade dos profissionais da saúde, levando a sobrecarga do serviço e a um atendimento de medicina curativa, quanto os usuários, estes não sabem qual o papel da UBS, superlotando a unidade. Como é disponibilizado número de fichas para o atendimento médico quem realmente precisam da consulta médica imediata é atendido pelo Enfermeiro que, no entanto, necessitam de atendimento mais específico. Desta forma, os atendimentos podem ser descritos das seguintes maneiras: A nível individual: quando o paciente chega a UBS, ele não está sendo atendido adequadamente, isto devido o alto número de pacientes, quanto a sua estrutura física e o número reduzido de funcionários. O mesmo procura ficha para atendimento Médico na recepção, caso tenha ele aguarda atendimento por ordem de chegada, caso tenha excedido o número de atendimento médico, é disponibilizado atendimento com o Enfermeiro, que este não tem limite para atendimento. Tal situação faz com que sua condição clínica, que deveria ser de acompanhamento e prevenção de comorbidades, passe a ser uma condição crônica e de difícil resolução e acompanhamento. A nível social: o que mais dificulta implantar o agendamento programado na unidade são o fato de a maioria da população ser de zona rural e sem condução própria, o que dificulta que os atendentes tomem medidas organizacionais, como a de mandar o paciente de volta pra casa e remarcar a consulta no dia mais adequado a sua patologia. Outra questão que dificulta é a questão cultural, visto que a população já tem em mente que a UBS serve apenas para serviços de pronto atendimento, com a mentalidade de que a qualquer momento o paciente possa procurar a unidade de saúde e já ser atendido com prontidão pelo médico, pois não conhecem as atribuições do Enfermeiro. A nível programático: não há, na unidade, marcação de consultas em dias específicos separados por condições clínicas de seus pacientes, deixando apenas reservadas quinze vagas por turno, diariamente, para os pacientes que realmente necessitem de atendimento médico. E o enfermeiro fica destinado a renovar receitas de uso contínuo e realizar puericultura e pré-natal. Já o médico, somente atendimento de demanda, que é caracterizado pelo desejo do paciente querer ser atendido pelo médico. Após a criação da matriz de intervenção foi proposta a equipe da ESF São José a organização do modelo de atendimento, implementando assim, o atendimento com classificação de risco, norteado pelas diretrizes do Ministério da Saúde e o protocolo de Manchester, que vieram como resposta à demanda espontânea, a qual superlotava as agendas dos profissionais fazendo filas para o atendimento e com tempo de espera superior ao esperado, gerando uma procura por atendimento nas emergências, contradizendo assim os princípios do SUS. Todo paciente que chega a unidade é primeiramente abordado pelo recepcionista o qual verifica se há atendimento agendado, ou deseja realizar um procedimento. Caso deseje atendimento que não esteja agendado, o recepcionista direciona o usuário ao atendimento de classificação de risco, ou agenda uma consulta, quando se trata de um atendimento dos grupos prioritários. O recepcionista, também adquiriu a percepção de classificar a gravidade do atendimento, e controlar a fila de espera de acordo com a classificação de risco. Caso seja um atendimento de emergência o médico é comunicado mesmo que não haja vaga disponível. Todo paciente que sai do atendimento retorna a recepção para agendar o retorno e receber orientações, como realização de exames, encaminhamentos. Em forma de quadro foi criada uma proposta de intervenção, onde foi exposta a criação de uma matriz de intervenção, com intuito de identificar os problemas e traçar soluções, dessa forma melhorar a qualidade dos atendimentos prestados, sem se esquecer de nenhuma necessidade e prioridades da comunidade. Programamos o cronograma de atendimento, que busca a cada dia se adequar ao cenário encontrado. As atividades educativas foram instituídas mensalmente com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Formamos os grupos de puericultura, pré-natal, idoso, saúde mental, saúde ocupacional e as salas de espera que trazem uma forma de orientações sobre higiene na saúde. Para a população que reside na zona rural, pactuamos a realização de atendimento descentralizado a cada três meses, para minimizar o custo da população. Quanto às visitas domiciliares o enfermeiro faz mensalmente com uma ACS e o médico realizada de acordo com a necessidade e gravidade dos usuários acamados e ou domiciliares, com o apoio do NASF. Acredita-se que o PSF tem potencialidades como estratégia para mudança do modelo assistencial, mas verifica-se a necessidade de flexibilizar as tarefas estabelecidas para o seu funcionamento, assim como conscientizar não somente os profissionais de saúde para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a um atendimento espontâneo, que necessita do trabalho em equipe, assistência humanizada, mas, também, conscientizar os gestores e a população da importância da sua participação no planejamento das ações uma vez que é um trabalho de parceria PSF/ Família/Comunidade, para que o serviço não seja centralizado somente no atendimento imediato, sendo esquecidos os programas e as atividades de promoção e prevenção da saúde. Para se obter tais objetivos, o trabalho na equipe de saúde deve ter um planejamento claro, e também a responsabilização de seus integrantes para a concretização do processo de trabalho decorrente dessa perspectiva de integração multidisciplinar. É preciso, também, manter uma contínua avaliação do sistema de serviço, além de

uma permanente qualificação dos profissionais. A profissional enfermeira deve se inserir neste processo, assumindo seu espaço no atendimento assistencial individual, aumentando sua capacidade de intervenção dentro da Unidade de Saúde e contribuindo para melhorar a escuta e o atendimento à comunidade. Organizar a demanda espontânea é um grande desafio para a equipe de saúde, visto que os usuários que chegam à Unidade de Saúde trazem múltiplas necessidades e angústias e devem receber um atendimento adequado que responda as mesmas, como também o modelo que se segue tem trazido reflexos no atendimento e na proposta da ESF quanto à prevenção e promoção da saúde. Tradicionalmente a noção de acolhimento tem sido identificada ora como uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável, ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. Esse funcionamento demonstra a lógica de atendimento na qual grande parte dos serviços de saúde vem realizando no trabalho cotidiano (ABBES, 2009).

## CONCLUSÃO

Entre os desafios para a consolidação do novo modelo, é necessária a vontade de mudar da equipe de saúde, que deve estar comprometida com a nova proposta, discutindo continuamente esses processos para o seu aprimoramento. O que vemos é que a equipe foi preparada e motivada para esse processo e este funcionamento tem produzido menor sobrecarga para os profissionais e maior resolutividade ao usuário. É essencial realizarem avaliações do processo de trabalho, com análise dos casos, evidenciando entradas no processo, etapas percorridas, saídas e resultados alcançados. Funciona como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços. Oficinas de discussão e construção de ações com acento no trabalho grupal multiprofissional com a participação de equipe local e/ou consultorias externas e elaboração de protocolos. Finalmente, é necessário reiterar que para alcançar a efetiva qualidade da assistência, respeitando os princípios do SUS exige-se o entendimento do processo avaliatório como instrumento, necessariamente agregado e articulado à dinâmica específica dos processos de trabalho. Para isso, é imprescindível uma relação dinâmica, criativa e democrática entre as dimensões técnicas e gerenciais do serviço.

## REFERÊNCIAS

- ABBÊS, Claudia; Massaro, Altair. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético Estético no fazer em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 49p, 2004.
- ARAUJO, J.C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. Rev Saude Publica, v. 41, n. 3, p. 368-74, 2007.
- ARTMANN, E.; AZEVEDO, C.S. & Sá, M.C., 1997. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 13(4):723-740, out-dez, 1997.
- BRASIL, MS. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados. Brasília, 2006, 200p.
- BRASIL, MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: [s.n.], 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Lex: Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as Instâncias do SUS. Brasília: MS, 2004.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Equipes Matriciais. Cad. Saúde Pública.23(2):399-407, fev.2017.
- CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saude Publica, v. 24, n. supl. 1, p. s7-s27, 2008.
- GUANAIS, F.C.; MACINKO, J. The health effects of primary care decentralization in Brazil. Health Aff, v. 28, n. 4, p. 1127-35, 2009.

## AGRADECIMENTOS

As equipes das Unidades Básicas de Saúde de Mombaça/CE, pelos conhecimentos compartilhados e pelas contribuições ao presente estudo.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DOAÇÃO DE LEITE HUMANO: PERCEPÇÃO E MOTIVAÇÃO DE GESTANTES E NUTRIZES

Rochelle da Costa Cavalcante<sup>1</sup>, Juliana de Oliveira Dantas<sup>2</sup>, Maria Moura Santana Chaves<sup>3</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim<sup>4</sup>

*1 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;*

*2 Pós Graduada em Cardiologia e Hemodinâmica, Universidade Estadual do Ceará, UECE. Fortaleza-Ceará-Brasil;*

*3 Mestranda em Ciências Médicas, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;*

*4 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem - MPTIE. Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE*

E-mail: rochellecosta@ymail.com

Palavras-chave: Recém-Nascido. Aleitamento Materno. Cuidados de Enfermagem. Leite Humano.

### INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a melhor estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para a redução da morbimortalidade infantil. Proporciona ainda um grande impacto na promoção da saúde integral do binômio mãe/filho. Foi visto que 60% dos casos de mortalidade por infecção respiratória e 80% dos casos de diarreia, as duas principais causas de óbito após o período neonatal precoce, poderiam ter sido evitadas pela amamentação (OLIVEIRA et al., 2015).

A amamentação é considerada por Maia et al. (2014) como a melhor forma de alimentar o lactente, sendo considerada padrão ouro para a alimentação do recém-nascido (RN), tanto a termo como pré-termo (RNPT). O leite humano proporciona uma combinação única de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômicos reconhecidos e inquestionáveis (OLIVEIRA et al., 2015). Para os RNPT, essas qualidades adquirem relevo especial por sua maior vulnerabilidade (SOARES et al., 2016).

As práticas de alimentação no início da vida interferem nos riscos de morbimortalidade e no crescimento e desenvolvimento infantil. Consoante Who (2003), profissionais da área da saúde, ao estabelecerem a Estratégia Mundial para Alimentação do Lactente e da Criança Pequena, afirmam que as consequências de uma prática alimentar inapropriada na infância constituem grandes obstáculos para o desenvolvimento socioeconômico sustentável e a redução da pobreza de um país.

Uma das ações políticas que atuam para reverter este quadro de desmame precoce são os Bancos de Leite Humano (BLH). Dentro deste contexto, considera-se imprescindível dispor de leite materno, em quantidades que permitam o atendimento, nos momentos de urgência, a todos os lactentes que por motivos clinicamente comprovados, não disponham de aleitamento materno ao seio, situação essa para quais os BLH constituem uma solução (BRASIL, 2009).

Os BLH, portanto, foram criados para garantir a qualidade do leite humano destinado aos RNPT, de baixo-peso ou hospitalizadas em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN); para incentivar o aleitamento materno, fornecer orientações sobre a “pega” e a posição durante a mamada; e para dar apoio e acompanhamento às puérperas e lactantes com dificuldades na prática de amamentação, atuando com medidas educativas para contribuir para a redução da mortalidade neonatal (MAIA et al., 2014).

Ressalta-se a importância dos profissionais de saúde estarem comprometidos na orientação da mulher desde o momento em que esta engravida sobre os benefícios da amamentação e informar sobre o BLH e a possibilidade de doação. Os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), principalmente médicos e enfermeiros, além podem enfatizar para as futuras mães a relevância do aleitamento. E, ainda, incluir na pauta dos trabalhos realizados no decorrer da gestação a sensibilização das mães acerca da doação de leite humano. Contar com leite humano em quantidade suficiente que permita o atendimento a lactentes hospitalizados que não disponham de leite materno, é um grande desafio para os BLH (AZEMA; CALLAHAN, 2003; LOURENÇO et al., 2012).

Diante das considerações, o estudo objetivou: conhecer a percepção de gestantes e nutrizes acerca da doação de leite humano e identificar suas motivações para doação de leite materno.

## METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, que buscou desenvolver material tecnológico educativo destinado a maior estímulo e participação de mulheres à doação de leite humano no Serviço de Pré-natal, Setor de Alojamento Conjunto e Banco de Leite Humano de um hospital público de Fortaleza, Ceará, Brasil.

A coleta dos dados foi efetuada nos meses de agosto a setembro de 2015. Participaram do estudo cinco gestantes e quatro puérperas atendidas no BLH, Serviço de Pré-natal e as internadas no Setor de Alojamento Conjunto do hospital pesquisado. O recrutamento das participantes foi por meio de cartazes de convite propagados nas unidades pesquisadas.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada com questões norteadoras: *O que a senhora sabe sobre doação de leite humano? De acordo com a sua vivência, o que motiva a mulher ser doadora de leite humano? A senhora poderia explicar as razões que facilitam e dificultam a doação de leite? A senhora gostaria de fazer parte de um grupo de mulheres que discutisse o tema amamentação e doação de leite materno? A senhora conhece outras formas de incentivar a doação de leite humano? Quais?* Os dados coletados foram organizados e, posteriormente, analisados à luz de referenciais teóricos pertinentes.

A estratégia para interpretação dos dados utilizada foi definida a análise de conteúdo segundo Bardin (2006), que compreende em três etapas: pré-análise, onde foram transcritas as falas das mulheres participantes da pesquisa através do instrumento de coleta de dados de escolha, leitura flutuante e formação do corpus da pesquisa por representabilidade, sistematização das ideias transcritas, formulação das hipóteses e objetivos que direcionaram a elaboração dos indicadores para conduzir a interpretabilidade dos dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da referida Instituição, sob parecer, nº 1.146.784, respeitados os aspectos éticos e legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foi solicitado às participantes o consentimento mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, assegurando-lhes o direito de decidir participar ou não da pesquisa ou de desistir em qualquer momento desta sem prejuízo algum. Para garantir o anonimato estas foram identificadas no texto mediante nomes fictícios com as denominações de nutrizes (N) em (N1...N4) e gestantes (G) em (G1...G5) abreviadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a coleta de dados, foi possível observar o nível de compreensão das mulheres acerca da doação de leite. Do total de entrevistadas, apenas uma nunca tinha ouvido falar sobre doação de leite, enquanto a maioria não sabia muito a respeito do assunto. No entanto, três sabiam que o destino do leite doado era para alimentação dos bebês internados na UTI Neonatal, e as outras cinco relataram que era para salvar vidas.

Pode-se observar por meio das falas que algumas mulheres conheciam a importância da doação de leite humano: *“Doar leite é importante, pois ajuda as crianças que precisam de leite porque suas mães não podem doar seu leite (N1)”*; *“Doar para as crianças das incubadoras, elas não podem mamar. (G3)”*; *“Acho importante, pois ajuda a salvar a vida de outros bebês. Já passou uma mulher aqui falando pra doar leite, mas não entendi muito como doar (N4)”*.

Como forma de motivar essas mulheres, o enfermeiro tem papel fundamental na educação em saúde, repassando informações que despertem interesse de doar naquelas possíveis doadoras e de continuidade nas que já doam (FIGUEREDO et al., 2012).

Ressalta-se a importância dos profissionais de saúde em estarem comprometidos com a orientação da mulher, desde o momento em que engravida, sobre os benefícios da amamentação e com a informação sobre o BLH e a possibilidade de doação. Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), principalmente médicos e enfermeiros, podem enfatizar para as futuras mães a relevância do aleitamento (ROCHA et al., 2016).

Sabe-se que a informação tem o potencial de se difundir, através da comunicação, possibilitando o acesso ao conhecimento, no entanto muitas vezes as informações sobre a amamentação é transmitida de forma fracionada e reducionista, como a importância da doação de leite e principalmente como realizar essa doação (OLIVEIRA et al., 2015). Como podem ser identificados nos discursos a seguir: *“Não sei nada, nunca ouvi falar sobre doação de leite. (N3)”*

Ainda, deve ser incluída na pauta dos trabalhos realizados no decorrer da gestação a sensibilização das mães acerca da doação de leite humano. Contar com leite humano em quantidade suficiente que permita o atendimento a lactentes hospitalizados que não disponham de leite materno é um grande desafio para os BLH (MAIA et al., 2014).

Consoante as participantes, a solidariedade está presente no ato de doação de leite humano: *“Meu filho precisou de leite e vi que outras mulheres que doam ajudaram a ele quando não podia doar meu leite. Ai isso me*



*deixou feliz e fui doadora quando minha filha nasceu, porque eu tinha muito leite (G1)”; “Prevenir o empedramento e salvar a vida dos bebês. (G3)”; “Ajudar as crianças, porque eu jogava fora antes (G5)”.*

Mulheres doadoras de leite humano são, por definição, nutrizas saudáveis que apresentam produção láctica superior às necessidades de seu filho e que se dispõem a doar o excedente por livre e espontânea vontade (.

Além destas, aquelas mães que estão temporariamente impossibilitadas de amamentar seus filhos diretamente ao seio e que ordenham o leite humano para estimulação da produção ou para consumo exclusivo de seus filhos são também classificadas como doadoras.

O momento mais apropriado para oferecer às mães tais informações consiste no pré-natal, constituindo-se esta etapa em fase inicial da preparação da futura nutriz. A oportunidade deve ser aproveitada para esclarecer as dúvidas advindas da parturiente (OLIVEIRA et al., 2015).

A doação de leite humano deveria ser percebida, pelas mães que estejam amamentando, como um ato solidário e, portanto, um ato fundamental para salvar a vida das crianças que estão internadas em UTIN. Mas, segundo pesquisadores (SILVA, 2010), no nordeste do Brasil, o interesse para a doação parece estar mais associado à recomendação dos profissionais de saúde, verificando-se que as doadoras se sensibilizam ao serem informadas sobre a necessidade dos lactentes, apoiados pelo banco. Esta doação de leite humano tem caráter voluntário, onde a doadora – a nutriz – participa como voluntária.

O voluntário atua como ator social e agente de transformação, que presta serviços não remunerados em benefício da comunidade. Doando seu tempo e conhecimentos, realiza um trabalho gerado pela energia de seu impulso solidário, atendendo tanto às necessidades do próximo ou aos imperativos de uma causa, como às suas próprias motivações pessoais, sejam de caráter religioso, cultural, filosófico, político ou emocional (SOARES et al., 2016).

## CONCLUSÃO

Dos relatos das gestantes e nutrizas, foi percebida a importância da participação ativa do enfermeiro como agente sensibilizador, das gestantes e nutrizas à doação de leite humano, promovendo a saúde dos RN internados em UTIN. Estas se mostraram interessadas no processo e em ajudar, porém não são informadas e conduzidas de forma correta para doação.

Foi observado que, muitas vezes, as doações não têm números mais expressivos pela falta de compromisso do serviço de saúde em orientar a mulher, desde a gestação, incentivando a amamentação e posteriormente à doação de leite, pois a solidariedade de doar e vontade de contribuir, todas elas demonstraram ter.

Percebe-se ainda a existência de lacuna no modelo de atuação do sistema de doação como todo, no que se diz respeito à captação dessas mulheres, possíveis doadoras. Existe o desejo de doar, o que falta é uma forma mais eficaz de transmitir informações a essas mulheres.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466/12**: diretrizes de normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRAO, A. C. F. V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 01 jul. 2017.

MAIA, F. E. S. M.; ALMEIDA, J. R. S.; PACHECO, A. V. S. M.; OLIVEIRA, L. B. O. A importância do banco de leite humano: um relato de caso em Mossoró –RN. **Rev. Fac. Cinc. Méd. Sorocaba**. V. 16, n. 4, p. 188- 192, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/19898/pdf> Acesso em: 15 Jul 2017

OLIVEIRA, C. S.; IOCCA, F. A.; CARRIJO, M. L. R.; GARCIA, R. A. T. M. **Rev Gaúcha Enferm**. V. 36, especial, p.16-23, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0016.pdf> Acesso em: 15 Jul 2017.

ROCHA, F. A. A.; JUNIOR, A. R. F.; JÚNIOR, C. C. M.; RODRIGUES, M. E. N. G. O enfermeiro da estratégia de saúde da família como promotor do aleitamento materno. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 31, p. 16, 2016. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/5967/5135>. Acesso em: 15 Jul 2017.

SILVA, S. L. **Alegações maternas para doação de leite humano**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, Recife, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infant and young child feeding: a tool of assessing national practices, policies and programmes. Geneva: WHO, 2003.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos os autores que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho e em especial a Professora Doutora Karla Maria Carneiro Rolim, que sempre com sua calma e carinho me fortalece na minha caminhada profissional e pessoal.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ALTO ÍNDICE DE ESTRESSE, BAIXO DESEMPENHO COGNITIVO E DIFICULDADES DE RELACIONAMENTO EM CRIANÇAS COM AUTISMO

Renata Carneiro de Lima (IC)<sup>1</sup>, Igor Weyber Ramos (IC)<sup>2</sup>, Isabelle Maria Nascimento (IC)<sup>3</sup>, Mariana Farias (IC)<sup>3</sup>, Smael Peixoto<sup>4</sup>, Andrea Amaro Quesada (PQ)<sup>5</sup>

*1 Bolsista PROBIC, Curso de Psicologia, Universidade de Fortaleza.*

*2 Estudante de Graduação, Curso de Psicologia, Universidade de Fortaleza.*

*3 Docente do Curso de Psicologia, Universidade de Fortaleza.*

*E-mail: relimapsico@gmail.com*

*Palavras-chave: Autismo. Avaliação Neuropsicológica. Estresse. Cognição. Emoção.*

### INTRODUÇÃO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-V, do inglês, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) compreende déficits de comunicação e de interação social, além de padrões restritos e repetitivos do comportamento, tais como interesse restrito e comportamento estereotipado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Tais indivíduos apresentam reduzida sensibilidade à estimulação social, o que prejudica a aprendizagem de repertórios comportamentais complexos, tais como afeto inapropriado, reduzido contato visual, isolamento social e dificuldade para iniciar interações sociais com adultos e pares (REEVE et al., 2007).

No tocante ao desenvolvimento linguístico, crianças com diagnóstico de TEA geralmente demonstram baixa ou nenhuma ocorrência de vocalizações. Cerca de 20 a 30% nunca falam, e quando falam, frequentemente têm suas vocalizações limitadas a alguns sons (LOVAAS et al., 1977), os quais tendem a ocorrer sem função comunicativa e/ou de forma estereotipada.

A maioria dos estudos têm focado na avaliação da linguagem e de funções executivas, esquecendo-se das outras funções cognitivas. Diante da escassez de estudos nessa área Elsheik et al. (2016) traçaram o perfil neuropsicológico de crianças finlandesas e egípcias com autismo e observaram dificuldades tanto no reconhecimento como memorização de objetos e faces. Contudo, ainda não se sabe sobre as habilidades de raciocínio abstrato, concreto e visuoespacial nessas crianças, demandando mais estudos nessa área. Isso pode ser explicado pela própria dificuldade em se avaliar essas crianças devido as suas dificuldades em iniciar interações sociais com adultos e pares. Tais estudos se tornam ainda mais raros com indivíduos entre 2 e 5 anos de idade.

Além disso, são escassos os estudos que têm focado na avaliação dos níveis de estresse destas crianças, o que, em parte, poderia explicar alguns déficits cognitivos (QUESADA et al., 2012). A maioria das pesquisas têm se voltado para o estresse dos pais e cuidadores (BARROSO et al., 2017). Também pouco é conhecido sobre os problemas emocionais e comportamentais que acompanham esse espectro. Diante disso, o presente estudo visou traçar o perfil neuropsicológico e emocional de crianças com autismo, com idade entre 2 anos e meio e 7 anos de idade.

### METODOLOGIA

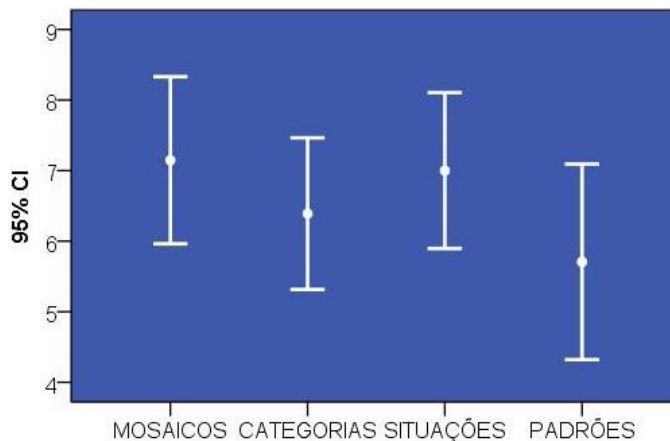
Para tanto, foram convidadas 44 crianças com TEA, com idades entre 2 e 7 anos. Para traçar o perfil comportamental e emocional dos participantes, solicitou-se aos pais para responderem o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Além de sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, dificuldade de concentração e dificuldade de relacionamento, esse questionário fornece um escore denominado de estresse global, cujo resultado é obtido pela somatória dos cinco primeiros índices mencionados acima. Cada escala é composta por cinco itens. Cada item têm três opções de resposta: falso, parcialmente verdadeiro, completamente verdadeiro (GOODMAN, 1997).

Posteriormente, aplicou-se o Teste Não-Verbal de Inteligência Snijders-Oomen Revisado (SON-R 21/2 -7 [a]). Este teste é composto por quatro subtestes: Mosaicos (Raciocínio Espacial), Padrões (Raciocínio Espacial e Percepção), Situações (Raciocínio Concreto). Ele fornece um índice de desempenho executivo, mediante a análise de pontuação obtida em Mosaicos e Padrões e um índice de desempenho em raciocínio, através da análise de pontuação obtida em Situações e Categorias. Além disso, ele fornece um Quociente Geral de Inteligência (QI). As avaliações foram realizadas em uma sessão com tempo médio de 1h.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média ( $79,44 \pm 3,05$  S.E.M) dos quocientes intelectuais (QIs) dos participantes foi inferior à da população. Conforme ilustrado na Figura 1 (abaixo), nos subtestes, o desempenho foi inferior e homogêneo, apresentando as seguintes médias (m), erros-padrões (S.E.M) e intervalos de confiança 95 % (IC 95 %): Mosaicos (m:  $7,15 \pm 0,58$  S.E.M; IC 95% =  $5,96 - 8,33$ ), Categorias (m:  $6,39 \pm 0,53$ ; IC 95% =  $5,32 - 7,46$ );

Situações (m:  $7,0 \pm 0,54$  S.E.M; IC 95% =  $5,90 - 8,10$ ); Padrões ((m:  $5,71 \pm 0,68$  S.E.M; IC 95% =  $4,32 - 7,09$ ).



**Figura 1.** Desempenho Cognitivo nos subtestes Mosaicos, Categorias, Situações e Padrões (SON-R)

Só existe um estudo na literatura que avaliou crianças com autismo por meio do SON-R. Basten et al. (2014) observaram um QI de 91.0 em crianças com autismo, ou seja, 12 pontos a mais da pontuação apresentada por nossa amostra. Parte desta diferença pode ser explicada por questões culturais. Corroborando com isso, Laros et al. (2013) encontraram uma diferença de 10 pontos entre a normatização holandesa e a brasileira. Um outro aspecto a ser considerado é que o autismo consiste em um espectro e, portanto, a amostra da presente pesquisa pode ter um grau mais severo do espectro quando comparado à amostra do estudo de Basten et al. (2014).

Além dos comprometimentos cognitivos, observou-se que 55,3% das crianças avaliadas apresentaram estresse global e 46% apresentaram dificuldades de relacionamento com outros. A maioria dos estudos têm focado nos pais e nos cuidadores. Problemas emocionais foram apontados pelo instrumento *Child Behavior Checklist (CBCL)* aplicado em crianças com autismo (BASTEN et al., 2014). Esse alto nível de estresse pode ser também uma possível explicação para os problemas de aprendizagem apresentados pelas crianças com autismo (QUESADA et al., 2012).

## CONCLUSÃO

Tais resultados enfatizam a necessidade de reabilitação neuropsicológica com foco não só na linguagem e funções executivas, mas também em raciocínio concreto, abstrato e visuomotor. Ressalta também a necessidade de tratamento de aspectos comportamentais e emocionais, principalmente o estresse.

A intervenção analítico-comportamental intensiva e precoce poderia ser uma possível forma de intervenção para essas crianças. Ela costuma produzir melhoras notáveis em repertórios verbais e sociais (Virués-Ortega, 2010). Esta intervenção se baseia na área de conhecimento denominada Análise do Comportamento Aplicada (ABA, do inglês Applied Behavior Analysis) (Baer, Wolf & Risley, 1968; Lovaas, 2002; Moore & Cooper, 2003) e é apontada como uma das mais eficazes para melhoria de qualidade de vida desta população. Quanto mais intensiva, precoce e duradoura é a intervenção, melhores os seus resultados (Lovaas, 1987; Peters-Scheffer, Didden, Korzilius & Sturmey, 2011; Reichow, 2012; Sallows & Graupner, 2005).

Essa intervenção é individualizada, tendo cada criança seu repertório de entrada avaliado e assim direcionada à elaboração de currículos de aprendizado específicos para cada caso. Frequentemente, trabalha-se com metodologias de ensino baseadas em tentativas discretas (discrete trial training – DTT), no qual estruturam-se os programas de ensino em tentativas com dicas visuais ou verbais claras de início e término, com a apresentação da consequência programada (Lerman, Hawkins, Hoffman & Caccavale, 2013). É preciso voltar mais o olhar para o desenvolvimento biopsicossocial destas crianças.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

- BAER, D. M., WOLF, M. M. & RISLEY, T. R. Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91–97, 1968.
- BASTEN et al. Nonverbal intelligence in young children with dysregulation: the Generation R Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23(11):1061-70, 2014.
- CARR, J. E.; NICOLSON, A. C.; HIGBEE, T. S. Evaluation of a brief multiple-stimulus preference assessment in a naturalistic context. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 353-357, 2000.
- COOPER, J. O., HERON, T. E. & HEWARD, W. L. *Applied Behavior Analysis*. (2ª. Ed.). Upper Sadler River, NJ: Pearson, 2007.
- ELSHEIK, S. et al. Neuropsychological performance of Finnish and Egyptian children with autism spectrum disorder. *Int J Circumpolar Health*, 75(1): 29681, 2016.
- GOODMAN, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, 581-586, 1997.
- LAROS, J.A.; JESUS, G.R., KARINO, C.A. Validação brasileira do teste não-verbal de inteligência SON-R 2½-7[a]. *Avaliação Psicológica*. 12 (2), 233-242, 2013.
- LERMAN, D. C., HAWKINS, L., HOFFMAN, R. & CACCAVALE, M. Training adults with an Autism Spectrum Disorder to conduct Discrete-Trial Training for young children with autism: a pilot study. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46, 465-478, 2013.
- LOVAAS, O., VARNI, J., KOEGEL, R. & LORSCH, N. Some observations on the non-extinguishability of children's speech. *Child development*, 48, 1121-1127, 1977.
- LOVAAS, O. I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55, 3-9, 1987.
- LOVAAS, O. I. *Ensinando indivíduos com atraso no desenvolvimento: técnicas básicas de intervenção*. Texas: Ed. Proed., 2002.
- MOORE, J. & COOPER, J. O. Some proposed relations among the domains of Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 26, 69-84, 2003.
- PETERS-SCHEFFER, N., DIDDEN, R., KORZILIUS, H. & STURMEY, P. (2011). A meta-analysis study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 60–69, 2011.
- QUESADA, A.A., WIEMERS, U.S., SCHOOF, D., WOLF, O.T. Psychosocial stress exposure impairs memory retrieval in children. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 125-136., 2012.
- REICHOW, B. Overview of meta-analyses of early intensive behavioral intervention for young children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 512-520, 2012.
- SALLOWS, G. O. & GRAUPNER, T. D. Intensive behavioral treatment for children with autism: four-year outcome and predictors. *American Journal of Mental Retardation*, 110, 417-428, 2005.
- SNIJDERS, J. TH., TELLEGEN, P.J., LAROS, J.A. Snijders-Oomen non-verbal intelligence test, SON-R 5½-17. Manual and research report. Groningen: Wolters-Noordhof, 1989.
- SUNDBERG, M., MICHAEL, J., PARTINGTON, J. & SUNDBERG, C. The role of automatic reinforcement in early language acquisition. *The Analysis of Verbal Behavior*, 13, 21–35, 1996.
- VIDAL, F. A. S., FIGUEIREDO, V. L. M. D., NASCIMENTO, E. D. A quarta edição do WISC americano. *Avaliação Psicológica*, 10(2), 205-207, 2011
- VIRUÉS-ORTEGA, J. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 387-399, 2010.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à UNIFOR por incentivar à formação de jovens pesquisadores por meio da bolsa PROBIC e, por fornecer o teste SON-R utilizado na pesquisa. Agradecemos também as crianças com autismo e seus responsáveis pelo engajamento na pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CÂNCER DE MAMA: RELATOS DE CASOS E CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Sáskia Thamyles Coutinho<sup>1\*</sup>, Socorro Milena Rocha Vasconcelos<sup>2</sup>, Ana Carolina Bezerra Moreira<sup>3</sup>, Semírames Ramos Ávila<sup>4</sup>, Isabela de Sousa Martins<sup>5</sup>, Isabela Melo Bonfim<sup>6</sup>

1 Mestranda do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR

2 Mestranda do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR

3 Mestranda do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR

4 Mestranda do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR

5 Mestranda do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR

6 Docente da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Email: saskiathamyles@hotmail.com

Palavras-Chave: Câncer de mama. Diagnóstico. Relato de caso. Neoplasia.

### INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres, responsável por cerca de 20% de todos os tipos de câncer no mundo. As maiores incidências são observadas em países desenvolvidos, como os da América do Norte, Oeste da Europa e Austrália/Nova Zelândia, ambos com 84,6/1.000.000. (PARKIN *et al.*, 2005). No Brasil, espera-se 49.400 novos casos de câncer de mama para cada ano. Com o risco, estima-se cerca de 517 casos para cada cem mil mulheres (BRASIL, 2017).

A neoplasia mamária representa a primeira causa de óbito por câncer entre as mulheres, e os coeficientes de mortalidade padronizada por idade mostraram uma tendência ascendente entre 1979 e 1999 (LEE *et al.*, 2007).

Apesar de estarem bem estabelecidos que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado interferiram na taxa de mortalidade e na prevalência da neoplasia, poucos são os dados disponíveis quanto a extensão do tumor ao diagnóstico do câncer de mama no Brasil. Estudos realizados no Brasil há mais de dez anos evidenciavam que 60 a 70% dos casos de câncer de mama eram detectados em estágios avançados. Mas, recentemente, alguns estudos mostraram uma tendência no aumento dos números de casos iniciais ao diagnóstico, porém, foram feitos pequenos avanços com base em dados de registros hospitalares. (THULER, 2005).

As táticas para a detecção precoce do câncer de mama são: o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença); e o rastreamento (aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e, a partir daí, encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento). (WHO, 2007).

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer, sendo conhecida algumas vezes como *downstaging*. Nessa estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como, do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. (WHO, 2007).

A orientação é que a mulher realize a auto palpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. É necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico sempre que houver dúvida em relação aos achados da auto palpação das mamas e a participar das ações de detecção precoce do câncer de mama. O sistema de saúde precisa adequar-se para acolher, informar e realizar os exames diagnósticos adequados em resposta a essa demanda estimulada. A prioridade na marcação de exames deve ser dada às mulheres sintomáticas, que já apresentam alguma alteração suspeita na mama (BRASIL, 2010).

O objetivo do presente trabalho foi mostrar quais os tipos de tumores por meios de prevenção e de diagnósticos, os diversos tipos de tratamento disponíveis e quais são usados para cada tipo de câncer, assim, aumentando a chance de cura do paciente. O trabalho também demonstra um avanço nos diagnósticos e na forma de tratamento do câncer de mama.

## METODOLOGIA

Adotou-se como metodologia, um estudo descritivo acerca de um relato de experiência, realizado em uma Unidade Básica de Saúde localizada na cidade de Juazeiro do Norte - Ceará no ano de 2016. Os dados foram coletados através de anamnese, exame físico do paciente, bem como consulta ao prontuário, no qual buscamos pontuar os desafios encontrados nos critérios de diagnóstico de para o câncer de mama, que vai desde o promoção para realização do autoexames, a métodos mais específicos. Foram obedecidos os preceitos éticos e legais contidos na Resolução 466/2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### DESCRIÇÃO DO CASO:

M.S.S. de 83 anos sexo feminino, da cidade de Juazeiro do Norte/CE, solteira, aposentada por idade, nulípara, diabética e portadora de Alzheimer. Após sentir uma forte dor na mama e muita cefaleia, foi levada ao médico mastologista para uma consulta. Ao ser examinada o médico diagnosticou um nódulo na mama direita, em seguida pediu uma mamografia e um ultrassom mamário com urgência. Ao olhar os exames, o médico constatou que a mesma tinha um nódulo na mama direita tipo BI-RADS seis e a partir do resultado, pediu mais alguns exames laboratoriais como: hemograma completo, citologia e um ultrassom abdominal total.

Após uma semana, saíram os resultados. O médico falou que no ultrassom abdominal total, foi constatado um nódulo no fígado. Sendo assim, encaminhou a paciente para a cidade vizinha onde havia médico especialista em oncologia. O mesmo, ao examinar todos os exames, chegou à conclusão baseado nos resultados que não tinha muito que ser feito. Além de a paciente ser de idade avançada, era diabética e já estava com metástase no fígado. Todavia, o médico encaminhou-a para começar o tratamento com quimioterapia. Depois da primeira sessão de quimioterapia, seu cabelo começou a cair. Então devido ao Alzheimer, ela não sabia o que estava acontecendo. Foram feitas as primeiras sessões de quimioterapia e nenhum resultado, o nódulo não diminuiu. O médico responsável pela paciente suspendeu a quimioterapia e encaminhou-a para um tratamento paliativo, pois chegou à conclusão que a cliente não resistiria à radioterapia. A partir daí, ela começou a sentir muita dor, a médica do tratamento paliativo prescreveu: Tixel 8/8 horas, mas o medicamento não estava atuando de forma esperada, então, a médica prescreveu Morfina 6/6 horas. A paciente começou a ficar muito debilitada, perdeu a visão por completo, não se alimentava de forma voluntária, não deambulava e ficou totalmente impossibilitada.

O nódulo crescia cada vez mais tomando totalmente a mama. Foram 3 anos convivendo com a doença e a paciente chegou a óbito no dia 08/06/2012, sucumbindo a doença.

Desta forma, de acordo com o caso apresentado, a hipótese levantada é quais os critérios de diagnóstico para o câncer de mama.

O diagnóstico do câncer de mama somente pode ser estabelecido por meio de uma biópsia, de modo que, a suspeita seja analisada por um patologista e laudada como sendo um câncer. A realização desta biópsia, no entanto, somente ocorre em fase de alguma alteração suspeita, seja física, seja na mamografia. (AZEVEDO; GERÓTICA; SANCHES, 2016).

Quando o paciente ou o médico encontra alterações no exame físico, são solicitados exames adicionais como mamografia, ou ultrassom das mamas. Além disso, a mulher sem alterações nos exames clínicos pode ter alterações detectadas na mamografia de rotina que deve ser realizada em todas as mulheres a parti dos 40 anos. (BATISTON, 2016).

No entanto, para uma mulher na qual seja palpável um nódulo, não existe limite ou idade para a mamografia de investigação. O ultrassom das mamas pode servir como complemento à mamografia, pois a ajuda a diferenciar cisto de nódulos. A ressonância magnética é recomendada para o rastreamento apenas em população de alto risco, como pacientes com casos familiares confirmados ou suspeitos pacientes predispostos geneticamente ao câncer. Nas pacientes com alto risco, definidos a partir de bases familiares, a recomendação é começar o rastreamento aos 30 anos de idade. (PEIXOTO; KOCH; ALMEIDA, 2013) Quando a mamografia ou a ultrassom encontra alterações suspeitas, é recomendada uma biópsia. O médico patologista que analisar o material da biópsia deve conhecer os dados clínicos do paciente. A suspeita de diagnóstico necessita de alguns dias para elucidação do resultado, em função da utilização de novas técnicas para esse fim. (GONZALEZ, 2013).

Existem diversos tipos e subtipos de câncer de mama. No geral, o diagnóstico conta com alguns critérios; se o tumor é invasivo, seu tipo histológico, avaliação imuno-histoquímica, também chamado de IQH. Segundo Jorge (2016), o tipo histológico é como se fosse o nome e o sobrenome do câncer. Os tipos histológicos se dividem em vários subtipos, de acordo com fatores, como a presença ou ausência de receptores hormonais e extensão do tumor. O tipo básico de câncer de mama é o carcinoma ducto *in situ*: é o tipo mais comum de câncer de mama não-invasivo. Ele afeta os ductos da mama que são os canais que conduzem o leite. O câncer de mama *in situ* não



invade outros tecidos, nem se espalha pela corrente sanguínea. A membrana que reveste o tumor não se rompe e as células cancerosas ficam concentradas dentro dos nódulos. Entretanto, pode ser multifocal, ou seja, podem existir vários focos dessa neoplasia na mesma mama.

## CONCLUSÃO

São necessários estudos mais aprofundados de critérios de diagnósticos mais rápidos e precisos para o câncer de mama. Uma força tarefa das políticas públicas brasileiras para o combate ao câncer que acomete milhares de mulheres no Brasil, um sistema de saúde mais unificado e com qualidade representaria uma diminuição da incidência de câncer de mama em estágios mais elevados no país.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, R.L.; GERÓTICA, R.M.G; SANCHES, T.P. A IMPORTÂNCIA DA MAMOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA. UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 13, n. 30, p. 251, 2016.

BATISTON, A.P. et al. CONHECIMENTO E PRÁTICA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 2, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília, DF, 2010. (Série A: Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2007.

GONZALEZ, H. **Enfermagem em Oncologia**. São Paulo: SENAC, 2013. 70p.

JORGE, M.F. **Caracterização histopatológica e marcadores imuno-histoquímicos no câncer de mama de gatas**. 2016. Disponível em: [repositorio.unesp.br](http://repositorio.unesp.br).

LEE, J.H.; YIM, S.H.; WON, Y.J.; JUNG, K.W.; SON, B.H.; LEE, H.D. et al. Population-based breast cancer statistics in Korea during 1993-2002: incidence, mortality, and survival. **J Korean Med Sci**. v.22, p.11-6, 2007.

PARKIN, D.M.; BRAY, F.; FERLAY, J.; PISANI, P. Global cancer statistics, 2002. **CA Cancer J Clin**. v.55, n.2, p.74-108, 2005.

PEIXOTO, J. E.; KOCH, H. A.; ALMEIDA, C. D. **Manual de instruções para medidas de contraste de qualidade dos parâmetros técnicos da mamografia**. Centro de Diagnóstico Mamário da Santa Casa da Misericórdia, 2015.

THULER, L.C.S. Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v.27. n.11, p.656-60, 2005.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention**. Geneva, 2007. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes). Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>>

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a nossa professora Dra. Isabela Melo Bonfim, pelas orientações, estímulos e explicações, a professora Dra. Karla Rolim pelos incentivos e ensinamentos, e a Universidade de Fortaleza pela oportunidade de integrar mais saber a nossa prática.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: COMO PRÁTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO HUMANIZADO

**Francisco Elinaldo Santiago Bastos<sup>1</sup>, Andreza Moita Morais<sup>2</sup>, José Flason Marques da Silva<sup>3</sup>, Maria Gabriela Miranda Fontenele<sup>4</sup>, Glaucirene Siebra Moura Ferreira<sup>5</sup>, Antônio Eliana de Araújo Aragão<sup>6</sup>**

*1 Enfermeiro, Egresso das Faculdades - (INTA), Sobral-Ceará-,Brasil, Especialista em Urgência e Emergência Adulto e Pediátrico(FIB) SC.*

*2 Discente do 9º Semestre do curso de Enfermagem na Faculdade Integral Diferenciada-(FACID), Teresina-Piauí- Brasil;*

*3 Enfermeiro, Egresso das Faculdades - (INTA), Residente em Urgência e Emergência na Santa Casa de Misericórdia de Sobral-Ceará-Brasil;*

*4 Discente do 9º Semestre do curso de Enfermagem do Centro Universitário - (UNINTA), Sobral-Ceará-Brasil, Pós- graduanda em Saúde pública com ênfase e saúde da família;*

*5 Enfermeira, Mestre em Ensino na Saúde (UECE), Docente do Centro Universitário- (UNINTA), Sobral-Ceará-Brasil;*

*6 Enfermeira, mestre e doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará- (UFC), Coordenadora do curso de Enfermagem do Centro Universitário -(UNINTA).*

E-mail: [elinaldo.santiago@hotmail.com](mailto:elinaldo.santiago@hotmail.com)

Palavras-chave: Humanização hospitalar. Paciente. Emergência. Cuidado.

### INTRODUÇÃO

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2012). A atmosfera hospitalar está associada à tensão, ao sofrimento e muitas vezes ao confronto com a morte, esses aspectos causam na maioria das vezes desconforto em sabermos que em algum momento de nossas vidas iremos vivenciar tal experiência, seja por meio de um simples exame de rotina até uma internação curta ou de longa duração (FEITOSA, 2014). Para o paciente hospitalizado, o ambiente hospitalar é percebido como uma experiência desagradável, de maneira, que os pacientes internados enfrentam muitas dificuldades, entre elas, o ambiente desconhecido, à distância do grupo familiar, o convívio com pessoas estranhas, os procedimentos invasivos, as limitações impostas pela enfermidade, bem como a perda da autonomia de seu próprio corpo (ANDRADE; MARCON; SILVA, 2013).

O Presente trabalho é um relato de experiência realizado na emergência da Santa Casa de misericórdia de Sobral/ CE (SCMS), com o ideal de levar a humanização para o setor de acordo com as necessidades. O Projeto é baseado na política do humaniza SUS que é uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, possuindo uma Coordenação vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde e conta com um Núcleo Técnico sediado em Brasília e um quadro de consultores espalhados pelo Brasil que trabalham de forma integrada com as demais secretarias e órgãos do Ministério da Saúde, apoiando as atividades de cooperação para o desenvolvimento dos projetos e das inovações no modelo de atenção e gestão do SUS nos estados, nos municípios e nas instituições de saúde. De acordo com o dicionário da educação profissional de saúde, humanização em saúde volta para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos. Transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e corresponsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde. Por isso, falamos da humanização do SUS (HumanizaSUS). A Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) foi fundada em 25 de maio de 1925, pelo o bispo dom José Tupinambá da Frota, é uma instituição filantrópica, é um Hospital de referência para uma população de cerca de 1,6 milhão de habitantes, que compreende a assistência de toda a macrorregião norte. A Emergência funciona desde a inauguração do Hospital, trabalha com equipe multiprofissional; e tem cobertura as 24 hs do dia; traz um atendimento de alta complexidade e atende hoje cerca de 61 municípios da região norte. O projeto de Humanização Hospitalar na Emergência da SCMS visava atender aos pacientes e seus respectivos familiares com dedicação, atenção, respeito e ética.

Contribuir viabilizando de maneira universal e integral para a humanização no atendimento dos usuários e familiares da emergência de um hospital de referência da zona norte do Ceará.

### METODOLOGIA

Relato de experiência de caráter descritivo, vivenciado pelos acadêmicos, profissionais e docentes de Enfermagem do Projeto de Pesquisa e Extensão de Humanização Hospitalar: HUMANIZAR-SE PARA HUMANIZAR

do Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), por meio de ações acolhedoras, prestando assistência de orientação e apoio psicológico aos usuários e familiares assistidos no serviço de emergência do referido hospital. Em março de 2016, foram selecionados 20 acadêmicos do Curso de Enfermagem. Critérios de inclusão: Participante assíduos do projeto de Extensão cuja participação consiste em três momentos: primeiro: o aluno precisa participar das reuniões do projeto no INTA. As reuniões acontecem todas as quintas-feiras no horário de 7:00 hs a 18:00 hs no Anexo A. O segundo momento inclui a participação do aluno das reuniões da Pastoral Hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de Sobral todas as primeiras terça-feira de cada mês as 19:00 hs. E no terceiro momento o aluno precisa cumprir a escala de atividades da emergência. São escalados dois acadêmicos pela a manhã das 07:00 às 11:00 hs e outros dois pela à tarde das 13:00 às 17:00 hs, durante a semana (segunda-feira á sexta-feira).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ficávamos no acolhimento, no qual recepcionávamos os pacientes e seus respectivos familiares, ajudando-lhes com apoio psicológico, e aos direcionamentos de setores no qual eram encaminhados, contribuindo assim para a diminuição das filas e do tempo de espera, fazendo um atendimento acolhedor, garantindo o direito dos usuários. O primeiro contato dos pacientes na emergência do Hospital acontece com os acadêmicos de enfermagem, no qual encaminha aos acadêmicos-bolsista de enfermagem ou ao Tec. De enfermagem que estavam no plantão. O mesmo Fazia a ficha do cliente e a seguir encaminhava essa ficha, a qual era preenchida de acordo com a classificação de risco de cada cliente com as cores verde (área destinada a pacientes não críticos), amarelo (área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada), ou vermelho (área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas). Nós integrantes do projeto de extensão ficamos responsável pelo acompanhamento do paciente para o seu respectivo setores. Era de nossa responsabilidade conversar ou tentar acalmar os pacientes e seus familiares, pois muitos não entendiam a grande demanda do Hospital e a classificação de risco. Éramos responsáveis também por fornecer as informações sobre a situação dos pacientes e por meio de escuta das principais queixas prestávamos outras orientações.

## CONCLUSÃO

Portanto, concluímos que estar na Emergência do hospital de referência é uma experiência ímpar para nós acadêmicos das Faculdades INTA, pois é muito significativo receber daquelas pessoas que são carentes de informação um sorriso, um muito obrigado. Ficou explicito no final do semestre que tanto os gestores e os profissionais que atuam na emergência do hospital, como os usuários do serviço, estavam satisfeito com o nosso trabalho de humanização hospitalar. Neste momento único de nossa vida acadêmica, nós que participamos do projeto de extensão hospitalar tivemos a oportunidade de mostrar toda a nossa dedicação, compreensão, compromisso e amor pela a enfermagem, pois enfermagem é cuidar do próximo e é exatamente isto que a Projeto Humanizar-se para Humanizar faz.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, ministério da saúde, secretaria executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

**Humaniza SUS, política nacional de humanização.** Brasília – DF, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)> Acesso em 17 de Jun de 2014.

ELSEN, I.; MARCON, S. S; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá (PR): EDUEM; 2002.

ANDRADE, O. G; MARCON S.S; SILVA D. M. P. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar.

**Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre (RS) 2013 jul;18(2): 123-32. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034700988998021&lng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034700988998021&lng=)

WATSON J. Whatson's theory of transpersonal earring. In: Walhu PH, Neuman B. Blueprint for nes of nursing models: education, research, pratice and administration. New York (NY): NLN Press; 1985. P.141- 84.

PENNA, T. L. M. **Dinâmica Psicossocial de famílias de pacientes com câncer.** 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/sciel974646363800S003471672005000200021&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em 27 mar. 2014.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. **Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem.** **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 58, n. 2, abr. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672005000200021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672005000200021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 27 mar. 2014.

ELSEN, I.; MARCON, S. S; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá (PR): EDUEM; 2012.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus primeiramente por ter realizado esse trabalho gratificante, a Santa Casa de Misericórdia de Sobral e especialmente ao Centro Universitário-(UNINTA), Sobral-CE junto ao curso de graduação em Enfermagem.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PREVENÇÃO COMORBIDADES CARDIOVASCULARES EM DEPENDENTES QUÍMICOS

Ana Káren Pereira de Souza<sup>1</sup>, Dalverlanio Pereira de Oliveira<sup>2</sup>, Maria Tanízia Pereira Rocha<sup>3</sup>, Jéssica Pinheiro Carnaúba<sup>4</sup>, Kátia Rangelly Alves de Oliveira<sup>5</sup>, Erika Rachel Pereira de Souza<sup>6</sup>

1 Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Auditoria de Saúde pela Faculdade Teológica e Filosófica, Enfermagem cardiovascular Universidade Estadual do Ceará (UECE), Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Leão Sampaio (FLS) e Enfermagem Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2 Educador Físico graduado pela Instituto Federal do Ceará (IFCE).

3 Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

4. Enfermeira graduada pela Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS), Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Vale do Acaraú (UVA), Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Fortaleza, Ceará, Brasil.

5 Enfermeira graduada pela Faculdade Universidade Regional do Cariri (URCA), Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdades Integradas de Cruzzeiros (FIC), Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Obstetrícia pela Faculdades Integradas de Cruzzeiros (FIC)

6 Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

E-mail: anakaren.ps@hotmail.com

Palavras-chave: Prevenção. Doenças cardíacas. Educação em saúde. Fator de risco.

### INTRODUÇÃO

Ultimamente, o número de usuários que procuram os serviços de saúde com sintomas potenciais de eventos cardiovasculares tem aumentado, sendo necessário realizar medidas preventivas e promoção da saúde, pois estas visam à diminuição dos casos de doenças cardíacas. Maraj (2010) evidencia que 5 a 10% dos atendimentos de emergência são decorrentes ao uso de substâncias psicoativas. Dor no peito é o sintoma com maior frequência, sendo responsável pela avaliação de cerca de 65 mil pacientes anualmente com suspeita de infarto do miocárdio. Em 1982, relataram pela primeira vez a associação entre consumo de cocaína, isquemia e infarto do miocárdio. Desde seu primeiro relato até os dias atuais, a dor torácica relacionada com o consumo de cocaína vem sendo um crescente problema entre os pacientes jovens que se apresentam aos serviços de pronto atendimento médico (REZKALLA; KLONER, 2007). No Brasil, como ocorre em todo o mundo, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade entre os adultos jovens, a primeira causa de morte dos países desenvolvidos, sendo a principal causa global para homens e mulheres e sua incidência dobra aproximadamente a cada decênio de vida (COELHO, 2006). As doenças cardiovasculares, ao longo das últimas décadas, tem se tornado o principal problema de saúde pública e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as mortes e incapacidades ocasionadas por doenças cardiovasculares e AVC irão ocupar o 1º e 4º lugares em 2020 na lista de causas globais de doenças. Vale ressaltar que cerca de um terço dos óbitos no Brasil foram creditados às doenças cardiovasculares (MALTA et al, 2009). Não existem evidências que sugiram a relação entre o uso de cocaína e a ocorrência de uma doença vascular, ou que seja ela se caracteriza como um pré-requisito para o desenvolvimento de eventos cardiovascular, embora possa ser um fator potencializador do risco, como ocorre com a nicotina e o álcool (MARAJ, 2010). O despertar para a realização deste estudo residuiu ao evidenciar fatores de riscos para doenças cardíacas em pacientes dependentes químicos em abstinência de um serviço de saúde, durante os atendimentos de enfermagem. Por essas evidências tornou-se necessário realizar ações voltadas para abordagem educativa, promovendo prevenção e reduzindo as consequências das doenças cardiovasculares, pois quando um homem a compreende pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias (FREIRE, 1981). Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo central descrever uma experiência vivenciada com pacientes dependentes químicos, abordando a temática promoção em saúde.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência vivenciado em uma educação em saúde, realizada no Núcleo de Atendimento ao Dependente Químico de Fortaleza, Ceará, pertence ao Governo do Estado do Ceará. A unidade possui 23 leitos masculinos, com período de internação em torno de 15 dias, o qual tem como objetivo proporcionar a desintoxicação de substâncias psicoativas, prestar atendimento interdisciplinar e promover atividades de ensino e pesquisa, a fim de aprimorar as técnicas na assistência ao dependente químico. Neste setor a enfermeira atua com atendimentos individuais, como também, realiza grupos educativos sobre saúde

e prevenção. Participaram do estudo 23 pacientes do sexo masculino, dependentes químicos, em fase de desintoxicação os quais estavam internados na unidade no período de 15 de junho de 2015 a 16 de junho de 2015. A atividade educativa foi realizada no auditório da unidade, onde os pacientes estavam internados. Como processo metodológico, seguimos algumas etapas: conhecimento dos pacientes internados nesse período, temas a serem abordados, sistematização dos dados colhidos para selecionar os grupos, preparo dos temas a serem discutidos no processo educativo e implementação do processo educativo. Na realização da atividade educativa utilizamos o Método Participativo o qual, julgamos ser o mais adequado para este tipo de atividade. Para Milet & Marconi (1992), a metodologia participativa facilita a integração entre educador e educando, permitindo a participação de todos, como partes integrantes do grupo e conseqüentemente com melhor aproveitamento e aprendizado. Possibilita não só o repasse de informações, mas também, sentirem-se seguros por serem membros do grupo, o qual propiciará a livre comunicação e o questionamento do assunto em discussão, de maneira a fixarem melhor o seu aprendizado. Utilizamos também a técnica de dinâmica de grupo, utilizando recursos como: cartazes, cartões, desenhos formando um jogo educativo. Para um melhor conhecimento dos pacientes, surgiu a necessidade de levantar dados como faixa etária, nível de instrução, tipo de substância psicoativa em uso, tabagistas, hipertensos, diabéticos e cardiopatas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em razão do aumento na prevalência das doenças cardiovasculares e o aumento dos fatores de riscos em usuário de substâncias psicoativas, torna-se de fundamental importância a realização de ações educativas aos dependentes químicos com enfoque nos fatores de risco que ocasionam as doenças cardíacas e as conseqüências do uso de substâncias químicas no sistema cardíaco, pois o uso de substâncias psicoativas como a maconha, cocaína e crack interferem no sistema cardiovascular. Assim, a enfermagem tem um importante papel na promoção e prevenções dos fatores de risco, como a principal ferramenta a educação em grupo. Atividade foi desenvolvida em 15 e 16 de junho de 2015 e teve início a partir da experiência vivida em grupos realizados diariamente com dependentes químicos sobre as conseqüências das drogas no organismo e nesse momento surgiram vários questionamentos sobre os efeitos da droga no coração. Como também, durante os atendimentos de enfermagem verificaram-se os vários fatores de riscos presentes no dependente de substâncias psicoativas. Quando pensamos em realizar uma atividade educativa foi com o propósito de compartilhar conhecimento e saberes, pois segundo Pereira (2005) as práticas de ensino devem ser desenvolvidas com a finalidade de debater e promover a decisão em relação a atitudes e práticas de saúde, através da reflexão crítica de todos envolvidos. A partir levantamento de dados realizado no dia 15 de junho de 2015 identificamos que dos 23 pacientes interno a faixa etária variava de 23 anos a 60, com predominância de adultos jovens; o nível de instrução era diversificado, sendo a maior parte com ensino médio. Quanto á substância de dependência, oito eram alcoolistas e 15 usuários de múltiplas drogas, como o álcool, crack, cocaína e maconha. Dentre os 23 pacientes, 15 eram tabagistas. Quanto às comorbidades cardíacas, verificamos dois pacientes hipertensos, um hipertenso e diabético, um paciente diabético e com pé diabético fazendo uso de insulina e um cardiopata, diabético fazendo uso de insulina. Como havia uma preocupação em relação á prevenção de doenças cardíacas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, consideramos pertinente iniciarmos nossa educação em saúde com o tema efeitos das drogas no coração. Nesse primeiro encontro, colocamos o questionamento, porque o conhecimento da prevenção de doenças cardíacas era importante para eles, e três pacientes evidenciaram que o álcool e o cigarro são fatores de risco para a pressão alta e que a cocaína deixa o coração mais acelerado. Em seguida entregamos uma folha para cada paciente com um lápis para definirem o prazer do álcool, cigarro e cocaína, os danos que estas substâncias causam no coração e como prevenir os danos do coração. E por meio de um cartaz elencamos os efeitos que o álcool, a maconha e cocaína causam no coração, enfatizando que o uso sistemático do álcool pode ocasionar danos ao tecido do coração e elevar a pressão sanguínea causando palpitações, falta de ar e dor no tórax e as substâncias ilícitas causam vasoconstrição, taquicardia, elevação da pressão arterial, aumento do consumo de oxigênio e alteração do ritmo cardíaco podendo levar a morte. No segundo encontro, no dia 16 de junho de 2015, dividimos os pacientes em dois grupos e entregamos as cartas. Para um grupo entregamos cartas sobre fatores de riscos e ao outro grupo foi entregue cartas sobre prevenção. Os grupos receberam cartas com ilustrações sobre os temas e cartas com textos explicativos, os quais se relacionavam. Solicitamos para os grupos que as cartas passassem por cada participante do grupo, após serem analisadas por cada participante, as cartas deveriam ser associadas, as gravuras aos textos. O grupo 01 recebeu um jogo de cartas sobre fatores de risco e o grupo 02 um jogo de carta sobre prevenção. Solicitamos que as cartas fossem vistas por todos participantes e em seguida que o grupo 01 apresentasse as cartas dos fatores de risco a todos. Para cada figura de um fator de risco havia uma carta explicativa e após comentarmos as cartas estas foram expostas em cartolinas. Esclarecemos o que significava fatores de risco e sua relação com as doenças cardíacas. Ao apresentarem cada fator de risco explicávamos sua significância em relação ao fator de risco. Informamos que os fatores genéticos provavelmente desempenham algum papel na pressão alta, doença cardíaca e outras condições vasculares. Evidenciamos que o fumo eleva o risco de doenças cardiovasculares,

promove arteriosclerose e eleva os níveis de fatores coagulantes do sangue e a nicotina eleva a pressão sanguínea e o monóxido de carbono reduzindo a quantidade de oxigênio que o sangue pode transportar. Alertamos que a exposição prolongada à fumaça do fumo de outras pessoas também pode elevar o risco de doenças cardiovasculares em não fumantes. Orientamos que os padrões de dieta têm sido relacionados a doenças cardiovasculares, os quais incluem ingestão alta de gordura saturada e colesterol, o que eleva o colesterol no sangue e promove arteriosclerose. Muito sal ou sódio na dieta pode ocasionar elevação na pressão sanguínea. A baixa de sódio e a ingestão alta de potássio, bem como o consumo de frutas e legumes, estão associadas a uma redução da hipertensão e das doenças que surgem da hipertensão, como o acidente vascular cerebral e a demência. Os padrões alimentares como, consumo de quantidades e tipos de gorduras, colesterol, óleos vegetais e peixes são importantes na doença cardíaca coronariana. Nesse mesmo momento relatamos que o sedentarismo está relacionado com o desenvolvimento de doenças cardíacas e pode ter impacto em outros fatores de risco, como obesidade, pressão alta, triglicérides altos, baixos níveis do (bom) colesterol HDL, e diabetes. Informamos que a atividade física regular contribui reduzindo esses fatores de risco e que a obesidade está relacionada a altos níveis do colesterol (ruim) LDL e triglicérides, baixos níveis do colesterol (bom) HDL, pressão alta e diabetes. Um participante questionou o significado de sedentarismo, sendo então dito que se dá a falta de exercício físico regular e que está muito associado à obesidade. Sendo pertinente ao momento, evidenciamos que o consumo excessivo de álcool e outras drogas ocasiona elevação na pressão sanguínea e aumenta o risco de doenças cardiovasculares. Ingerir muito álcool também eleva o nível de triglicérides, o que contribui para arteriosclerose. Logo depois, o grupo dois apresentou as cartas sobre prevenção, sempre evidenciando a ilustração e o texto explicativo. Para esse grupo, solicitamos que interpretassem as ilustrações e depois associassem ao texto. E assim esclarecemos a importância do exercício físico regular, de intensidade moderada em dias sequenciais e no período mínimo de 30 minutos. Foram dadas orientações quanto à alimentação orientando preferir verduras verdes, alimentos com baixo teor de gordura e sal, preferir carnes brancas e frutas e se alimentar regularmente a cada três horas. Enfatizamos a necessidade do controle da pressão arterial, diabetes e colesterol e devem seguir rigorosamente o tratamento. E o principal para este grupo evitar o álcool e outras drogas como o cigarro e cocaína. Após esse momento educativo finalizamos mostrando quais fatores de riscos eram presentes em suas vidas e como poderíamos prevenir futuras complicações cardíacas, sendo elencado como fatores de risco o consumo de drogas, principalmente o álcool, hipertensão e a falta de exercício físico. A forma de prevenção relatada por alguns seria a mudança no estilo de vida o qual favorece a abstinência de drogas. Foi percebido que a mudança no estilo de vida estava sendo realizada por eles, pois o durante a internação os pacientes realizam atividades física, controle rigoroso da pressão arterial, colesterol e diabetes, como também suas refeições são a cada três horas com controle nutricional. Logo após, foi fornecido para cada participante um cartão como se devem prevenir as doenças cardíacas, como forma informação. Nesse cartão continham as mesmas gravuras e uma frase esclarecendo as formas de prevenção. A avaliação do processo educativo foi realizada ao final do encontro de forma oral e individual e voluntariamente. Considerando as opiniões dos participantes em relação aos recursos que deveria ser inserido datashou. Quanto ao método da dinâmica foi satisfatória, pois estimulou a participação de todos integrantes. Em relação à linguagem e compreensão do conteúdo foi favorável tendo em vista que foi utilizada uma linguagem popular e material didático. Ao final foi percebido por muitos que o período de internação tem favorecido a mudanças no estilo de vida dos pacientes, pois são propostas atividades físicas e alimentação adequada. Foi também questionado o consumo de cigarro na unidade, sendo então, orientados que não se pode proibir o consumo sem o tratamento associado. Para a maioria dos pacientes a atividade foi interessante e satisfatória, pois muitos puderam expor seus conhecimentos diante dos temas abordados e quanto aos recursos utilizados foi atrativa por causa das ilustrações, sendo então, sugeridas pelo grupo que esta atividade fosse realizada todas as semanas e foi sugerido o tema o prejuízo do cigarro e os efeitos no organismo para grupos educativos posteriores.

## CONCLUSÃO

Ao desenvolvermos a estratégia de Educação em Saúde percebemos como é importante e desafiador refletir sobre como os participantes pensam sobre o seu corpo, como ele se relaciona com o processo saúde/doença e sobre as condições ambientais que interferem nessa relação. É necessário refletir sobre as formas de pensar, sentir e agir para assim, desenvolver estratégias de ensino aprendizagem envolventes, interessantes e proveitosas para as partes envolvidas, de modo que haja um compartilhar de conhecimentos para enriquecimento mútuo. Esta Educação em Saúde demonstrou a ampliação dos territórios de ação do enfermeiro, quanto a sua atuação na saúde mental, pois este exerce a responsabilidade de promover a prevenção e propicia a construção da cidadania dos sujeitos sob os cuidados e da premência da inclusão do dependente químico nas ações gerais e específicas da saúde. Dessa forma, concluímos que praticar Educação em Saúde é realizar tarefas que nos tornam mais humanizados e multiplicadores do saber.

## REFERÊNCIAS

- IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. n.88, p.2-19, 2007.
- AVEZUM, A.; GUIMARÃES, H.P.; PIEGAS, L.S. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo e no Brasil. In: Nobre F, Serrano Junior CV, organizadores. Tratado de cardiologia SOCESP. São Paulo(SP): Manole; p.22-33, 2005.
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica: Prevenção Clínicas de Doenças Cardiovasculares, Cerebrovascular e Renal Crônica. n,14, 2006.
- COELHO, A.M. Estratificação de Risco Cardiovascular em Doentes Hipertensos de uma lista de Utentes. Revista Port Clin Geral, v.8, p.22-41, 2006.
- COLTROL, R.S; MIZUTANIL, B.M; MUTTIL, A et al. Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. Rev Assoc Med Bras, v. 5, n.55, p.606-610, 2009.
- FREIRE, P.R.N. "Educação e Mudança". Rio de Janeiro: Paz e Terra.1981.
- GAZIANO, T.A; YOUNG, C.R; FITZMAURIE, G.A.S; GAZIANO, J.M. Laboratory-based versus non-laboratory-based method for assessment of cardiovascular disease risk: the NHANES I Follow-up Study cohort. Lancet. p.923-931, 2008.
- PEREIRA, A. L. Educação em saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul, SP: Yendis. cap.3, p.25-46, 2005.
- PIEGAS et al for the AFIRMAR Study Investigators. Risk Factors for Myocardial Infarction in Brazil. Am Heart J, v.8, p.146: 331, 2003.
- POTT JUNIOR, H; FERREIRA, M. C. F. Infarto do miocárdio induzido por cocaína. J Bras Patol Med Lab. v. 45, n. 5, p. 385-388, outubro 2009.

## AGRADECIMENTOS

As equipes da Unidade de Desintoxicação do Hospital Mental de Messejana Fortaleza/CE, pelos conhecimentos compartilhados e pelas contribuições ao presente estudo. A Universidade Estadual do Ceará pelo auxílio na realização desse trabalho.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PREVALÊNCIA DA COLONIZAÇÃO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

Giselle Mary Ibiapina Brito<sup>1</sup>, Matheus Sousa Marques Carvalho<sup>2</sup>, Vanessa Moura Carvalho de Oliveira<sup>3</sup>, Braulio Vieira de Sousa Borges<sup>4</sup>, Polyana Maria Oliveira Martins<sup>5</sup>, Rosilane de Lima Brito Magalhães<sup>6</sup>.

1. Discente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado. Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil.

2. Discente do Programa de Pós Graduação em Ciências e Saúde, Nível Mestrado. Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil

3. Discente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado. Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil

4. Discente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado. Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil

5. Discente de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil

6. Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil

E-mail: rosilane@ufpi.edu.br

Palavras-chave: *Staphylococcus aureus*. HIV. Fatores Epidemiológicos.

### INTRODUÇÃO

O *Staphylococcus aureus* é uma bactéria gram-positiva que tem como sítio preferencial as narinas, considerada protagonista na etiologia de diversas infecções humanas. O mesmo é reconhecido como sendo flora normal humana, encontrado também em outros locais como nas virilhas, axilas e mãos. A prevalência dessa colonização depende da população que está sendo estudada, tendo uma média de 37,2% na população em geral e taxa de até 35,5 % em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em sítio nasal (SILVA et al., 2012; REINATO et al., 2013). As infecções estafilocócicas são geralmente superficiais e leves na maioria dos pacientes, mas podem tornar-se graves em recém-nascidos, pacientes cirúrgicos, carcinomatosos, diabéticos ou portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), no qual o sistema imunológico apresenta-se deficiente. A relação desses microrganismos com o organismo, geralmente acontece por simbiose (Bastos et al., 2013). A infecção ocorre quando há invasão do hospedeiro e deficiência no sistema imunológico, apresentando-se como patógenos oportunistas (OLIVEIRA, 2011). Uma característica de importância sobre o *Staphylococcus aureus* é a sua elevada capacidade de adquirir resistência aos antibióticos. O mecanismo de resistência dos *Staphylococcus aureus* meticilina resistente (MRSA) está relacionado à alteração de proteínas ligadoras de penicilina (PLPs) codificada pelo gene *mecA*. A presença da PLP2a faz com que a meticilina e os compostos penicilina penicilinase resistentes (PPR) tenham baixa afinidade pelo local de ligação na bactéria, a parede celular e, conseqüentemente, deixem de ser efetivos (CATÃO et al., 2013). A colonização de indivíduos com HIV/Aids por microrganismos patogênicos tem sido associada a maior risco de morbidade e de mortalidade, principalmente quando relacionada ao *Staphylococcus aureus*, em razão da deficiência do sistema imunológico, sendo este um patógeno oportunista (CHACKO; KURUVILA; BHAT, 2009). Diante do que foi exposto é importante ressaltar que as Políticas de Saúde, no Brasil, encontram-se organizadas a partir da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS), que tem como objetivo participar da formulação e implementação das Políticas da Atenção Básica e Especializada, organizadas em áreas departamentais, com o foco na Promoção da Saúde. Ressalta-se que o tratamento da infecção por HIV ocorre por meio de antirretrovirais com recebimento mensal, realização de exames, conforme rotina, e pode ser realizado em ambiente hospitalar ou ambulatorial. O presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência do *Staphylococcus aureus* em pessoas com diagnóstico para HIV, a partir das evidências científicas no período de 2012 a 2016.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa que tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, de modo sistemático e ordenado, na medida em que proporciona o aprofundamento do conhecimento acerca da lacuna no tema investigado e por permitir a síntese de vários estudos publicados e conclusões gerais de uma particular área de estudo (Mendes, 2008). Dessa forma, foram utilizadas as etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento (Mendes, 2008). Adotou-se com questão norteadora, a saber: qual a prevalência do *Staphylococcus aureus* em pessoas com diagnóstico para HIV, a partir das evidências científicas? Assim, utilizou-se a técnica PVO (para a referida questão, em que



P refere-se à situação problema, participantes ou contexto (pessoas diagnosticadas com HIV); V refere-se às variáveis do estudo (prevalência), O aplicasse ao desfecho ou resultado esperado (identificar a colonização de *Staphylococcus aureus* nessa população). Baseado nessa técnica e com a escolha dos descritores efetuou-se a busca nas seguintes bases de dados via portal de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES- Periódicos), a saber: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (National Library of Medicine) e Science Direct, coletado em agosto de 2017. Aplicou-se os operadores booleanos (AND e OR) aos componentes da escala PVO. Dessa maneira, aplicaram-se duas maneiras de estratégias de busca em português e inglês, com base nos descritores encontrados no Ciências da Saúde (DeCs) e no Mesh (Medical Subject Headings): (*Staphylococcus aureus* and HIV and Fatores Epidemiológicos); (*Staphylococcus aureus* and HIV and epidemiologic factors). Como critérios de inclusão estabeleceram-se: artigos publicados no período de 2012 a 2016, nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra nos meios eletrônicos e indexados com um, ou mais, dos descritores estabelecidos. Sendo assim, foram excluídos os artigos que não atenderam a estes critérios e sendo encontrado em mais de uma base de dados. A opção por esse período de publicação pode ser justificada pelo aumento de ocorrências das infecções e ao mesmo tempo que ocorreu uma maior preocupação com essa temática, com intervenções a níveis mundiais, e por ser um período recente, últimos 5 anos, que caracteriza os artigos como recentes e atuais. Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento previamente analisado quanto à forma e conteúdo, que contemplou: identificação do artigo (título da publicação e do periódico, base de dados indexada, autores, país, idioma, ano de publicação, local de realização do estudo), introdução e objetivos, características metodológicas, resultados e conclusão, bem como área de atuação dos autores e prevalência de *Staphylococcus aureus* encontrada. Cabe ressaltar que a busca, a análise e a avaliação dos estudos foram realizadas aos pares. Em seguida foi organizada em 02 categorias, a saber: prevalência de colonização por *Staphylococcus aureus* encontrada em pessoas diagnosticadas com HIV e fatores de risco para colonização por *Staphylococcus aureus* em pessoas com HIV.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de artigos (n=536), obteve-se 234 (43,7%) na base de dados PubMed, 273 (50,9%) na Science Direct e 29 artigos (5,4%) na LILACS, apenas 17 estudos constituíram essa revisão integrativa. A caracterização desses artigos mostrou que em relação ao ano de publicações dois (15,4%) dos artigos selecionados são do ano de 2012; um (7,7%) em 2013; dois (15,4%) em 2014; cinco (38,5%) no ano de 2015; e três (23,1%) 2016. No que tange ao recorte temporal de publicação pode-se considerar que os estudos com a abordagem em questão vêm crescendo ao longo dos anos, visto que o número de publicações triplicou com relação ao ano de 2012 e 2015. Em relação ao local que estes estudos foram realizados o Brasil foi onde mais se encontrou publicações, com 30,8%, seguido dos Estados Unidos com 23,1%; Europa e Nigéria tiveram o mesmo número de publicações com 15,4%; Gana e Irã, 7,7% cada. A prevalência de colonização por *Staphylococcus aureus* em pessoas diagnosticadas com HIV nos artigos encontrados e analisados, variou de 1% a 33%. Estudos apontam uma taxa média de prevalência de até 35,5% em pessoas que apresentam o HIV. Essa prevalência depende dos locais coletados, do grupo populacional que está sendo estudado (SILVA et al., 2012; REINATO et al., 2013). Estudo realizado na Nigéria, analisou a prevalência de *Staphylococcus aureus* na cavidade nasal em pacientes portadores de HIV em comparação com os indivíduos aparentemente saudáveis. No total, 374 pacientes infectados pelo HIV e 370 indivíduos saudáveis que participaram do estudo, foi observado a colonização de *Staphylococcus aureus* em 125 participantes com HIV, e 77 participantes saudáveis. Assim o transporte nasal foi significativamente mais prevalente em indivíduos infectados pelo HIV em comparação com indivíduos saudáveis, 33% e 21%, respectivamente (OLALEKAN, et al., 2012). No estudo de Farley et al., (2015) realizado nos Estados Unidos, com 500 pessoas com HIV e que vivem em condições de risco para transmissão desse vírus, mostrou uma prevalência de 15,4% (77 indivíduos) de colonização por MRSA, sendo os locais anatômicos mais comuns foram narinas de 46 indivíduos (59,7%) e na orofaringe de 45 indivíduos (58,4%). Em Barcelona, Espanha, um estudo semelhante, porém com uma população de menor risco, mostrou uma colonização de 1% (2/190) na cavidade nasal e 2% (1/110) na orofaringe de colonização por MRSA. Isso mostra a variação de prevalência entre grupos populacionais, além de poder se apontar a presença de CA-MRSA na comunidade (FARLEY et al., 2015; IMAZ et al., 2015). Em estudos realizados no Brasil, verificou-se uma prevalência de colonizados que variou de 12,8 a 27,2%, sendo que as taxas de MRSA variaram em até 21,8%. Um estudo realizado com 117 jovens diagnosticados com HIV de dois centros de referência, teve frequência média de colonização por MRSA foi de 10,4%. Outro estudo com 169 indivíduos com HIV/Aids, foi identificado *Staphylococcus aureus* nos exames de cultura de 46 (27,2%) dos indivíduos, evidenciando-se resistência à oxacilina em 10 (21,8%) participantes. Okado et al., 2016, comparou com os profissionais da saúde, onde mostrou que estes só apresentaram 4,1% de MRSA enquanto os pacientes com HIV, 12,8%. Esses estudos apontam a importância de uma vigilância maior nesses pacientes, além de medidas de biossegurança que devem ser aplicadas aos profissionais da saúde, uma vez que estes podem ser disseminadores MRSA no ambiente hospitalar (VIEIRA, et al., 2016; REINATO et al., 2013; OKADO, et al., 2016). No de Farley et al., (2015) realizado nos Estados

Unidos, dos 500 participantes 87% estava em terapia anti-retroviral e 73,4% com cargas virais indetectáveis. De acordo com esse estudo, e visto também no estudo de Demarchi et al., (2012) o uso da terapia anti-retroviral HIV (ART) reduziu as chances de colonização por MRSA. A terapia anti-retroviral foi um indicador substituído de um maior envolvimento na atenção primária ambulatorial e menos encontros com hospitais e outras instituições de saúde onde o contato e transmissão de MRSA podem ocorrer. O maior envolvimento nos cuidados primários, aumenta a prevenção primária, pode estar associada a proteção de colonização por MRSA, independentemente do estágio da doença HIV (FARLEY, et al., 2015). Estudo afirma que pacientes com HIV hospitalizados por mais de cinco dias teve 14% de maior risco de aquisição de MRSA. Outros fatores como a diabetes, infecções anteriores ou co-infecções, e uma história de colonização e infecção por MRSA também foram relatados como fatores de risco para a aquisição do patógeno (FERREIRA, et al., 2014). A colonização por MRSA pode estar relacionada a pessoas que vivem com baixa renda ou em comunidade com alta densidade demográfica (por exemplo: favelas) do que com fatores clínicos relacionados com o HIV. O elevado contato entre as pessoas facilita a disseminação da bactéria que pode ser encontrada principalmente na cavidade nasal e orofaríngea, além das mãos, o principal veículo de transmissão (VIEIRA, et al., 2016). Outros fatores de risco para a colonização/infecção por MRSA em indivíduos infectados pelo HIV são o uso de antimicrobianos e hospitalização anterior. As infecções causadas por MRSA é uma questão importante no manejo clínico de pacientes com HIV, para isso mais estudos avaliando os fatores de risco e as melhores técnicas para identificar e caracterizar os isolados destes pacientes são necessários (FERREIRA, et al., 2014).

## CONCLUSÃO

A prevalência de colonização por *Staphylococcus aureus* em pessoas diagnosticadas com HIV nos artigos encontrados e analisados, variou de 1% a 33%, mostrando-se elevada em algumas regiões, porém ainda no limite aceitável que a literatura informa. A maior preocupação é com relação as amostras resistentes a antimicrobianos, apresentando números altos. Com isso são necessários mais estudos para de fato determinar melhores intervenções para esses pacientes que estão maiores expostos a esse patógeno. Por que está relacionada diretamente com a promoção da saúde do paciente, pois evitará novas infecções e possíveis novas internações.

## CONCLUSÃO

BASTOS, V. M. P. et al. Comparação da incidência, da prevalência da colonização, e da resistência de *Staphylococcus aureus* em diferentes populações humanas. **Revista Uniabeu**. v. 6, n. 13, 2013.

CATÃO, R. M. R. et al. Prevalência de Infecções Hospitalares por *Staphylococcus aureus* e perfil de suscetibilidade aos antimicrobianos. **Rev enferm UFPE**, v. 7, n. 8, p. 5257- 64, 2013.

CHACKO J.; KURUVILA M.; BHAT G. K. Factors affecting the nasal carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in human immunodeficiency virus-infected patients. **Indian J Med Microbiol**. v. 27, n.2, p:146-8, 2009.

FARLEY, J. E. et al. Prevalence and risk factors for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in an HIV- positive cohort. **Am. J. Infect. Control**. v. 43, n.4, p:329-335, 2015.

FERREIRA, D. C. et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in HIV patients: Risk factors associated with colonization and/or infection and methods for characterization of isolates - a systematic review. **Clinics**. v. 69, n. 11, 2014.

IMAZ, A. et al. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization in HIV-infected patients in Barcelona, Spain: a cross-sectional study. **BMC Infect Dis**. 15: 243. 2015.

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm** 2008; 17(4):758-764.

OKADO J. B. et al. Molecular analysis of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* dissemination among healthcare professionals and/or HIV patients from a tertiary hospital. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**. v. 49, n.1, p:51-56, 2016.

OLALEKAN A. O. et al. Clonal expansion accounts for an excess of antimicrobial resistance in *Staphylococcus aureus* colonising HIV-positive individuals in Lagos, Nigeria. **Int. J. Antimicrob. Agents**. v. 40, n. 3, p: 268-272, 2012.

OLIVEIRA, H. C. M. et al. Comparação da microbiota oral e das mãos dos alunos que cursam o primeiro e último período de cursos da área da saúde de uma instituição de ensino superior. **Anuário da produção de iniciação científica discente**. v.14, n.26, 2011.

- RAMOS, M. F. H. et al. Caracterização das Pesquisas sobre Eficácia Coletiva Docente na Perspectiva da Teoria Social Cognitiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 32, n. 1, p: 91-99, 2016.
- REINATO, L. A. F. et al. Colonização nasal por *Staphylococcus aureus* em indivíduos com HIV/Aids atendidos em um hospital-escola brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Vol. 23, n. 6, p: 1235-1239. 2013.
- SILVA, E. C. B. F. et al. Colonization by *Staphylococcus aureus* among the nursing staff of a teaching hospital in Pernambuco. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. V.46, n.1, pp. 132-137, 2012.
- VIEIRA, M. T. et al. Living Conditions as a Driving Factor in Persistent Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Colonization Among HIV-Infected Youth. **Pediatr. Infect. Dis. J.** 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaríamos de agradecer a Prof. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães por suas valiosas orientações, ao grupo de estudo GEDI pela união, e conhecimentos compartilhados. A Universidade Federal do Piauí pelo incentivo e apoio.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## RELAÇÃO ENTRE OCORRÊNCIA DE ENDOMETRIOSE E SOFRIMENTO PSÍQUICO

Luis Adriano Freitas Oliveira<sup>1</sup> (PG), Aline Veras Morais Brilhante<sup>2</sup> (PQ), Lilia Andrade Lourinho<sup>3</sup> (PQ).

*1 Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.*

*2 Professora do Curso de Graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.*

*3 Professora do Programa de Pós em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.*

E-mail: [adrianojs03@gmail.com](mailto:adrianojs03@gmail.com)

Palavras-chave: Endometriose. Saúde Pública. Sofrimento Psíquico.

### INTRODUÇÃO

A endometriose está associada à depressão, a ansiedade e qualidade de vida prejudicada nas mulheres acometidas. É uma doença em que há presença de tecido endometrial fora do útero causando uma resposta inflamatória. Sendo que pesquisas mostram que as doenças inflamatórias como a endometriose podem estar associadas a doenças psíquicas devido à interação entre sistema imunológico e sistema nervoso central (FACCHIN et al, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações (SILVA e TROVO de MARQUI, 2014). Algumas lacunas estão diretamente relacionadas à endometriose, trazendo um conceito multidimensional que engloba aspectos físicos, psicológicos e sociais relacionados a uma doença ou tratamento em particular, o que poderia trazer grandes benefícios as pacientes e constituir uma excelente intervenção terapêutica (DONATTI, 2017).

Donatti (2017) afirma ainda que descobrir a doença é, sem dúvida, um importante evento na vida emocional das mulheres com endometriose, assim como, obter o diagnóstico rápido e preciso é fundamental para se intervir, melhorando as estratégias de enfrentamento do sofrimento e angústia ao aguardar respostas para o tratamento. Existindo uma forte ligação da endometriose com as doenças psicossomáticas, envolvendo uma intensa relação entre corpo e mente na sua origem.

Lorençatto, Vieira, Pinto e Petta (2002) afirmam que paralelamente questionam-se a relação entre o perfil psicológico e a intensidade da dor relatada pela paciente com endometriose e dor pélvica crônica, devido à existência de uma desordem na personalidade, à falta de correlação entre a presença dos sintomas e a extensão da doença. É a principal razão para verificar se existem diferenças no perfil psicológico de determinadas pacientes que estão associadas ao aparecimento dos sintomas, principalmente da dor pélvica crônica.

Em suma, à natureza crônica da endometriose, o potencial impacto sobre a fertilidade e relações íntimas, os atrasos no diagnóstico e a problemática das experiências de cuidados, gera um impacto social psicológico da doença sobre as mulheres e é digno de atenção. Além disso, há custos muito significativos associados à doença (CULLEY, 2013).

Diante do exposto, este estudo busca compreender a relação existente entre a ocorrência de endometriose e o sofrimento psíquico presente nas mulheres portadoras da doença.

### METODOLOGIA

O presente artigo faz parte de um estudo transversal, qualitativo, intitulado “Narrativas de dor e sofrimento: histórias de vida de mulheres com endometriose” com coleta de dados realizada no período de setembro de 2016 a janeiro de 2017, em um hospital terciário referência no Estado do Ceará na assistência obstétrica e ginecológica localizado no município de Fortaleza, que atua de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente.

A investigação qualitativa aborda uma dimensão simbólica existente nos diversos espaços sociais em que o indivíduo humano se inscreve, permitindo a obtenção de descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos, obrigando o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los (GOLDENBERG, 2004).

Para isso, a coleta de dados se deu através de entrevistas narrativas estruturadas. A relevância das entrevistas narrativas na pesquisa qualitativa importa na contribuição que este instrumento fornece para a compreensão das estruturas processuais dos cursos de vida ou trajetórias dos sujeitos pesquisados. O ato de rememorar e a narração

da experiência vivenciada de forma sequencial permitem acessar as perspectivas particulares de sujeitos de forma natural (WELLER e ZARDO, 2013).

As participantes do estudo foram recrutadas dentro do universo das mulheres com endometriose por ocasião do seu primeiro atendimento no ambulatório de endometriose da Maternidade Escola Assis Chateaubrian (MEAC) após a confirmação diagnóstica.

Foram incluídas no estudo as pacientes maiores de 18 anos, diagnosticadas com endometriose. Foram excluídas as mulheres com diagnóstico de outras patologias crônicas além da endometriose.

Após leitura e transcrição minuciosa de todas as entrevistas coletadas das participantes com seu consentimento informado e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, extraímos uma categoria relevante para análise, abordando a forte relação da endometriose com o sofrimento psíquico apresentando pelas pacientes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A mulher com endometriose pode enfrentar o sofrimento psíquico, a dor psicológica em diferentes graus de intensidade, considerando os outros sintomas clínicos. Outra consequência desse quadro patológico é o comprometimento da qualidade de vida das portadoras. Normalmente, a mulher ao vivenciar essas mudanças e experimentar esses sentimentos, ela pode desenvolver quadro de depressão que quando não é corretamente diagnosticado e tratado, interfere no tratamento da endometriose que pode se agravar com o decorrer do tempo (MATTA e MULLER, 2006). “eu menstruei e as cólicas voltaram e elas não foram mais embora e as cólicas são umas coisas tremenda, que só a portadora de endometriose entende do que eu tô falando” (A2).

De acordo com Lorençatto et al. (2007), a endometriose, além do sofrimento físico causado pelos sintomas, provoca um impacto negativo na vida da mulher, interfere no seu rendimento profissional, na sua relação com a família, afetiva e sexual, principalmente com o marido ou companheiro, limitando a sua qualidade de vida e interferindo, principalmente, na sua auto-estima. “Eu sou uma pessoa muito ansiosa, eu tenho ansiedade” (A2). “Nem um movimento eu sem conseguir fazer movimentos de nada, eu só, a tendência era só ficar deitada entendeu? Até passar as dores” (A4).

As pacientes que são acometidas por dor crônica, frequentemente reagem de forma estressante, gerando efeitos nos comportamentos diários. Tais efeitos se prolongam com o passar do tempo, tornando-as frágeis, inoperantes, sem condições para controlar a intensidade de seu problema. Os fatores psicológicos que fazem parte da síndrome dolorosa, como a mudança no humor e a ansiedade, contribuem para melhorar ou piorar o estado da paciente. Isto é, a doença pode ser intensificada ou enfraquecida de acordo com o estado emocional da paciente, afetando até mesmo a sua vida sexual em função do comprometimento da patologia (ANGELOTTI, 2007, MINSON et al., 2012). “há quatro anos eu trato a endometriose e foi uma doença que me machucou muito que eu tive que graves problemas na minha vida, principalmente psicológicos, que até hoje, eu sofro com eles” (A1).

## CONCLUSÃO

Na endometriose, os quadros frequentes de dor, da infertilidade, do diagnóstico tardio são razões que contribuem para que as pacientes colaboram para elevar os níveis de ansiedade e depressão. E apesar de a ansiedade e a depressão serem transtornos clinicamente diferentes, é comum as pessoas apresentarem ambos concomitantemente. A depressão é bastante comum em pacientes com endometriose, muitas vezes é a própria manifestação da dor, estando, por vezes, relacionada com o grau de depressão e ansiedade (SILVA, MEDEIROS, MARQUI, 2016; FIGUEIREDO e NASCIMENTO, 2008; RODRIGUES e SILVA, 2015).

A expressão qualidade de vida ligada à saúde é deliberada como o valor atribuído à duração da vida quando esta é transformada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades motivadas pela doença, tratamento e outros agravos. Em concordância com este sentido sobre a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas das mulheres com endometriose necessitam serem repensadas e reconfiguradas.

Tendo em vista a diversidade de queixas, atualmente busca-se um tratamento multiprofissional que atenda às demandas físicas e psicológicas das mulheres com endometriose. Os profissionais de saúde percebem que existe a necessidade de suporte psicológico para estas mulheres, porém ainda há poucos relatos que descrevem a realização e os resultados desse tipo de atendimento na prática cotidiana (LORENÇATTO et al, 2007).

Portanto, conclui-se que a qualidade de vida deve ser um aspecto observado no tratamento de pacientes com endometriose, sobretudo quando se consideram a influência dos aspectos psicológicos no tratamento da doença biológica.

## REFERÊNCIAS

- CULLEY, L. et al. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. **Human Reproduction Update**, v.19, n.6, p. 625–639, 2013.
- DONATTI, L. et al. Patients with endometriosis using positive coping strategies have less depression, stress and pelvic pain. **Einstein**. V.15, n.1, p.65-70, 2017.
- FACCHIN, F.; SAITA, E.; BARBARA, G.; DRIDI, D.; VERCELLINI, P. Free butterflies will come out of these deep wounds: A grounded theory of how endometriosis affects women's psychological health. **Journal of Health Psychology**. p. 1-12. January 11, 2017.
- FIGUEREDO, J.; NASCIMENTO, Ricardo. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadoras de endometriose após inserção do Sistema Intra-Uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU- LNg). **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 4, p. 20-26, 2008.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, p.107, 2004.
- LORENÇATTO, C.; VIEIRA, M. J. N., PINTO, C. L. B.; PETTA, C. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Rev Assoc Med Bras**, v. 48, n. 3, p. 217-21, 2002.
- LORENÇATTO, C.; et al. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. **Revista da Associação Médica Brasileira** v.53, n.5, p.433- 438, 2007.
- MINSON, F. P.; et al. Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.1, p.11-15, 2012.
- MATTA, A. Z da.; MULLER, M. C. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. **Psicologia, saúde e doenças**, vol. 7, n. 1, p. 57-72, 2006.
- RODRIGUES, Pamela dos Santos Costa; DA SILVA, Thiago Augusto Soares Monteiro; DE MELO, Marilei. Endometriose—importância do diagnóstico precoce e atuação da enfermagem para o desfecho do tratamento. **Revista Pró-univerSUS**, v. 6, n 1, p. 13-16, 2015.
- SILVA, M. P. C.; MARQUI, A. B. T. de. Qualidade de vida em pacientes com endometriose: um estudo de revisão. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, v.27, n.3, p. 413-421, jul./set., 2014.
- SILVA, Maria Paula Custodio; DE QUEIROZ MEDEIROS, Beatriz; DE MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó. Depressão e Ansiedade em Mulheres com Endometriose: Uma Revisão Crítica da Literatura. **Interação em Psicologia**, v. 20, n. 2, 2016.
- WELLER, W.; ZARDO, S. P. Entrevistas narrativas com especialistas: aportes metodológicos e exemplificação. **Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade**, v. 22, n. 40, p. 131- 143, jul./dez. 2013.

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, gostaria de agradecer à Universidade de Fortaleza pelo apoio nesse percurso de incentivo à pesquisa e ensino dado aos alunos da pós-graduação e também aos profissionais capacitados pelo amparo técnico-científico.

Gostaria de expressar também todo agradecimento a Dra. Aline Veras Moraes Brilhante e Dra. Lidia Andrade Lourinho pela atenção dedicada na elaboração deste estudo e em cada etapa aqui construída.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## FATORES ASSOCIADOS A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAOU: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Francisca Alanny Rocha Aguiar<sup>1</sup>, Danielle d'Ávila Siqueira<sup>2</sup>, Maria Michelle Bispo Cavalcante<sup>3</sup>, Francisco Antonio Carneiro<sup>4</sup>

*1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: alannyrocha2009@hotmail.com*

*Palavras-chave: Citopatológico. Câncer. Mulher.*

### INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) o câncer de colo do útero é o tipo mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*, cujo tipo de lesão é localizado. No ano de 2014 a estimativa era de 15.590 novos casos e o número de mortes foi 5.150 em 2011, segundo o mesmo instituto (BRASIL, 2011).

Os principais fatores de risco estão relacionados ao início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros. Devem-se evitar o tabagismo (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados) e o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, hábitos também associados ao maior risco de desenvolvimento deste tipo de câncer (LIMA; PALMEIRA; CIPOLITTE, 2008).

O exame citopatológico detecta as alterações do colo do útero e das células escamosas, denominando de neoplasia Intraepitelial de grau I (NIC I) quando atinge a camada basal do epitélio; grau II (NIC II) quando avança até três quartos da espessura do epitélio; grau III (NIC III) quando atinge todas as camadas e o carcinoma invasor que são as alterações em grau mais elevado invadindo o tecido conjuntivo abaixo do epitélio (MENDONÇA et al., 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) segue orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizando como estratégia para detecção precoce do câncer de colo o exame de Papanicolaou. Este exame deve ser realizado a cada três anos após dois resultados normais ou negativos para câncer (BRASIL, 2010).

Segundo Nascimento, Nery e Silva (2012), para que haja a aceitação e a procura para realizar o exame de prevenção é necessário que haja compreensão por parte das mulheres da importância deste ato para sua saúde.

É imprescindível a orientação pelos profissionais de saúde, sobre o que é, e a importância do exame Papanicolaou, pois, a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade pelo câncer de colo uterino na população (BRASIL, 2011).

O enfermeiro dentro da equipe multiprofissional é um dos agentes de educação para saúde, objetivando integração em favor da promoção da saúde do paciente, da família, grupos sociais e comunidade, sua ação deve ser integral e participativa em sua rotina de trabalho, estando voltado para o desenvolvimento de ações de saúde e práticas educativas no sentido de prevenir o Câncer de Colo Uterino (CCU) (CAMARGO et al., 2009).

Os profissionais da atenção primária principalmente o enfermeiro são peças-chaves na prevenção e detecção do CCU, as ações realizadas devem ser desenvolvidas com o objetivo de garantir a toda mulher o acesso aos exames preventivos de diagnóstico, e tratamento nos serviços especializados (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2008). Desta forma torna-se importante analisar a influência do comportamento social das mulheres frente à prevenção desse exame que tem grande importância para a saúde (NASCIMENTO; NERY; SILVA, 2012).

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa pelo método da revisão integrativa baseada no referencial de Mendes, Silveira e Galvão (2008; 2010) e Souza, Silva e Carvalho (2010) a partir dos questionamentos-problemas Quais os fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou? De que forma a enfermagem contribui para incentivar essas mulheres a realizarem o exame Papanicolaou? A coleta de dados aconteceu na Internet nos meses de Agosto a Outubro, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e na BDEF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil). Para o levantamento das palavras-chaves

utilizou-se a palavra-chave “não adesão” AND “Papanicolau”, “não comparecimento” AND “Papanicolau” combinado com o termo “enfermagem”, para o refinamento da amostra, seguindo como critérios para inclusão os artigos que abordassem a temática em questão, escritos na Língua Portuguesa, publicados no período de 2010 a 2015, em periódicos indexados nas bases de dados LILACS, SciELO e BDNF com texto completo disponibilizado on-line, gratuitamente.

Procedeu-se com a elaboração de um roteiro de análise, adaptado, do instrumento proposto por Silveira (2005) com as seguintes informações: identificação (Título do estudo, Cidade/Estado/País em que o estudo foi realizado, Ano de publicação, Revista de publicação do artigo, Autor(es), Descritores, Área e Referência do estudo); Instituição sede do estudo, Tipo de revista científica, Características metodológicas do estudo, Objetivo ou questão de investigação, Resultados, Implicações e outras informações relevantes. Após a seleção dos artigos, foi realizada a leitura integral, realizada a seleção de artigos pertinentes e a partir das informações coletadas quanto aos principais fatores associados a não realização do exame Papanicolau e a ações de enfermagem, sintetizando os resultados a partir das categorias: motivos para a não adesão ao exame Papanicolau; Ações à prevenção do Câncer de Colo, comparando os dados evidenciados aos da revisão de literatura.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram elaboradas duas categorias divididas em: (1) motivos da não adesão ao exame Papanicolau encontrados nas publicações on-line e (1) ações à prevenção do Câncer de Colo. De 2010 a 2015, em todos os anos, destacando 02 publicações por não, exceto 2001, evidenciando o tema no âmbito da saúde pública. Os artigos revisados foram publicados em nove diferentes periódicos sendo cinco da região Sudeste, três da região Nordeste ficando apenas um nas regiões Sul e Centro-Oeste, com predomínio do periódico Caderno de Saúde Pública, com duas publicações. Quanto ao tipo de estudo, nove são de abordagem qualitativa, onde os tipos exploratório, descritivos e transversais de base populacional foram os mais utilizados com quatro trabalhos cada. abordagem qualitativa, onde os tipos exploratório, descritivos e transversais de base populacional foram os mais utilizados com quatro trabalhos cada.

Os principais motivos para não adesão foram os sentimentos negativos, sentimentos esses que englobam a vergonha, o medo, a impotência frente a situações vivenciadas ou impostas por falta de informação da população (SAMPAIO et al., 2010).

Embora esses motivos e sentimentos relatados tenham sido múltiplos, parece que a maioria esbarra em obstáculos oriundos de um mesmo território: o da sexualidade. A maneira como algumas mulheres reagem ao ter que expor seu corpo, tê-lo manipulado e examinado por um profissional, revela a importância da sexualidade, pois se trata de tocar e manusear órgãos e zonas erógenas, mesmo que não tenha nenhuma conotação sexual (PERETTO; DREHMER; BELLO, 2012).

As unidades de saúde da família são compostas por profissionais que fazem parte do cotidiano da comunidade, sendo formado em quase sua totalidade por pessoas que residem próximo ou na mesma comunidade dos usuários. Assim, a relutância em procurar o procedimento esteve relacionada, dentre outros motivos, ao medo em realizá-lo ou em receber o resultado alterado, ao constrangimento em se expor ao profissional, principalmente e da possível disseminação de informações por pessoas conhecidas que prestam serviço nas ESF (SILVA et al., 2013).

Outro motivo é oriundo do território da sexualidade uma vez que expor seu corpo, tê-lo manipulado e examinado por seu par revela a importância da sexualidade, pois se trata de tocar e manusear órgãos e zonas erógenas, mesmo que não tenha nenhuma conotação sexual (PERETTO; DREHMER; BELLO, 2012). As usuárias reiteram ser a presença do profissional do sexo biológico masculino na unidade de saúde uma forte influência para irregularidade na periodicidade do exame Papanicolau, não sendo desprezível que a experiência negativa prévia foi, também, apontada como motivo para não realização periódica da citologia oncológica (SAMPAIO et al., 2010).

Esta situação revela o medo de expor-se, podendo deixar as mulheres retraídas e envergonhadas, representa não só uma barreira para realizar o exame preventivo como para dar continuidade à assistência, levando-as a procurarem atendimento profissional somente em caso de manifestação de sintomas, o que põe em risco a saúde das mulheres que preferem ficar sem fazer o exame (SAMPAIO et al., 2010). A falta de escolaridade assim como o baixo nível socioeconômico relacionado à baixa classe social é um fator estatisticamente comprovado a não adesão ao exame preventivo enquanto os aspectos sociodemográficos, a associação estatisticamente significativa entre não adesão ao exame e baixa escolaridade também foi observada em estudos realizados em diversos estados brasileiros (RIBEIRO et al., 2013; ANDRADE et al., 2014; BEZERRA et al., 2011).

O trabalho de Borges et al. (2012) apontam que variáveis como idade, estado civil, renda e escolaridade, trabalho externo passaram a ter cada vez maior importância estatística por apresentar associação com a não realização do exame, expressando uma razão de prevalência de não comparecimento ao programa de prevenção entre mulheres com escolaridade até o ensino fundamental comparativamente mais alta do que com aquelas de maior escolaridade, representando associação estatisticamente significativa com o conhecimento



ineficaz da mulher sobre o exame Papanicolau, associação também observada no estudo realizado com mulheres residente em diversas capitais do Brasil (ANDRADE et al., 2014).

Os achados relativos à idade associam maior risco de não realização de exame preventivo para Câncer Cérvico-Uterino às mulheres mais jovens (até 30 anos) e àquelas com idade superior a 50 anos, que se eximem, normalmente, porque acham desnecessária a realização deste exame (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANCA, 2014). Andrade et al. (2014) afirmam em seu estudo que a não adesão ao exame foi maior entre as mulheres com idade mais elevada (40 a 59 anos) e de cor preta/parda que alegam que nesta idade, por diversos fatores como: baixa atividade sexual, viuvez ou estarem separadas não ser necessário submeter-se ao exame. Pode-se observar que a adesão feminina aos programas de prevenção não está diretamente associada à oferta dos serviços de saúde que disponibilizam tais atendimentos. As que nunca se submeteram ao exame também fazem suas representações negativas pelo fato de a unidade apresentar dificuldades na marcação ou para aquelas que já se submeteram abandonam o programa por não receberem os resultados (JUNIOR; OLIVEIRA; SÁ, 2015). Recomenda-se que as ações de detecção precoce se concentrem na atenção básica, devendo os métodos de rastreamento ser disponibilizados nela e fazer parte da rotina de atenção à saúde conforme as diretrizes preconizadas.

O acesso aos exames deve se dar de maneira mais prática e acessível possível, mediante planejamento adequado e organização do serviço. No entanto, a dificuldade em marcar o preventivo apareceu na fala de algumas depoentes (RIBEIRO et al., 2013). Considera-se que para amenizar os múltiplos sentimentos envolvidos seja imprescindível o vínculo entre profissionais e usuárias dos serviços de saúde. Salienta-se, deste modo, a relevância da temática para a Enfermagem, já que na rede pública de saúde o citopatológico é, na maioria das vezes, realizado pelo enfermeiro. Ainda, acredita-se que a realização de um trabalho interdisciplinar seja um facilitador com vistas à diminuição dos tabus da sexualidade e ao estímulo ao conhecimento do próprio corpo, de seu funcionamento e de suas representações emocionais para que, dessa forma, possa-se realmente impactar na prevenção do CCU e na promoção da saúde dessas mulheres (PERETTO; DREHMER; BELLO, 2012).

Os estudos evidenciaram que os fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou estavam relacionados à desinformação, medo, vergonha, a preferência pela medicina tradicional, aos aspectos sociais e individuais, percebendo, portando, a necessidade de intervenção dos gestores e profissionais na comunidade, a fim de desmistificarem, através da educação em saúde tais barreiras que interferem na realização do exame, contribuindo para a redução da morbimortalidade por câncer de colo uterino (BEZERRA et al., 2011). O enfermeiro, juntamente com outros profissionais de saúde tem papel importante na superação dos obstáculos para a realização do exame, devendo facilitar seu acesso, reconhecer e trabalhar os sentimentos inibidores da sua adesão e executar ações educativas.

## CONCLUSÃO

Pôde-se constatar que os sentimentos negativos como medo, vergonha, sentimento de agressão foram citados como principais causas do não comparecimento destas mulheres as coletas colpocitológicas. A baixa escolaridade e a baixa renda foram os fatores socioeconômicos mais encontrados na literatura, portanto, pode-se relacionar o não conhecimento do exame por parte das mulheres como consequência. Viu-se também que o desinteresse, a idade avançada, aspectos relacionados aos serviços de saúde como acesso limitado e a objeção dos companheiros e filhos constituíram barreiras à realização do Papanicolau, contribuindo para as mulheres se tornarem mais vulneráveis ao câncer cérvico-uterino e, deste modo, impedindo o estabelecimento de ações eficazes no âmbito da prevenção.

Considera-se que para amenizar os múltiplos sentimentos envolvidos seja imprescindível o vínculo entre profissionais e usuárias dos serviços de saúde e principalmente uma efetiva educação continuada por parte de toda equipe, vê-se necessário que esta educação alcance não só as mulheres e sim os demais membros da família para que haja um sentimento de importância do programa de prevenção do câncer de colo uterino de forma generalizada. As unidades devem fornecer condições mínimas para que todo o processo ocorra sem interrupções, à logística deve ser estudada pelo profissional.

Enfatiza-se, deste modo, a importância deste assunto para a Enfermagem, pois, a coletas colpocitológicas na rede pública é realizada pelo enfermeiro na maioria das vezes. Acredita-se que a realização de um trabalho interdisciplinar, com os profissionais de todos os níveis, seja um facilitador com vistas à diminuição dos sentimentos envolvidos e estimule tanto o autoconhecimento quanto o conhecimento ao exame e da gravidade da patologia em questão para que se possa realmente causar o devido impacto na prevenção do câncer de colo uterino e na promoção da saúde dessas mulheres.

Por fim, observa-se que disponibilizar a coletas colpocitológicas nos serviços de saúde não é o bastante, tampouco desenvolver estudos a respeito do mesmo. Primeiramente, é necessário garantir o acesso da mulher a essas informações, e que estas sejam do modo mais compreensível possível. Urge ações por parte da equipe de enfermagem para que os profissionais possam ir de encontro a elas como, por exemplo, o fortalecimento da busca

ativa aquelas que se evadiram do programa ou com campanhas que incentivem à realização do exame. Deste modo, acredita-se que haverá uma maior chance de que elas repensem modo de pensar a respeito do processo e se conscientizem do quão importante é o exame e, assim, favorecermos a adesão por parte das mulheres.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.S; ALMEIDA, M.M.G; ARAÚJO T.M, SANTOS K.OB. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00111.pdf>. Acesso em: 02 set. 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer- INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ); 2010. Acesso em: 20 de março/2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas.
- Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo de útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterino/historico\\_acoes](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterino/historico_acoes). Acesso em: 13 ago. 2015.
- CARMAGO, E. F. F; CUSTÓDIO, R.L.S.; KASHIVAQUI, K.S.; NAKAMURA E.K. O papel do enfermeiro frente à prevenção do câncer de colo uterino na saúde coletiva. *Rev. Só Enfermagem*. 2009. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/268430455\\_O\\_PAPEL\\_DO\\_ENFERMEIRO\\_FRENTE\\_A\\_PREVENCAO\\_DO\\_CANCER\\_DO\\_COLO\\_UTERINO\\_NA\\_SAUDE\\_COLETIVA](https://www.researchgate.net/publication/268430455_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_FRENTE_A_PREVENCAO_DO_CANCER_DO_COLO_UTERINO_NA_SAUDE_COLETIVA). Acesso em: 17 ago. 2015.
- LIMA, A.C; PALMEIRA, V. A. J; CIPOLITTE, R; Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá. *Cad. Saúde Pública*, vol.22 nº 10 Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001000021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000021). Acesso em: 22 set. 2015.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. vol.17 no.4 Florianópolis Oct./ Dec. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018). Acesso em: 28 set. 2105.
- MENDONÇA VG, LORENZATO FRB, MENDONÇA JG, MENEZES TC, GUIMARÃES MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. vol.30 no.5 Rio de Janeiro May 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008000500007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008000500007&script=sci_arttext). Acesso em: 12 out. 2015.
- NASCIMENTO, L. C.; NERY, I.S.; SILVA, A.O. Conhecimento cotidiano de mulheres sobre Prevenção do câncer de colo do útero. *Revista Enferm. UERJ*, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4813>. Acesso em: 10 set. 2015.
- PERETTO, M.; DREHMER, L. B R.; BELLO, H.M.R. O não comparecimento ao exame preventivo do câncer de colo uterino: razões declaradas e sentimentos envolvidos. *Cogitare enferm*, jan 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/26371>. Acesso em: 10 out. 2015.
- RIBEIRO, L.; BASTOS, R.R.; RIBEIRO, L.C.; VIEIRA, M.T.; LEITE, I.C.G.; TEIXEIRA. M.T.B. Não adesão às diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p. 323-330, July 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n7/07.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, jan./mar. 2010. Disponível em : [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf). Acesso em: 03 ago. 2015.
- SAMPAIO, L.R.L.; DIÓGENES, M.A.R.; JORGE, R.J.B.; MENDONÇA, F.A.C; SAMPAIO, L.L. Influência do gênero do profissional na periodicidade do exame papanicolau. *Rev. bras. promoç. saúde*; abr.-jun. 2010. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2013>. Acesso em: 12 out. 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço o apoio do Centro Universitário INTA – UNINTA.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SIFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO CEARÁ

Yane Maia Romcy<sup>1</sup>, Natália Sousa Lopes<sup>2</sup>, Karine Soares do Nascimento<sup>3</sup>, Gizelly Castelo Branco Brito<sup>4</sup>, Lia Guedes Bravo<sup>5</sup>, Maria Lúcia Duarte Pereira<sup>6</sup>

1 Discente de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará/Fortaleza. Bolsista PIBIC/CNPQ e Membro do Grupo de Pesquisa CEDIP.

2 Discente de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará/Fortaleza. Bolsista IC/UECE Membro do Grupo de Pesquisa CEDIP.

3 Discente de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará/Fortaleza. Bolsista PIBIC/CNPQ Membro do Grupo de Pesquisa CEDIP.

4 Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde UECE.

5 Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde UECE

6 Doutora em enfermagem. Professora de programa de pós - graduação em cuidados clínicos em enfermagem e saúde. Universidade estadual do Ceará, Brasil

E-mail: [luciad029@gmail.com](mailto:luciad029@gmail.com)

Palavras-chave: Sífilis congênita. Promoção da saúde. IST.

### INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são infecções contagiosas cuja forma mais frequente de transmissão é por meio de relações sexuais sem o uso de preservativo e são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. Recentemente, o termo IST passou a ser adotado em substituição ao termo DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), pois ele enfatiza a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. (BRASIL, 2017). Um tipo de IST que ainda é grande causa de morbidade na vida intrauterina e leva a desfechos negativos em grande parte dos casos é a sífilis congênita. A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*; pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Nos estágios primário e secundário da infecção, sua possibilidade de transmissão é maior. (FERREIRA E FERRARI, 2016)

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica de seu agente etiológico, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada, para o seu concepto, por via transplacentária. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 2006).

Essa doença é classificada em precoce e tardia, de acordo com aparecimento dos sinais clínicos. A sífilis congênita precoce apresenta sinais e sintomas nos primeiros dois anos de vida. A sífilis congênita tardia apresenta os sinais e sintomas após os dois anos de idade. (ALBUQUERQUE et al., 2014)

A forma precoce é caracterizada pela prematuridade do nascituro e de seu baixo peso ao nascer; ainda pode apresentar hepatomegalia, com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, periostite ou osteíte, pseudoparalisia dos membros, entre outros. As principais manifestações da forma tardia são: tibia em "lâmina de sabre", articulações de Clutton, que é o edema indolor e persistente dos joelhos pela osteocondrite crônica, fronte "olímpica", nariz "em sela", mandíbula curta, arco palatino elevado e surdez neurológica (BRASIL, 2006).

O diagnóstico precoce da infecção materna, por meio da identificação da bactéria causadora e o tratamento completo com Penicilina B continua sendo a melhor forma de prevenção da sífilis congênita.

Por ser a sífilis congênita uma entidade clínica passível de prevenção por meio da identificação e do tratamento da gestante infectada ainda no pré-natal, o Ministério da Saúde (MS) preconiza a solicitação rotineira e obrigatória de, no mínimo, dois testes sorológicos não-treponêmicos para o diagnóstico (VDRL- *Venereal Diseases Research Laboratory*), na assistência pré-natal: no primeiro trimestre e no terceiro trimestre (SILVA et al., 2015).

O papel da enfermagem nesse ponto é de suma importância, pois ao oferecer um cuidado de qualidade voltado à promoção da saúde e da qualidade de vida para gestantes e parceiros, favorece também ao rastreamento da sífilis na consulta pré-natal, bem como seu adequado manejo, se necessário, elaborando atividades relacionadas à educação em saúde. Essa assistência deve ser integralizada, desde a realização de um exame físico completo, até as orientações e esclarecimentos para a gestante e seu parceiro, de modo a favorecer a redução da incidência de sífilis congênita. Justifica-se pelo interesse das autoras em conhecer e descrever as variáveis relacionadas à sífilis congênita no estado do Ceará, possuindo a relevância para os profissionais de saúde, pois obterão conhecimentos

sobre as taxas e perfis de sífilis congênita e a partir disso instiga-se a elaboração de estudos que contribuam para a erradicação da sífilis congênita. Desse modo, o presente estudo tem por objetivo descrever as características da sífilis congênita no estado do Ceará entre 2007 e 2013.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo que, segundo Gil (2002), tem como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, ou ainda o estabelecimento de relações entre variáveis. Possui ainda cunho retrospectivo e natureza quantitativa e, que de acordo com Rouquayrol e Gurgel (2013), baseia-se na investigação de fatores de risco a partir da avaliação dos casos. Os dados foram provenientes do sistema de informática do SUS (DATASUS). O levantamento das informações ocorreu no mês de agosto de 2017. Foram utilizados todos os casos de sífilis congênita no estado do Ceará notificados entre 2007 e 2013 no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). As variáveis investigadas foram divididas entre as da criança: faixa etária e raça e as referentes a mãe: faixa etária, realização do pré-natal, presença de sífilis durante a gestação e tratamento.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram notificados um total de 4.066 casos de sífilis congênita no estado do Ceará durante o período estabelecido, número esse ainda expressivo e totalmente passível de redução. Isso mostra a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas para o seu controle, como atividades de promoção em saúde, visto que esta enfermidade é evitável, desde que o diagnóstico seja dado precocemente e estabelecido o tratamento o quanto antes.

Desses casos, 1.909 (47%) eram do sexo masculino e 1.908 (47%). Foi ignorado o sexo de 249 (6%) casos. Em relação a faixa etária, observou-se que 3.931 (96%) dos casos eram de crianças com até 6 dias de vida, sendo 3.155 (77%) destas de raça parda. No que se refere às mães, observou-se que 2.910 (71,5%) realizaram o pré-natal e 968 (24%) não realizaram. Em contra partida, apenas 1.669 (41%) dessas mulheres receberam o diagnóstico de sífilis no momento do pré-natal, enquanto 1.801 (44,2%) descobriram apenas no momento do parto/curetagem. O manejo adequado da sífilis na gestação implica a identificação precoce da gestante infectada e do seu tratamento adequado e oportuno. Tanto a Organização Pan Americana de Saúde como a Organização Mundial de Saúde propõem a utilização de indicadores de processo para o monitoramento das ações de controle da sífilis na gestação, visando à redução da transmissão da sífilis da gestante para o feto e a prevenção de desfechos negativos (DOMINGUES, 2016).

De acordo com Silva, Sousa e Sakai (2017), o acompanhamento pré-natal é essencial para o diagnóstico de sífilis que, de acordo com os dados apresentados, é elevado, contribuindo para a transmissão vertical, confirmado pelas taxas elevadas de crianças acometidas pela sífilis congênitas de 0 a 6 meses. Esses números elevados podem ser resultado de diagnóstico tardio, tratamento inadequado ou, ainda, o não acompanhamento do parceiro, pois sem seu adequado tratamento haverá recontaminação e maior risco de transmissão vertical. Observa-se também que a aplicação do VDRL é necessária para investigar a regressão e evolução da sífilis, avaliando os casos, assim como prestação de um pré-natal de qualidade a gestante com impacto positivo na saúde da mãe e filho, com número de consultas necessárias bem como a realização dos exames, pois as falhas existentes no acompanhamento contribuem para a progressão da sífilis congênita como, por exemplo, o diagnóstico tardio, como foi evidenciado neste estudo, altas taxas de diagnósticos de sífilis no momento do parto, e a não adesão ao tratamento, que podem ser condições evitadas por uma assistência adequada, baseada no aconselhamento prévio realizado durante o planejamento familiar para prevenir a infecção, medidas de baixo custo como a captação de gestantes, tratamento e testes rápidos para diagnóstico.

Segundo Lazarini e Barbosa (2017), seria necessária a inclusão da educação permanente para os profissionais de saúde para que com melhor capacidade disponham de orientações adequadas as gestantes e parceiros, sobre a importância de diagnóstico, prevenção e tratamento da sífilis, com o intuito de evitar a transmissão vertical para a criança. Além de mudanças significativas na rotina dos profissionais implementando a correção de falhas, implementação de novas formas de cuidar e avaliação do cuidado prestado.

A sífilis congênita continua sendo um problema de saúde pública em que as medidas utilizadas para erradicação tem sido ineficazes, portanto os diagnósticos e tratamentos necessitam ser reavaliados, pois apresentam-se insuficientes para atender as gestantes portadoras de sífilis e prevenir a transmissão vertical no momento do parto.

## **CONCLUSÃO**

Observou-se que houve um equilíbrio na distribuição por sexo das crianças. A raça parda foi a mais predominante entre os casos notificados. Quanto as mães 71,5% realizou o pré-natal, e apenas 24% não realizou. Não obstante, apenas 41% dessas mulheres receberam o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal.

Os dados obtidos demonstram a necessidade de uma melhor assistência prestada a essas gestantes no momento do pré-natal, para que se previna a transmissão vertical da sífilis. Sendo a sífilis congênita um grave problema de saúde pública, é primordial que se implante, implemente e intensifique um processo educativo para com essas mulheres com o objetivo de promoção da saúde, bem como interesse e compromisso dos profissionais para que se notifiquem os casos em tempo hábil e se inicie o tratamento o mais cedo possível. Um pré-natal realizado com qualidade e comprometimento dos profissionais envolvidos é capaz de reduzir os índices de transmissão vertical, bem como os agravos a mãe e ao filho.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, G.M.A. et al, Complicações da sífilis congênita: uma revisão de literatura. **Pediatria Moderna**, v. 50, n. 6, p. 254-258, jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/anaisamcenf/article/view/10768/6613>>. Acesso em 22 de agosto de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de bolso: Diretrizes para controle da sífilis congênita. 2. ed. Brasília, 2006. 73p.
- Costa, C.C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev Esc Enferm**, v. 47, n.1,152-9, 2013.
- Domingues, R. M. S. M.; Leal, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.6, 2016.
- Lazarini, F. M., Barbosa, D. A. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.25, p. 01-09, 2017.
- Silva L.S.R., et al. Análise dos casos de sífilis congênita nos últimos 20 anos: uma revisão da Literatura. In: 18º CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM. João Pessoa, 2015, Brasília. Anais eletrônicos.
- Silva H.C.G., Sousa T.O., Sakai T. M., Incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no ano de 2012. **Arquivos Catarinenses de medicina**. v.46, n.2, p 15-25, 2017.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos membros do grupo de pesquisa Clínica e Epidemiologia das Doenças Infecciosas e Epidemiologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias (CEDIP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em especial a professora Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira, a Ms. Gizelly Castelo Branco Brito, bem como a Ms. Lia Guedes Bravo pela contribuição na elaboração deste estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SEGUIMENTO AMBULATORIAL DO HIV EM MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Giselle Mary Ibiapina Brito<sup>1</sup>, Elucir Gir<sup>2</sup>, Marli Teresinha Gimeniz Galvão<sup>3</sup>, Polyana Maria Oliveira Martins<sup>4</sup>, Vanessa Moura Carvalho de Oliveira<sup>5</sup>, Rosilane de Lima Brito Magalhães<sup>6</sup>

*1 Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado. Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil.*

*2 Docente do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto – São Paulo – Brasil.*

*3 Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC. Fortaleza, Ceará – Brasil.*

*4 Discente de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil*

*5 Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado. Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil.*

*6 Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil.*

*Palavras-chave: Mulheres. Profissionais do sexo. HIV. Sorodiagnóstico da AIDS.*

### INTRODUÇÃO

Segundo dados do Ministério da Saúde, de 2007 até junho de 2016, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 136.945 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 92.142 casos em homens e 44.766 casos em mulheres (BRASIL, 2016).

Populações vulneráveis incluindo Mulheres Profissionais do Sexo (MPS), usuários de drogas injetáveis, pessoas trans, privadas de liberdade, gays, homens que fazem sexo com homens e seus parceiros sexuais representaram 45% de todas as novas infecções por HIV em 2015 (BRASIL, 2016; UNAIDS, 2015).

Segundo Gyselset al., (2011) as MPS fazem parte de um grupo homogêneo no seu baixo status socioeconômico, culminando em menor poder de negociação do uso do preservativo e, conseqüentemente, expondo-se a mais infecções. A este fator, somam-se, muitas vezes, o uso de drogas (álcool, cocaína e crack), a falta de assistência ginecológica adequada e o pouco uso de preservativo por clientes, que varia conforme o preço pago.

Considerando a sua vulnerabilidade social e os fatores relacionados à própria atividade, o grupo de MPS é um dos segmentos populacionais sob maior risco de infecção pelo HIV. No Brasil, a taxa de prevalência de HIV nessa parcela da população, pode ser até 15 vezes mais elevada comparada à população geral feminina (BRADLEY, 2013).

Pessoas infectadas com o HIV precisam iniciar o tratamento utilizando a Terapia Antirretroviral (TARV) assim que confirmado o diagnóstico positivo para o HIV. O principal objetivo da TARV é, através da inibição da replicação viral, retardar a progressão da imunodeficiência e restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa que vive com HIV/Aids (REMOR; OGLIARI; SAKAE; GALATO, 2017).

O acesso à TARV no Brasil por parte dos pacientes é considerado um modelo no mundo. Contudo a adesão à medicação preconizada é um desafio compartilhado por diversos pacientes. No ano de 2011, apenas 28% dos indivíduos vivendo com HIV tinham o ácido ribonucléico (RNA) viral suprimido, ou seja, carga viral indetectável (REMOR; OGLIARI; SAKAE; GALATO, 2017).

Em razão do uso da TARV foi possível observar uma queda no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil, cuja causa básica era Aids (CID 10: B20 a B24), o qual passou de 5,9 óbitos/100 mil hab. em 2006 para 5,6 em 2015, o que representa uma queda de 5,0% (REMOR; OGLIARI; SAKAE; GALATO, 2017).

Esse estudo objetivou avaliar o seguimento ambulatorial de mulheres profissionais do sexo que vive com HIV.

### METODOLOGIA

**Tipo de estudo:** Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado: “Seguimento ambulatorial do HIV e Sífilis em mulheres profissionais do sexo”. Esse projeto tem financiamento pela agência de fomento à pesquisa: edital Universal CNPq N° 14/2014. Trata-se de um estudo de coorte transversal prospectivo com abordagem quantitativa, utilizando-se instrumentos validados pelo Ministério da Saúde e adaptados para essa pesquisa.

**Local de estudo:** Foi realizado em áreas de prostituição do município de Teresina, capital do Estado do Piauí, localizado na região Nordeste do Brasil. Nesse município essas mulheres estão organizadas em redes e

contam com o apoio da Associação de Prostitutas do Estado do Piauí- APROSPI. Essa associação não possui um registro exato do número de mulheres profissionais do sexo com atuação no município de Teresina. Porém, estudo realizado por Magalhães (2013) recrutou 402 mulheres profissionais do sexo nesse município.

**Recrutamento das participantes:** As mulheres profissionais do sexo foram incluídas nesse estudo pelo método Respondent Driven Sampling (RDS) em português quer dizer “Amostragem dirigida pelo entrevistado”. A escolha desse método justifica-se pelo fato da população estudada ser organizada em rede e ter um difícil acesso. Conforme Damaceno, Zwarcwald e Barbosa Junior (2009) esse método é indicada para estudos com populações complexas, considerando que o acesso a essas populações é mais fácil por um membro do grupo.

A seleção das participantes se iniciou com a escolha de pessoas dessa população-alvo selecionadas por conveniência (não-aleatória) que foram chamadas de sementes. Com isso cada semente recebeu três cupons e escolheu três participantes. Os novos recrutados tiveram que recrutar mais três conhecidos e entregar os cupons, prosseguindo assim da mesma forma até que foi alcançado o tamanho amostral. Os cupons são únicos, não-falsificáveis, e contém informações sobre o horário e local da coleta de dados.

**Coleta e análise dos dados:** A coleta de dados ocorreu em duas etapas: aplicação de instrumento sobre aspectos sociodemográficos e comportamento sexual e realização de teste rápido para detecção de HIV. As mulheres que tiveram resultado positivo para HIV fizeram o teste confirmatório e foram encaminhadas para tratamento em um centro de referência de Teresina.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro 2016 a junho 2017. Esses dados foram codificados e processados SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) e posteriormente análise.

**Aspectos éticos e legais:** Todas as mulheres profissionais do sexo elegíveis para o estudo foram previamente informadas sobre os objetivos do estudo, e tiveram que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, para atender as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto recebeu autorização da APROSPI e também da Fundação Municipal de Saúde de Teresina e foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Universidade Federal do Piauí, Nº CAAE 0045.000-11.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de participantes, (75%) tinham idade entre 25 a 39 anos. No estudo realizado na fronteira do Brasil e Guiana Francesa a média de idade encontrada foi de 27,5 anos (6,6%). Na pesquisa feita em 10 cidades brasileiras a idade variou de 18 a mais de 60 anos e a faixa etária de maior destaque foi a de 25 a 39 anos com 1.200 MPS (47,6%). Dessa forma, é possível observar que a maior parte das MPS se encontra em idade adulta, em plena fase reprodutiva e fértil (DAMACENA, SZWARC WALD, JÚNIOR, 2014; PARRIAULT et al, 2015).

No tocante a escolaridade, mais de 65% dessas mulheres declararam ser analfabetas ou possuírem o ensino fundamental incompleto, ou seja, menos de 9 anos de estudo. Em estudo transversal realizado na fronteira entre o Brasil e a Guiana Francesa, foi mostrado que 102 (51,8%) das mulheres possuíam apenas o ensino fundamental incompleto. Pesquisa feita em 10 cidades brasileiras com 2.523 MPS também mostra que 1.494 (59,2%) dessas mulheres também possuem ensino fundamental incompleto. Podemos observar o que baixo índice de escolaridade pode se configurar como um fator de risco para a aquisição do HIV e IST'S, pois quanto menor o nível sociocultural, menores são os rendimentos e piores as condições de trabalho, aumentando assim o risco de exposição (PARRIAULT et al,2015; DAMACENA, SZWARC WALD, JÚNIOR, 2014; SALMERON, PESSOA, 2012).

Quando se refere ao tipo de sexo que as MPS praticam, 10 (100%) das mulheres entrevistadas disseram praticar apenas o sexo vaginal. Na pesquisa feita em uma cidade do Estado de São Paulo, foi possível perceber que todas as mulheres praticavam sexo vaginal, 90,2% das mulheres que participaram relataram praticar sexo oral no parceiro e 37,3% tinham a prática de sexo anal. É possível perceber que a prática sexual vaginal é comum entre as MPS, e que as que praticam sexo anal e oral possuem bastante significância, merecendo assim maior atenção à orientação para a proteção também nesse tipo de prática sexual (POGETTO et al, 2012).

Quanto ao número de parceiros casual semanal relatado por cinco (41,7%), foi de 1 a 5 clientes. No estudo realizado no sul da cidade de São Paulo, que possui abordagem qualitativa, foi observado que 42% das participantes disseram realizar mais de 15 programas semanais e ainda 56% afirmaram que mantêm suas atividades de 5 a 6 dias por semana. Na investigação realizada em 10 cidades brasileiras com 2.523 mulheres que comercializam o sexo, foi constatado que 1.948 (77,2%) realizam de 1 a 5 programas diários, que pode totalizar até uma média de 20 programas semanais. Os dados encontrados mostram que o número de parceiros semanais pode variar consideravelmente conforme região de atuação da MPS (SALMERON, PESSOA, 2012; DAMACENA, SZWARC WALD, JÚNIOR, 2014).



Das 12 mulheres entrevistadas nessa pesquisa, 9 (75%) afirmaram não possuir parceria fixa. Já no estudo realizado em um município da região central do Estado de São Paulo, onde 80 (78,4%) das participantes também afirmaram ter parceria fixa e ainda 21 (26,3%) disseram fazer o uso do preservativo com os parceiros fixos. Esses dados mostram que as MPS costumam ter parceiros fixos, mas que não costumam fazer o uso do preservativo com essa parceria fixa, o que se configura uma prática de risco para a infecção pelo HIV (POGETTO et al, 2012).

O consumo de bebidas alcoólicas foi relatado como ausente por oito (83,3%) das MPS que responderam ao questionário. No estudo realizado com 50 MPS na cidade de São Paulo, pode-se observar que 31% das entrevistadas relataram uso de bebidas alcoólicas, já 22% afirmaram não fazer o uso de nenhum tipo de bebida alcoólica. Contudo na pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras foi possível observar que apenas 663 (26,3%) disseram nunca consumir bebida alcoólica, ao passo que 1.160 (46%) disseram ter um consumo moderado e 700 (27,7%) disseram ter um consumo elevado. Esses dados mostram o alto índice de consumo de bebidas alcoólicas por mulheres que comercializam o sexo, fator que se torna de risco para essas mulheres, até pelo baixo poder de negociação de preservativo quando estão alcoolizadas (SALMERON, PESSOA, 2012; DAMACENA, SZWARCOWALD, JÚNIOR, 2014).

Referente ao uso de drogas, mais de 65% das participantes desse estudo disseram fazer uso, 4 (33,3%) relatou usar maconha e 4 (33,3%) disse fazer uso de crack. Esses dados corroboram com o estudo feito em Botucatu, 43 (42,2%) mulheres que realizaram a pesquisa disseram fazer uso de drogas ilícitas, onde 13 (30,2%) fazia uso de cocaína, 9 (20,9%) fazia uso de maconha, 3 (7%) fazia uso de crack e 18 (41,9%) fazia uso de associações de maconha, cocaína e crack. Já no estudo realizado com 2.523 mulheres que comercializam o sexo, 2.312 (91,6%) afirmaram nunca ter feito uso de crack e 2.029 (80,4%) afirmaram nunca ter feito o uso de cocaína. (DAMACENA, SZWARCOWALD, JÚNIOR, 2014; POGETTO, et. al, 2012).

As mulheres profissionais do sexo possuem dois locais de atuação, abertos e fechados, onde 7 (70%) das participantes dessa pesquisa atuam em locais abertos. Em pesquisa realizada com 2.523 mulheres em vários estados brasileiros pode-se observar que há diferenças no perfil das MPS segundo local de trabalho. Mulheres que trabalham em pontos de rua apresentaram maior probabilidade de se infectar pelo HIV, pois no grupo de MPS, em pontos de rua, estão as mulheres mais velhas, com menor grau de escolaridade e renda, e com maior tempo na profissão, fatores que estão associados ao maior risco de infecção pelo HIV, porque as mulheres profissionais do sexo com 50 anos ou mais de idade têm maior tempo de exposição em anos de profissão, também se submetem mais às práticas sexuais inseguras (DAMACENA, SZWARCOWALD, JÚNIOR, 2014).

Das dez mulheres que participaram da pesquisa, somente 1 (10%) teve co-infecção de HIV-Sífilis. A elevada prevalência de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), como a sífilis, cuja prevalência no Brasil é estimada em 1 milhão de casos e a associação da prática sexual de risco na transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) têm sugerido a importância da obtenção de dados epidemiológicos em diferentes grupos populacionais a fim de orientar medidas de saúde pública a serem tomadas de forma mais apropriada, principalmente como populações vulneráveis, como é o caso das mulheres profissionais do sexo (SIGNORINI, et. al, 2007).

A rede de saúde foi procurada por 9 (90%) das participantes, onde 8 (80%) informaram ser mulheres profissionais do sexo no serviço e destas 1 (10%) afirmou sofrer preconceito no local. Os achados deste estudo mostram que as MPS de rua tiveram menor acesso ao sistema de saúde. A cobertura de exame preventivo de câncer de colo de útero nos três anos anteriores à data da pesquisa entre as MPS de locais fechados foi de 61,8%, inferior aos achados deste estudo que mostra que as MPS de rua tiveram menor acesso ao sistema de saúde. A cobertura de exame preventivo de câncer de colo de útero nos três anos anteriores à data da pesquisa entre as MPS de locais fechados foi de 61,8%, inferior a toda população brasileira feminina de 18 a 69 anos de idade (77,3) (DAMACENA, SZWARCOWALD, JÚNIOR, 2014).

Relacionado à terapia antirretroviral (TARV), 8 (80%) das mulheres declaram nunca ter deixado de usar a medicação. Esses dados corroboram com o estudo realizado no sul do Brasil onde 92,6% dos entrevistados fazem uso da TARV. Isso mostra que mesmo sendo uma população vulnerável de abordagem diferenciada, possui uma boa adesão ao tratamento.

Dessa forma é de suma importância a abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico auxilia a avaliação da condição geral de saúde, a indicação de início de TARV e a pesquisa de comorbidades. Já monitoramento laboratorial da infecção pelo HIV com a contagem de LT-CD4+ e da carga viral reduz a morbimortalidade e tempo de uso da TARV em falha terapêutica quando comparado ao monitoramento clínico isolado. Com isso, é possível observar que o acompanhamento da carga viral das pessoas que vivem com HIV não está adequado, sobretudo a solicitação de exames para as mulheres profissionais do sexo diagnosticadas com HIV, como pra população em geral (BRASIL, 2013).

Dos parceiros das MPS, 3 (30%) são sorodiscordantes, ou seja, possuem sorologia negativa para o HIV. Muitos casais sorodiscordantes se sentem aptos a encontrar uma vida sexual feliz e satisfatória, mas outros tantos



vivenciam sentimentos de medo e culpa de infectar o parceiro em cada relação sexual, no lugar do prazer, do relaxamento e da entrega que deveriam estar presentes (SANTOS; SILVA; MÁXIMO; AZEVEDO, 2016).

O uso do preservativo nessas relações em que os parceiros são sorodiscordantes é de suma importância pois a maioria das transmissões por via sexual do HIV ocorre num contexto de relacionamentos estáveis, quando aumenta um relaxamento com os cuidados preventivos, a aderência ao tratamento diminui e pode ocorrer a interrupção do uso do preservativo (SANTOS et al., 2016).

## CONCLUSÃO

Mulheres profissionais do sexo que vivem com HIV/aids, em sua maioria buscaram o tratamento clínico para o HIV. Uma adesão ao seguimento clínico exige comprometimento da pessoa infectada e também do profissional de saúde, para que possa proporcionar melhor acolhimento a pessoa infectada e também o seu parceiro. Diante disso, deve-se sugerir mais atenção por parte das políticas públicas, profissionais de saúde e familiares, e ampliar informação quanto a prevenção do HIV e importância de adesão ao seguimento clínico, com vistas a possibilidade de suprimir a carga viral, melhorar o perfil imunológico, realizando, assim, a profilaxia contra infecções oportunistas, e redução da transmissibilidade.

## REFERÊNCIAS

- BORBA, K. P., & CLAPIS, M. J. (2006). Mulheres profissionais do sexo e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **J bras Doenças Sex Transm**, 18(4), 254-258.
- BRADLEY, W. P.; O'BRYAN, T. A.; OKULICZ, J. F.; GANESAN, A.; MERRITT, S. E.; AGAN, B. K. Toxoplasma gondii seroprevalence: 30-year trend in an HIV-infected US military cohort. **Diagn Microbiol Infect Dis**. 2016;84(1):34-5
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, 2013.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis. ano IV - nº 01. Brasília, 2016a. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/\\_p\\_boletim\\_sifilis\\_2016\\_final\\_pdf\\_p\\_15727](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/_p_boletim_sifilis_2016_final_pdf_p_15727)>.
- DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; JUNIOR, P. R. B. Práticas de risco ao HIV de mulheres profissionais do sexo. **Revista de Saúde Pública da USP**, v. 48, n.3, p.428-437, 2014. ISSN 1518-8787
- GYSELS, M.; PELL, C.; STRATUS, L.; POOL, R. End of life care in sub-Saharan Africa: A systematic review of the qualitative literature. **BMC Palliative Care**. 2011;10 article 6. doi:10.1186/1472-684X-10-6 [PMC free article] [PubMed]
- LEITE, G. S.; MURRAY, L.; LENZ, F. O Par e o Ímpar: o potencial de gestão de risco para a prevenção de DST/HIV/AIDS em contextos de prostituição. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, n.1, p.7-25, 2015. ISSN 1415-790X
- MAGALHÃES, R. L. B. *Infecção pelo vírus da hepatite B, HIV e cobertura vicinal em profissionais do sexo feminino em Teresina-PI*. 2013. 111 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- PARRIAULT, M. C.; MELLE, A. V.; BASURKO, C.; MARECHAL, E. G.; MACENA, R. H. M.; ROGIER, S.; KERR, L. R. F. S.; NACHER, M. HIV-testing among female sex workers on the border between Brazil and French Guiana: the need for targeted interventions. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n.8, p.1615-1622, 2015. ISSN 1678-4464
- POGETTO, M. R. B. D.; MARCELINO, L. D.; CARVALHAES, M. A. B. L.; RALL, V. L. M.; SILVA, M. G.; PARADA, C. M. G. L. Característica de população de profissionais de sexo e sua associação com presença de doença sexualmente transmissível. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.4, p. 877-883, 2012. ISSN 1980-220X
- REMOR, K. V. T., OGLIARI, L. C., SAKAE, T. M., GALATO, D. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com HIV na grande Florianópolis. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, 46(2), 53-64, 2017.
- SALMERON, N. A.; PESSOA, T. A., M. Profissionais do sexo: perfil socioepidemiológico e medidas de redução de

danos. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.4, p. 549-554, 2012. ISSN 1982-0194

SANTOS, D. F., SILVA, A. M., MÁXIMO, F. B., AZEVEDO, E. Casais Sorodiscordantes e HIV/AIDS: A Interdisciplinaridade como Modelo Assistencial. **Interagir: pensando a extensão**, (11), 73, 2016.

SIGNORINI, D. J. H. P., MONTEIRO, M. C. M., SÁ, C. A. M. D., SION, F. S., LEITÃO NETO, H. G., LIMA, D. P., & MACHADO, J. D. D. C. (2007). Prevalência da co-infecção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005. **RevSocBrasMedTrop**, 40(3), 282-5.

UNAIDS. Global Aids Update. Quem Somos - GT/UNAIDS. 2015. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2015\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2015_en.pdf). Acesso em: 07/06/2015

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaríamos de agradecer a Prof. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães por suas valiosas orientações, ao grupo de estudo GEDI pela união, e conhecimentos compartilhados. As Professoras Dra. Elucir Gir e Dra. Marli Galvão pelas contribuições na construção desse trabalho. Ao CNPq pelo financiamento, oportunidade e apoio. A Universidade Federal do Piauí pelo incentivo e apoio.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO AO CUIDADOR

Hinara Siebra Cavalcante<sup>1</sup>, Vivianne Ferreira Bezerra<sup>2</sup>, Lília Sousa Martins de Alcântara Meireles<sup>3</sup>, Hanne Castelo Branco Roque<sup>4</sup>, Fábio Régis Barreira Figueiredo<sup>5</sup>, Danilo Pinheiro<sup>6</sup>

1 Graduação do curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

2 Graduação do curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

3 Graduação do curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

4 Graduação do curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

5 Graduação do curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

6 Professor do centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: hinara\_siebra@hotmail.com

Palavras-chave: Cuidador. Autocuidado. Atenção Primária. Longitudinalidade.

## INTRODUÇÃO

A partir da Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que visa promover a democratização dos serviços de saúde, a fim de torná-los acessíveis a toda a população. O SUS representa a materialização de uma nova concepção de saúde no país e para isso, conta com uma série de princípios e diretrizes que norteiam seus serviços, tais como a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a longitudinalidade, a participação da comunidade e o acesso à informação (BRASIL, 2000).

Visando englobar tais conceitos, a Atenção Primária em Saúde (APS) funciona como parte integral do sistema de saúde, apresentando como principais características o fato de ser porta de entrada para o serviço de saúde, a integralidade, a coordenação e continuidade do cuidado. Dentro de tal estratégia recebe destaque a Estratégia de Saúde da Família, funcionando como principal mecanismo de implementação e organização da APS. De acordo com Souza (2008), *“a ESF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico”*.

Diante dos conceitos norteadores do SUS e no que cerne a Atenção Primária em Saúde (APS), ganha destaque a longitudinalidade, característica central desse nível assistencial. Esta pode ser definida como o acompanhamento do paciente pelos mesmos profissionais ao longo do tempo, visando promover uma interação mútua entre os usuários e a equipe de saúde (CUNHA, 2011).

Obedecendo os princípios da longitudinalidade, a pesquisa visou acompanhar uma família residente na Comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, durante dois semestres letivos, através de visitas domiciliares, analisando a sua estrutura a partir do uso de instrumentos de abordagem familiar que permitiam identificar e compreender os aspectos funcionais da família. Após ser realizada análise pelos acadêmicos, guiados pela orientação de professores, chegou-se à conclusão que, dentre os problemas apresentados, o que se mostrou mais relevante e ao mesmo tempo passível de mudanças foi a sobrecarga trazida à paciente índice L.R., 57 anos. Esta é responsável pelo cuidado com a sogra R.M.R., 74 anos, idosa e que refere problemas de esquecimento recorrentes, e com o marido F.C.R., 53 anos, que apresenta problemas psiquiátricos. Assim, a referida paciente se encontra no papel de cuidadora da família, além de administradora das responsabilidades domésticas e econômicas.

É importante ressaltar que o cuidador é uma pessoa com qualidades especiais, que deve se dedicar a acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo por esta apenas o que ela não conseguir fazer sozinha. Este precisa oferecer ao outro, em forma de serviços, seu trabalho, talento e tempo visando promover o benefício ao próximo. Cuidar é também entender o outro no que diz respeito a suas dores, angústia, preocupações e principalmente limitações, sejam elas físicas ou emocionais. Diante disso, o cuidador deve prestar um serviço individualizado, a fim de garantir o conhecimento acerca das particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Ademais, o autocuidado é um fator essencial para a formação de um cuidador, já que este não se refere somente ao indivíduo enfermo, se traduzindo em ações do próprio cuidador dirigidas a si mesmo e/ou ao ambiente com o objetivo de aprimorar o zelo com o próximo, de acordo com seus interesses, promovendo um funcionamento integrado e um bem-estar para ambos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal baseado em métodos descritivos e qualitativos. A pesquisa foi realizada através de visitas à família da paciente índice L.R., residente na Comunidade do Dendê, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, Ceará, Brasil. No período de agosto de 2016 a abril de 2017. Foram utilizados os instrumentos de

abordagem familiar (Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida, APGAR, PRACTICE e FIRO) e os métodos de intervenção foram sustentados a partir da metodologia dos 5As: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento. Enquanto limitação da pesquisa, o acesso ao paciente índice, no caso do cuidador, teve sucessivas interrupções, apresentando a partir daí uma nova demanda em termos de atenção primária no cuidado ao cuidador. Ademais, todas as perguntas realizadas aos entrevistados foram elaboradas respeitando a integridade moral de cada um, além de suas individualidades e particularidades. Todos participaram voluntariamente, de forma anônima, e foram informados sobre os objetivos do estudo, não maleficência, sigilo informacional e não lucratividade.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do relato da família entrevistada, e com a utilização dos instrumentos de abordagem acima citados, foi possível conhecer a dinâmica familiar a qual os membros estavam vinculados. Assim, a paciente índice, conhecida como L.R, 57 anos, moradora da Comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, mantém união estável com o companheiro, F.C.R, de 53 anos, morando com este e sua sogra R.M.R, de 74 anos. Devido aos problemas de saúde dos seus familiares, em que o companheiro apresenta doença psiquiátrica não determinada por ele e a sogra episódios de esquecimento sem causa conhecida, a paciente índice atua como cuidadora de ambos, além de desempenhar o papel de administradora econômica e doméstica. Ela discute, constantemente, com a sogra R.M.R sobre assuntos relacionados à limpeza da casa e ao controle do dinheiro, uma vez que R.M.R., aposentada e geradora da principal fonte de renda, não monopoliza mais as finanças da família devido aos problemas acima relatados. L.R contribui bastante com a renda da família trabalhando como diarista. Já seu companheiro, F.C.R, aposentou-se jovem, devido aos problemas psiquiátricos apresentados, mas trabalhou, durante anos, no setor de serviços gerais do HGF (Hospital Geral de Fortaleza).

A paciente índice não relatou nenhum problema de saúde. No entanto, a sogra R.M.R é hipertensa e relata ter vivenciado alguns dias de tormento devido a episódios de esquecimentos. Seu companheiro, F.C.R, é hipertenso, fazendo uso de Captopril e, devido aos problemas mentais já relatados, faz uso de medicamentos tarja preta como Gardenal. Assim, a paciente índice segue uma rotina muitas vezes sobrecarregada, uma vez que é responsável por cuidar de seus familiares, administrar as questões financeiras e o trabalho doméstico, além de trabalhar. Durante as visitas, a cuidadora queixava-se rotineiramente da falta de reconhecimento do seu esforço por parte do companheiro e da sogra.

Diante da análise de variados instrumentos de abordagem familiar, o caso da família foi considerado em estágio tardio de vida, já que apresenta uma senhora idosa que sustenta, de uma maneira geral, a família com a sua aposentadoria, mas não possui a capacidade de continuar controlando o dinheiro e tomando as decisões acerca do futuro de cada membro. A família busca o apoio, em relação à saúde, no posto da comunidade, mas, muitas vezes, a atenção dada por esse setor não é totalmente efetiva, uma vez que todos os membros familiares enfrentam problemas relacionados à demora na realização de exames periódicos. Porém, eles possuem os medicamentos necessários para amenizar as enfermidades que afetam suas vidas.

Ademais, apesar da família em análise apresentar uma classificação de “altamente funcional”, a realidade não condiz com os resultados, uma vez em que também foi relatado discussões frequentes entre os membros da família, principalmente envolvendo R.M.R e L.R; eles não conseguem conversar entre si de uma maneira eficiente.

Após um período de acompanhamento familiar, foram propostas ações intervencionistas, com o intuito de beneficiar as condições de convivência familiar e bem-estar individual. Todavia, devido à indisponibilidade da paciente índice, as propostas de intervenção não chegaram a ser executadas, ressaltando a dificuldade no exercício da longitudinalidade da atenção primária à saúde. As propostas intervencionistas visavam o empoderamento da paciente índice para o autocuidado e hábitos de vida mais saudáveis. Assim, a proposta de intervenção elaborada para a família estava relacionada ao autocuidado do cuidador e contava com um questionário de avaliação do estilo de vida (Pentáculo), retirado do Guia Prático do Cuidador, do Ministério da Saúde, 2ª edição, que visa avaliar características do estilo de vida como: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do stress. (BRASIL, 2008).

Dentre elas, as principais propostas de intervenção visavam a prevenção do câncer de colo de útero, a conscientização sobre a importância da mamografia e da realização periódica do auto-exame das mamas além do incentivo a realização de alongamentos e atividades lúdicas como forma de aliviar as situações de estresse presentes no cotidiano de um cuidador.

Devido à demanda presente no dia-a-dia, em cuidados com um membro da família incapacitado, muitas vezes os cuidadores deixam de procurar ajuda de profissionais de saúde para o benefício próprio, o que pode “mascarar” problemas de saúde. Em virtude do sexo da paciente índice e a sua idade, 57 anos, as principais doenças pensadas foram o câncer de colo de útero e o câncer de mama. Dessa forma, as práticas de prevenção deveriam ser estimuladas. Portanto, visando à prevenção do câncer de colo de útero seriam entregues panfletos informativos sobre a importância da realização do exame de prevenção, conhecido como Papanicolau, explicando como é feito o exame e também esclarecendo possíveis dúvidas. Quanto à conscientização sobre a importância

da mamografia e da realização do auto-exame das mamas, a explicação e entrega de panfletos demonstrativos de como realizar o auto-exame seria efetuada, de modo a garantir maior autonomia e praticidade para a paciente índice, deixando claro a importância do auxílio do médico em caso de alterações. Dessa forma, caso o componente “comportamento preventivo” descrito no Pentágono fosse insuficiente, o grupo tentaria pactuar com a paciente a possibilidade de buscar um atendimento ginecológico do serviço de saúde por meio do agendamento de consulta por parte da equipe. Também ocorreria a intervenção quanto ao incentivo à realização de alongamentos, já que a tarefa de cuidar de alguém, somado as atividades do dia-a-dia, muitas vezes sobrecarregam o cuidador físico e emocionalmente, uma vez que além de desempenhar funções desgastantes no cuidado diário com uma pessoa enferma ou de alguma forma incapacitada, existe o peso emocional que traz a dificuldade sofrida por uma pessoa querida (FLORIANI, 2014). Assim, de acordo com o guia de cuidados do cuidador, o grupo propôs levar exercícios de alongamento relaxantes como forma de aliviar o estresse do corpo.

Todavia, diante da limitação de tempo, devido à grade curricular da graduação, a longitudinalidade executada pelo estudo precisou ser restringida, de forma que a conduta da intervenção idealizada não pode ter tido prosseguimento. Contudo, tendo em vista que o cuidador fica sobrecarregado devido as responsabilidades do dia-a-dia e a carga emocional trazida pela doença ou fator incapacitante do ente próximo, é comum que ele apresente cansaço físico, depressão, abandono do trabalho e alterações na vida conjugal e familiar, dessa forma, fica o questionamento sobre a efetividade da assistência que a Atenção Primária tem desenvolvido em relação à pessoa que cuida, ou seja, se está sendo disponibilizado apoio e informações sobre o suporte com terceiros, além do estímulo com o autocuidado.

## CONCLUSÃO

Após diversas tentativas por parte do grupo de realizar o projeto de intervenção, tornou-se notória a sobrecarga da paciente índice, pelo fato de esta ser responsável pelos cuidados com o companheiro e com a sogra, além de desempenhar o papel de administradora doméstica e econômica. Diante disso, é possível destacar uma falha do processo de longitudinalidade, no que diz respeito ao desempenho das ações de saúde, uma vez que as relações interpessoais não foram estabelecidas como esperado, cuja processualidade não pôde ser englobada devido a limitação temporal de dois semestres letivos do curso de graduação. A falha de continuidade do cuidado é também, muitas vezes, um fator componente da dinâmica da atenção primária. Ademais, vale ressaltar a importância do zelo com o cuidador, a fim de promover a humanização do cuidado, a partir do equilíbrio entre o cuidar e ser cuidado, proporcionando a melhoria da qualidade de vida e fornecendo condições de suporte qualificado para a pessoa que necessita deste. (HENRIQUES, 2012).

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF. 2008. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 01 de julho 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS Princípios e Conquistas**. Brasília, DF. 2000.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Lígia. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro**. 2011.

FLORIANI, C. A. **Cuidador familiar: sobrecarga e proteção**. Revista Brasileira de Cancerologia. 2014: 50(4): 341 – 345.

HENRIQUES, Amanda Haissa B. et al. **Cuidado ao cuidador na busca de um cuidador humanizado em saúde: um resgate bibliográfico**. XV Congresso Brasileiro de Conselhos de Enfermagem. 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS, 2012.

PAULA, Cristiane Cardoso de; SILVA, Clarissa Bohrer da; NAZÁRIO, Elisa Gomes. **Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa**. 2014. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a20.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos professores das disciplinas de Ações Integradas em Saúde I e II do curso de medicina da Universidade de Fortaleza, por todo o aporte necessário para a realização do estudo, em especial ao professor Danilo Pinheiro que nos orientou para a realização deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AValiação da Não Adesão ao Tratamento Imunossupressor em Pacientes Transplantados Renais

Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes<sup>1</sup>, Ana Maria Vieira Lage<sup>2</sup>, Cláudia Maria Costa de Oliveira<sup>3</sup>, Bruna Cristina Cardoso Martins<sup>4</sup>, Nathália Gonçalves de Oliveira<sup>5</sup>

*1 Doutorado em Medicina Interna e Terapêutica. Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza/Ceará/Brasil*

*2 Doutorado em Psicologia Clínica. Professora da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza/Ceará/Brasil*

*3 Doutorado em Ciências da Saúde. Médica do Hospital da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza/Ceará/Brasil*

*4 Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza/Ceará/Brasil*

*5 Programa de Residência Multiprofissional em Assistência ao Transplante da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza/Ceará/Brasil*

E-mail: paulafcbcferrandes@yahoo.com

Palavras-chave: Transplante de Rim. Adesão à Medicação. Imunossupressores.

### INTRODUÇÃO

A doença renal crônica consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função glomerular, tubular e endócrina dos rins. É uma desordem que, frequentemente, ocorre por complicação de outras patologias comuns, como o diabetes, obesidade e hipertensão. Na fase terminal da insuficiência renal crônica (IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno, o que requer o emprego de alguma terapia de substituição, diálise ou transplante (KRAUS, WANNER, 2017; ROMÃO JR., 2004). A diálise tornou-se um procedimento rotineiro para o tratar a IRC terminal, porém esse tratamento acarreta em restrição funcional, complicações físicas e compromete a qualidade de vida (LÔBO; BELLO, 2007). O transplante renal (TxR) tornou-se aceitável como alternativa terapêutica em alguns casos selecionados, devido ao alto risco, tanto no ponto de vista técnico-cirúrgico, como de sua sobrevida, e de recidiva de doença de base (PEREIRA, 2004).

O emprego do TxR proporciona aos pacientes uma melhora da qualidade de vida e boas perspectivas de sobrevivência a longo prazo (DENHAERYNCK et al., 2014). Para minimizar o risco de rejeição do órgão, os transplantados devem utilizar medicação imunossupressora por toda a vida. Em vista disso, é incontestável que essas medicações são necessárias no transplante de rins, porém efetivas apenas se consumidas conforme prescrito (LOW et al., 2015).

A adesão tratamento é considerada a administração correta das drogas prescritas, o comparecimento às consultas, a realização dos exames solicitados e o relato de eventos incomuns ocorridos. Adotar a terapêutica é essencial para alcançar um bom resultado após o TxR, visto que a realização inadequada das recomendações pós-transplante pode levar a consequências graves, como rejeição aguda, disfunção crônica, perda do enxerto e até mesmo a morte do receptor. A não adesão a administração dos imunossupressores é a terceira causa de perda do enxerto renal depois de rejeição simples e infecção sistêmica (ASAVAKARN et al., 2016; GORDON et al., 2007).

Embora a adesão ao tratamento seja fundamental para o sucesso do transplante, poucos estudos explicam as razões pelas quais os pacientes seguem corretamente à terapia imunossupressora, devido à complexidade do assunto (NEVINS et al., 2017; LOW et al., 2015; SABATE, 2003). Além das drogas imunossupressoras, outros remédios também são prescritos para os receptores do órgão para tratar ou prevenir complicações, auxiliando o sucesso do transplante (ASAVAKARN et al., 2016).

Atualmente o Brasil ocupa a segunda posição no ranking, entre 30 países, em número absoluto de transplantes renais realizados. Conforme dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2016), o Ceará é o sétimo maior estado transplantador de rins do país, e o segundo maior da região nordeste. O Serviço de Transplante Renal do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará é o pioneiro nessa área, visto que o primeiro TxR do Ceará e do Nordeste foi realizado no HUWC em 1977. Esse hospital presta assistência terciária de alta complexidade à saúde, e está vinculado a diversos programas de pós-graduação regionais e nacionais.

O HUWC é considerado um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, assim como desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (EBSERH, 2017). Além da remuneração do SUS, o Hospital obtém recursos extras através de pesquisas desenvolvidas. Reúnem qualificados profissionais e nele são gerados conhecimentos na área de pesquisa clínica, cirúrgica e farmacologia clínica.

O presente estudo objetivou avaliar a não adesão a terapia imunossupressora de pacientes acompanhados em uma Unidade de Transplante Renal em Fortaleza, Ceará.



## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal com análise quanti-qualitativa, realizado no ambulatório de pós-transplante renal do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará.

O HUWC oferece o atendimento pré e pós-operatório com uma equipe multiprofissional. A maioria dos TxR realizados nessa instituição, mais de 90%, são provenientes de doadores falecidos. O ambulatório de pós-transplante renal do HUWC funciona nos dias de quarta-feira e quinta-feira, atendendo cerca de 100 pacientes por semana. O quadro de pessoal de nível superior é composto por médicos nefrologistas e enfermeiros, além de médicos residentes, estudantes de medicina e residentes multiprofissionais (Farmácia, Psicologia, Nutrição e Serviço Social) que se revezam nos atendimentos.

Os pesquisadores que integram uma equipe multiprofissional desenvolveram um questionário para confirmar a dose de imunossupressores relatado em comparação com a prescrição, contendo ainda uma análise qualitativa das entrevistas, sendo aplicado notas pelos pacientes sobre como eles se sentiam. A análise qualitativa foi realizada na perspectiva de Bardin (2002).

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser maior de 18 anos que tiveram doadores vivos relacionados ou cadavéricos, e também ser acompanhado no lócus da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os pacientes que realizaram transplante duplo e com menos de 6 meses de transplante que não tenham permanecido em ambiente domiciliar por pelo menos 4 semanas. A amostra foi do tipo por conveniência formada por 100 pacientes transplantados divididos em 4 grupos de pós-transplante, A, B, C, D, sendo, pacientes transplantados em até 6 meses, de 7 meses a 2 anos, de 2 anos a 5 anos, e de 5 anos ou mais, respectivamente.

Os dados qualitativos e quantitativos foram coletados incluindo: a identificação do paciente, o imunossupressor prescrito e avaliação da saúde em geral. Os pacientes foram entrevistados de acordo com as consultas clínicas ambulatoriais agendadas no período da pesquisa. A presente pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do HUWC.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise dos dados mostrou que a idade média dos pacientes foi semelhante entre os quatro grupos pesquisados, na faixa etária entre 40 e 50 anos. As pessoas transplantadas há mais de 5 anos, grupo D, possuem 60% dos doadores cadáveres, enquanto, os receptores mais recentes, grupo A, possuem 100% dos doadores falecidos. Percebe-se que ao longo dos anos o transplante com doador falecido aumentou, gradativa e significativamente, de 60% a 100% dos procedimentos realizados (Tabela 1).

Tabela 1 - Características gerais socioeconômicas e terapia imunossupressora dos pacientes. N=100. Fortaleza/Ceará. 2011.

Variáveis	Grupo A (n=25)	Grupo B (n=25)	Grupo C (n=25)	Grupo D (n=25)
Idade (anos)(média)	45,6	46,95	42,65	45,04
Tempo pós-transplante (média)	2,8 meses	9,4 meses	35 meses (3 anos)	140,72 meses (11,6 anos)
Tipo de doador (Cadáver ou Vivo relacionado)	100% CAD	96% CAD	76% CAD	60% CAD
Mora na cidade ou zona rural	61% cidade	36% cidade	44% cidade	32% cidade
Escolaridade	44% Ensino médio incompleto	48% Ensino médio incompleto	40% Ensino médio incompleto	20% Ensino médio incompleto
Renda (média)	USD 471,76	USD 248,14	USD 398,30	USD 425,37
Cuidador	80% sim	44% sim	40% sim	48% sim
Terapia Imunossupressora	60% PRED+MPS+TAC	32% PRED+MPS+TAC	48% PRED+MPS+TAC	28% PRED+MMF+TAC
Administração dos imunossupressores em concordância com a prescrição médica	68% (n=17)	68% (n=17)	76% (n=19)	80% (n=20)

Taxa de câmbio: 1 dólar=2,04reais – 15/06/2012

A maioria dos pacientes que transplantaram há mais de 7 meses, grupo B, C e D, residem na zona rural, 36%, 44% e 32%, respectivamente, ao contrário das pessoas que transplantaram há 6 meses ou menos, grupo A, 61%. Esse fato pode ser explicado pelo protocolo de alta adotado na instituição, que em geral, permite o retorno do paciente a sua residência de origem após 6 meses da realização do procedimento. Os transplantados mais antigos, grupos C e D, apresentam menor grau de escolaridade, 40% e 20%, respectivamente, comparado aos transplantados recentes, grupos A e B, 44% e 48%, respectivamente.

A variação da renda dos grupos estudados não seguiu um padrão, resultando apenas que o grupo B possui uma renda, expressivamente menor que os outros grupos, A, C e D. Constata-se ainda que as pessoas que transplantaram até 6 meses, grupo A, recebem uma renda até USD 223 a mais que os outros grupos (Tabela 1). O perfil de renda dos recém-transplantados pode estar associado com a ajuda de custo concebida pelo município de origem no período pós-transplante realizado longe de sua procedência, conhecido como Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Pessoas que realizaram o procedimento há mais tempo, grupo B, C e D, possuem menor assistência de cuidador do que o grupo de pacientes transplantados há menos de 6 meses, grupo A. Essa característica pode ser compreendida pelo fato da necessidade de cuidados mais intensivos e complexos nos primeiros meses pós-transplante, incluindo curativos, assistência em atividades básicas diárias, maior frequência de consultas e exames, maior quantidade de medicação e, portanto, mais efeitos adversos ocorrem nesse período.

Ao contrário de estudos que indicam que o maior tempo de transplante, menor grau de escolaridade e maior distância do centro de saúde de referência são os pacientes mais propícios para a não adesão imunossupressora (DOYLE et al., 2016), a pesquisa demonstrou que pessoas transplantadas há mais de 2 anos, que possuem menor grau de escolaridade, grupo C e D, e moram mais distante da instituição de saúde, grupo C, demonstram maior adesão medicamentosa contrastado aos pacientes que realizaram o procedimento há menos de 2 anos, possuem maior nível de escolaridade, grupo A e B, e moram mais próximo ao hospital referência, grupo A. A maior complexidade farmacoterapêutica no primeiros meses pós- transplante renal pode ser um dos motivos da menor adesão nesse período.

A análise qualitativa do presente estudo também descreveu causas que favorecem a assiduidade ao tratamento, principalmente, identificados como expectativa de não perder o órgão, independência e liberdade e no medo de voltar ao programa de diálise (Tabela 2). Apesar da existência de poucos estudos que interligam o histórico de diálise com a adesão da medicação em transplante, a revisão de Rebaafka (2016) demonstra que o medo do retorno à diálise é um dos principais impulsionadores em cumprir a terapia proposta.

Tabela 2 – Relatos da não-adesão ao tratamento N=100. Fortaleza/Ceará. 2011.

GRUPOS	FATOS RELATADOS
A	COMORBIDADES
B,C,D	EXPERIÊNCIAS ATUAIS DE VIDA (TRABALHO, ESTUDOS, DIETA, TEMPO LIVRE)
A,B,C,D	MEDO DE VOLTAR PARA A DIÁLISE, ESPERANÇA DE NÃO PERDER O ENXERTO, INDEPENDENCIA, LIBERDADE

BARDIN, L. Análise De Conteúdo. 2ª edição. Portugal: Edições 70, 2002.

Múltiplos fatores contribuem na decisão do paciente de consumir ou não a medicação, ou ainda alterar o regime previamente prescrito (LOW et al., 2015; SABATE, 2003). A avaliação qualitativa revelou que os transplantados apresentam alguns motivos para a não adesão ao tratamento e justificativas para progredir conforme as recomendações.

A presença de comorbidades foi identificado como pretexto para a interrupção da terapêutica (Tabela 2). A publicação do *World Health Organization (WHO)* (SABATE, 2003) a respeito de adesão a terapias de longo prazo descreve, assim como o presente estudo, que as comorbidades influenciam na adesão à terapêutica de acordo com a gravidade dos sintomas, o nível de incapacidade, a progressão e disponibilidade de tratamento efetivos. O impacto das doenças relacionadas depende de como elas influenciam a percepção e a importância da terapia.

Outro resultado encontrado que interfere na adesão são as experiências atuais de vida, como o trabalho e estudos, dietas e ausência de tempo livre (Tabela 2). O estilo de vida atarefado é considerado uma das causas mais comum para a não adesão a terapia. Pessoas que apresentam adesão irregular compreendem a terapêutica e demonstram vontade de segui-la, entretanto, eles alegam dificuldade de cumprir o esquema proposto devido à complexidade de sua rotina prejudicar a adesão (SABATE, 2003). Corroborando com a literatura, as comorbidades e rotina sobrecarregada dos pacientes dificultam a adesão terapêutica. Entretanto, o medo do retorno ao programa de diálise influencia positivamente na adesão do tratamento pós-transplante.

O estudo de adesão dos pacientes transplantados renais é considerado uma pesquisa de relevância para perceber a necessidade de implementar intervenções mais adequadas para aumentar a adesão aos imunossupressores, ampliando as taxas de sobrevivência do enxerto e beneficiando a qualidade de vida dos pacientes. Na área de transplantes, a adesão do paciente possui um conceito multifatorial, englobando um espectro de comportamentos. Infelizmente a não adesão à medicação é uma questão complexa, e mesmo os médicos especialistas que conhecem a importância do regime prescrito têm dificuldades de adesão. Nessa visão geral é importante realizar as intervenções precocemente para melhorar a adesão e adiar ou evitar os efeitos adversos posteriores (NEVINS et al., 2017).

## CONCLUSÃO

O presente estudo sugere que a adesão dos pacientes transplantados renais ao tratamento imunossupressor aumenta ao longo do tempo pós-transplante. As comorbidades, as experiências atuais de vida e o medo de retornar



ao programa de diálise foram identificados como os principais motivos relatados pelos pacientes que favorecem a adesão terapêutica.

Com o intuito de ampliar as taxas de adesão ao tratamento proposto, sugere-se diversas intervenções educativas aos pacientes e seus acompanhantes em momentos distintos. Entre elas destacam-se orientações na alta hospitalar de forma multidisciplinar, instrução em grupos e, principalmente, individual, e ainda, esclarecimentos nas consultas pós-transplante.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES (ABTO). Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016). Ano XXII Nº 4. São Paulo. 2016.
- ASAVAKARN, S.; SIRIVATANAUKSORN, Y.; PROMRAJ, R.; RUENROM, A.; LIMSRICHAMRERN, S.; KOSITAMONGKOL, P.; MAHAWITHITWONG, P.; TOVIKKAI, C.; DUMRONGGITTIGULE, W. Systematic Pharmaceutical Educational Approach to Enhance Drug Adherence in Liver Transplant Recipients. **Transplant Proc.** 2016 May;48(4):1202-7.
- BARDIN, L. Análise De Conteúdo. 2ª edição. Portugal: Edições 70, 2002.
- DENHAERYNCK, K.; SCHMID-MOHLER G.; KISS, A.; STEIGER, J.; WÜTHRICH, R.P.; BOCK A.; DE GEEST, S. Differences in Medication Adherence between Living and Deceased Donor Kidney Transplant Patients. **Int J Organ Transplant Med.** 2014;5(1):7-14.
- DOYLE, I.C.; MALDONADO, A.Q.; HELDENBRAND, S.; TICHY, E.M.; TROFE-CLARK, J. Nonadherence to therapy after adult solid organ transplantation: A focus on risks and mitigation strategies. **Am J Health-Syst Pharm.** 2016; 73:909-20.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Carta de Serviços ao Cidadão. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/ouvidoria/carta-de-servicos-ao-cidadao>>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.
- GORDON, E. J. *et al.* Impacto da não-adesão do receptor nos desfechos em longo prazo de transplante. Revisão da literatura e experiência da Universidade de Minnesota. **Transplantation Proceedings**, New York, v. 39, p.3081-3085, 2007.
- KRAUS D, WANNER C. [Epidemiology of Chronic Kidney Disease - Ever More Patients?] **Dtsch Med Wochenschr.** 2017; Sep;142(17):1276-1281.
- LÔBO, M.C.S. de G.; BELLO, V.A. de O. Reabilitação Profissional Pós Transplante Renal. **J Bras Nefrol**, v.29, n.1, mar 2007.
- LOW, J.K.; WILLIAMS, A.; MANIAS, E.; CRAWFORD, K. Interventions to improve medication adherence in adult kidney transplant recipients: a systematic review. **Nephrol Dial Transplant.** 2015; 30: 752–761.
- NEVINS, T, E.; NICKERSON, P.W.; DEW, M.A. Understanding medication nonadherence after kidney transplant. **J Am Soc Nephrol.** 2017 Aug;28(8):2290-2301.
- PEREIRA, W. A. Manual de Transplantes de órgãos e tecidos. 3ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI e GUANABARA KOOGAN, 2004.
- REBAFKA, A. Medication adherence after renal transplantation—a review of the literature. **Journal of Renal Care.** 2016 42(4), 239–256.
- ROMÃO JR., J.E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J Bras Nefrol**, v. 26, n.3, ago 2004.
- SABATÉ, E. Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action. Switzerland:World Health Organization, 2003.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a excelente equipe multiprofissional do ambulatório do Transplante Renal do Hospital Universitário Walter Cantídio pela atenção e tantos ensinamentos repassados. E por fim, agradecemos aos nossos pacientes e aos seus familiares por nos ajudar na compreensão desse processo de transplante.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA EM IDOSAS

Ilza Iris dos Santos<sup>1</sup>, Aline Erinete da Silva<sup>2</sup>, Kalyane Kelly Duarte de Oliveira<sup>3</sup>

*1 Acadêmica em Enfermagem, 8º período. Universidade Potiguar-UnP/Mossoró-RN.*

*2 Acadêmica em Enfermagem, 8º período. Universidade Potiguar-UnP/Mossoró-RN.*

*3 Orientadora, Dra. Em Enfermagem. Universidade Potiguar-UnP/ Mossoró-RN.*

E-mail: ilzairis@hotmail.com,

Palavras-chave: Saúde ambiental. Câncer de Mama. Câncer de Colo de Útero. Prevenção. Promoção à Saúde.

### INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional do Câncer - INCA, define o Câncer como o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos podendo espalhar - se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo - se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida (INCA, 2011).

Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres. Se diagnosticado e tratado precocemente, o prognóstico é relativamente bom. O envelhecimento é seu principal fator de risco. Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, não ter tido filhos, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama (INCA, 2011).

Segundo Silva et al (2009), o exame da mama consiste em um exame físico simples, podendo ser realizado pela própria mulher (autoexame) ou por profissional da saúde especializado, sem causar dor, gratuito e essencial para a detecção precoce do câncer de mama, prolongando a sobrevivência da paciente (SILVA et al, 2009; INCA, 2014). É fundamental o conhecimento mais aprofundado pela mulher das próprias mamas de forma a familiarizar - se com a forma, tamanho, aspecto da pele e do mamilo, o que vai facilitar precocemente, a detecção de anormalidades possibilitando um bom prognóstico, podendo evitar amutilação da mama (ALMEIDA et al, 2015).

Nesse contexto, os enfermeiros exercem atividades técnicas específicas de sua competência, administrativas e educativas e através do vínculo com as usuárias, concentra esforços para reduzir os tabus, mitos e preconceitos e buscar o convencimento da clientela feminina sobre os seus benefícios da prevenção. Para o planejamento das atividades e estratégias, são consideradas e respeitadas às peculiaridades regionais, envolvimento das lideranças comunitárias, profissionais da saúde, movimentos de mulheres e meios de comunicação. No cenário deste estudo, foi detectado que nos últimos anos a meta de cobertura de exames colpocitológicos não tem sido alcançada, em especial das mulheres com idades entre 25 e 59 anos, considerada de maior risco para o câncer do colo do útero (MELO et al, 2012).

Diante dessa situação, é essencial estimular as mulheres a comparecerem à consulta ginecológica e principalmente, que o acesso a esse tipo de serviço seja facilitado. A partir de então, destaca - se a importância do trabalho educativo consistente, elaborado com vistas à sensibilização das mulheres acerca da realização do exame Papanicolau assim que iniciarem a vida sexual, além de estimular esse público a comparecer regularmente às Unidades de Saúde para o rastreamento do câncer do colo do útero (MELO et al, 2012).

Quanto mais idade, maior a chance de uma mulher ter câncer de mama. Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, cresceu o número de mulheres idosas que podem ter a doença. O câncer de mama é uma das principais causas de morte em mulheres no país. O ideal e mais importante, na avaliação dos especialistas, é o diagnóstico precoce. Portanto, o câncer de mama em mulheres da 3ª idade é de alta incidência pelo fato que, casos serem descobertos tardiamente e a neoplasia com o avançar da idade. Portanto, é de suma importância verificar a detecção precoce do câncer de mama na 3ª idade, pois essa doença quando detectada em estágio inicial aumenta a probabilidade de cura (CARVALHO et al, 2005).

As mais altas taxas de incidência do câncer de colo do útero em idosas são observadas em países pouco desenvolvidos, indicando uma forte associação deste tipo de câncer com condições de vida precárias, ao baixo nível socioeconômico, os baixos índices de desenvolvimento humano, a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde

para o diagnóstico precoce, onde as idosas têm menos conhecimentos sobre a finalidade do exame Papanicolau e também o realizam com menor frequência e o tratamento das lesões precursoras. Além desses fatores, o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, o tabagismo (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados), a higiene íntima inadequada e o uso prolongado de contraceptivos orais também contribuem para o aparecimento do câncer de colo de útero (BRASIL, 2006).

A assistência à mulher idosa tem despertado o interesse dos profissionais da saúde, e todos os esforços têm como finalidade aumentar a possibilidade de uma vida mais autônoma, mediante o incentivo ao autocuidado, no sentido de torná-la mais segura e saudável e livre de doenças preveníveis, pois a detecção de doenças mediante diagnóstico precoce pode prolongar o tempo de sobrevivência.

A escolha do tema, deve - se ao fato da necessidade de se trabalhar a abordagem de prevenção do Câncer de Colo de Útero e Mama, frente ao universo das mulheres na 3ª idade, tendo em vista que as mesmas se classificam como uma parcela da população que sempre está considerada como grupo de risco a esses dois tipos de câncer, por serem os tipos de câncer mais frequentes nas mulheres, devido a questões sócio - econômica, condições sexuais, início precoce da relação sexual, maternidade precoce, não realização do exame preventivo (Papanicolau) anualmente, grande número de filhos, aliados ao fato de uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade à adquirir essas doenças.

Os conhecimentos dessas doenças para mulheres proporcionam uma maior possibilidade de conhecimento básico de prevenção, podendo nos profissionais da saúde prestar uma assistência de fundamental importância para desenvolver ações de educação em saúde mais direcionadas e adequadas de prevenção e controle do câncer do colo de útero.

Conhecer o grau de instrução da população quanto aos fatores de risco que levam ao aparecimento do câncer uterino, bem como dos métodos de prevenção do mesmo, permite que a assistência prestada pelas equipes de atenção básica tenham um foco direcionado para as fragilidades da população, visando, com isso, o desenvolvimento de ações educativas com o objetivo de informar essa população e, conseqüentemente, reduzir a exposição aos fatores de risco para a doença, contribuindo, assim, para a busca da eficácia nas estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças que devem ser desenvolvidas no nível primário de atenção à saúde (SANTOS, 2015).

Por fim, existe uma grande necessidade de trabalhar com essa temática afim de melhorar as condições de saúde dessas mulheres da 3ª idade, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, sendo que a mesma representa um sério problema de saúde pública no Brasil.

Nesse contexto, observou - se a necessidade de intervir nessa realidade de modo a proporcionar mais informação a essas idosas, por meio da atitude de proporcionar acesso a conhecimentos e esclarecimento de dúvidas de grupo, instigando-as a refletirem sobre a importância da utilização de métodos preventivos. E diante desse cenário, busca através deste relato um maior aprofundamento na intenção de agregar mais conhecimento academicamente para equipe, como também venha contribuir de forma precisa para os leitores e sociedade, com o intuito de esclarecer que a prevenção do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama na 3ª idade é de extrema importância para diminuir as taxas de incidência, abordando os fatores de risco que levam uma idosa a ter o Câncer de Colo de Útero ou Câncer de Mama, onde vemos uma necessidade urgente do controle dos sintomas e otimização diagnóstica, na tentativa de garantir uma boa saúde para as idosas, fazendo com que as mesmas tenham o conhecimentos necessários para tais doenças. O devido trabalho tem o objetivo de descrever uma ação educativa para melhoria do conhecimento das mulheres na 3ª idade sobre a prevenção do Câncer Colo de útero e de Mama.

## **METODOLOGIA**

O estudo é o resultado do relato de experiência realizado por duas discentes do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Potiguar do Campus Mossoró (RN), no decorrer do semestre letivo 2017.1, particularmente no mês de abril/2017. O relato envolve as experiências durante o processo de ensino - aprendizagem que se estabeleceram com as alunas na construção do Trabalho de Conclusão de Curso II, como produto final a conclusão do Curso de Enfermagem da UNP.

A experiência ocorreu na Casa da Nossa Gente, localizado na Rua Santa Maria n º 200, Abolição I, na cidade de Mossoró/N. Visando contribuir o conhecimento acerca de algumas doenças, para a redução e prevenção do Câncer de Mama e de Colo de útero, buscando a melhoria de qualidade de vida das idosas. As atividades foram organizadas em momentos distintos desde a articulação da marcação para a intervenção com as idosas com a diretora, até a realização da ação tendo como tema central a Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Mama em Idosas. No momento da articulação com a diretora, comparecemos um dia pela manhã para fazer a marcação de um dia onde a maioria das idosas pudessem comparecer a Casa de Nossa Gente e aí fazemos nossa intervenção

com uma boa quantidade de idosas, a fim de que possamos ter uma intervenção de modo satisfatório e bom para ambas as partes.

No primeiro momento, fizemos uma roda de conversa com as idosas, onde estiveram presentes 23 idosas, a fim de identificar conhecimentos prévios sobre a prevenção do câncer de mama e colo de útero antes da realização da ação educativa. A roda de conversa buscava conhecer qual nível de conhecimentos sobre o tema abordado, bem como o conhecimento da prevenção do câncer de mama e colo de útero.

A partir da roda de conversa, identificou-se que as idosas possuíam um bom nível de conhecimento sobre a prevenção do câncer de mama e colo de útero em idosas. Então, diante desses conhecimentos das idosas, pudemos prosseguir com o programado e executar as ações previamente planejadas. As atividades desenvolvidas na intervenção foram à abordagem das definições da Câncer de Mama e Colo de Útero, explicitando as características das doenças, os fatores de risco, e as atitudes a serem tomadas a fim de prevenir o aparecimento das complicações destas doenças, e promover uma mudança significativa na expectativa de vida das idosas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Estiveram presentes cerca de 23 idosas de 60 a 75 anos de idade, onde todas elas já costumam frequentar a casa semanalmente. Foi possível observar que existem muitas dúvidas a respeito do câncer de mama e de colo de útero entre elas, e de acordo com o que fomos abordando as mesmas tiravam suas dúvidas. Foi abordada uma ação educativa de início sobre o que era o câncer de colo de útero e logo em seguida o câncer de mama.

### **1º MOMENTO: CONHECIMENTO DOS IDOSOS**

Dentro da nossa roda de conversa com elas citamos algumas referências que nos ordenaram mediante a intervenção como Silva et al (2009), o exame da mama consiste em um exame físico simples, podendo ser realizado pela própria mulher (autoexame) ou por profissional da saúde especializado, sem causar dor, gratuito e essencial para a detecção precoce do câncer de mama, prolongando a sobrevivência da paciente (SILVA et al, 2009; INCA, 2014).

O câncer de colo do útero se constitui em grave problema de saúde pública no mundo. A doença é de desenvolvimento lento, que em fase pré - clínica são assintomáticas, com transformações intra - epiteliais progressivas importantes, em que as possíveis lesões detectadas são realizadas por meio de exame preventivo. Progredir lentamente por anos, e se não tratadas precocemente, a cura de se torna difícil. Os principais sintomas na fase inicial são sangramento vaginal, dor e corrimento (BRASIL, 2006).

Foram abordados os principais pontos para uma prevenção a cerca do tema, como o que é, os principais sintomas, fatores de risco e o tratamento.

Diante do assunto, ao pouco foi possível notar que havia um conhecimento das mesmas sobre o assunto, então, foi realizada alguma perguntas a elas, exemplo: Se elas realizavam o exame preventivo anualmente, assim como, o exame das mamas? Se elas já haviam realizado a mamografia? As respostas foram um tanto surpreendentes, que apesar do pouco conhecimento, elas se preocupam e realizam os exames anualmente no posto de saúde do bairro. Foi ensinado a elas uma a maneira de realizar o autoexame das mamas em casa, na hora do banho; foi um momento descontraído e de aprendizado já que elas adoram a prática.

Observou-se que as participantes se mostraram interessadas em aprender sobre os meios de prevenção. É preciso pensar em um meio de educação em saúde para ser trabalhado com a terceira idade, que apesar de ser um público onde não há um grande índice de câncer, existe uma certa deficiência em ações voltadas para esse público. Diante do assunto, aos poucos foi possível notar que havia um conhecimento das mesmas sobre o assunto, então, foi realizada alguma perguntas a elas, como: Se elas realizavam o exame preventivo anualmente, assim como, o exame das mamas? Se elas já haviam realizado a mamografia? As respostas foram um tanto surpreendentes, que apesar do pouco conhecimento, elas se preocupam e realizam os exames anualmente no posto de saúde do bairro. Foi ensinado a elas uma a maneira de realizar o autoexame das mamas em casa, na hora do banho; foi um momento descontraído e de aprendizado já que elas adoram a prática.

Assim, foi possível perceber que foi um momento rico em conhecimento sobre a prevenção do câncer de colo de útero e mama, em que muitos idosos que não tinham tal conhecimento, então a partir do conhecimento compartilhado passaram a entender melhor sobre a temática e quem já conhecia pôde aprofundar ainda mais seus conhecimentos. O momento foi bem discutido, todos os presentes tiveram abertura para retirada de dúvidas, bem como relatos e trocas de experiência.

A experiência foi fundamental para promover a articulação sobre o conteúdo, pois as participantes deixaram claras suas dúvidas e questionamento mediante a situação na qual foi possível esclarecer a todas. A coordenadora mostrou-se também disponível para a realização de outros momentos de capacitação, deixando de ser algo pontual para ser um processo contínuo de construção de conhecimento.

Quando finalizado o momento, questionamos sobre a sua aprendizagem e o que haviam achado, todos os participantes avaliaram que foi um momento ótimo e que aprenderam muito, no entanto falta mais capacitações voltado para tal público, onde se mostram bem interessado.

## **2º MOMENTO: RODA DE CONVERSA COM AS IDOSAS**

Foi realizada uma introdução aos temas principais: prevenção do câncer de mama e colo de útero, dando enfoque às características das duas patologias, as suas causas, sintomatologias e visível risco à saúde do grupo específico, abordando o tratamento, diagnóstico, e os meios de prevenção. No decorrer da ação, foi explicitada as idosas e participantes, a importância de se prevenir em realizar o autoexame das mamas e do exame Papanicolaou, pois a ausência destes exercem a maior influência mediante aos riscos e danos à saúde, e muitas vezes necessitam de atenção e acompanhamento especial da equipe multidisciplinar da saúde.

Durante a explanação desses tópicos, pudemos perceber o interesse mútuo dos idosas a respeito do que lhes foi exposto, a necessidade das mesmas em esclarecer algumas dúvidas, questionamentos sobre a prevenção adequada e de abordar sobre o tema em questão.

Dessa forma, a roda de conversa realizou o desenvolvimento de novas concepções a respeito de riscos, maneiras de transmissão da doença, e importância da adoção de cuidados preventivos. Promovendo educação em saúde, o presente estudo realizou de maneira objetiva, e utilizou de recursos simples, porém eficazes, para um melhor entendimento e absorção dos conhecimentos transmitidos.

## **CONCLUSÃO**

Diante da temática a respeito do câncer em mulheres da terceira idade, a intervenção revela que quando fala - se a respeito disto, as mulheres se sentem bem confortáveis durante do debate, o envolvimento dela lembra que é importante iniciativas como estas. É claro o quanto elas ficam satisfeitas em poder discutir isso e também tirar suas dúvidas.

Houve um pouco de dificuldade para marcarmos a nossa intervenção por conta da mudança de mandato político na cidade, então devido a isso, ocasionou em dificuldade para encontrarmos a nova coordenadora da casa, mas depois de algumas semanas obtivemos o contato e marcamos a intervenção, onde foi realizada total aproveitamento e participação por meio das idosas que se fizeram presente.

Com a realização dessa intervenção, podemos aprender que foi um momento gratificante e com informações corretas para com as idosas, onde podemos observar que as mesmas sentiam confiança conosco e muitas delas, vieram ao final da intervenção conversar sobre sua situação, e podemos fazer algumas orientações quanto ao que foi nos questionado, então, foi um aprendizado para nós enquanto discentes.

Vale ressaltar que ao decorrer da intervenção como pontos fortes pode - se destacar o modo dinâmico como a informação foi repassada a esse público do sexo feminino, e também o ambiente que se tornou propício para reflexão e esclarecimento de dúvidas sobre o tema proposto. Em relação aos pontos fracos não se têm nada a declarar, pois a intervenção foi bastante produtiva onde as mulheres interagiram juntamente com o que estava sendo apresentado e aprovaram o modo como foi exposta a temática. Até mencionaram o desejo de que houvesse outras intervenções como esta, pois assim, esclareciam muitas dúvidas que estão presentes dentro da realidade concernente a saúde da mulher.

Podemos avaliar nossa intervenção, ao seu final, de maneira positiva, e de acordo com as expectativas por nós empregadas. Que os métodos por nós utilizados, possam surtir efeito as idosas, e a ação ocorreu de maneira a atingir os objetivos esperados. Ainda, que a linguagem utilizada e a metodologia, foram bem entendidas pelas mesmas.

## **REFERÊNCIAS**

- ALMEIDA, M.S.P; SILVA, V.S; SILVA, I.O.C; ESQUIVEL, Deivid Silva de Araújo; SANTOS, A.P.C;  
SILVEIRA, H.F; FREITAS, A.P.F; JÚNIOR; H.L. Autoexame das mamas como fator de prevenção ao câncer: uma abordagem com estudantes de um escola pública da cidade de São Francisco do Conde - Bahia. **Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n. 1, p. 100-112, fev. 2015.
- ALMEIDA, O.J; ZEFERINO, L.C. Rastreamento do Câncer de Mama na Mulher Idosa. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2013.
- Amorim, V.M.S.L; BARROS M.B.A; CÉSAR, C.L.G; GARANDINA La; GOULDBAU, M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2006; 2(11):2329-2338.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **INCA**, 2014a. 124 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília (DF); 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **INCA**; 2011.
- CARVALHO, F.E.T; KLEIN, E.L; SOARES, R.R; organizadores. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. Medicina preventiva. In 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 687-698.
- CARVALHO, M.P; OLIVEIRA, R.S.F; GOMES, H.C; VEIGA, D.F; JULIANO, Y; FERREIRA, L.M. Auto-estima em pacientes com carcinomas de pele. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, vol.34, n. 06, Rio de Janeiro, novembro/dezembro de 2007.
- CARVALHO, C.M.R.G; BRITO, C.M.S; NERY, I.S; FIGUEIREDO, M.L.R. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 62, núm. 4, julho-agosto, 2009, pp. 579-582 Associação Brasileira de Enfermagem Brasília, Brasil.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: Inca, 2011. 128 p.: il.
- MANZINI, E.J. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. **Departamento de Educação Especial, Programa de Pós-Graduação em Educação, Unesp**. 2012. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/consagro/2012/03/16/entrevista-semi-estruturada-analise-de-objetivos-e-de-roteiros/>. Acesso em: 23 set. 2016.
- MELO, M.C.S; VILELA, F; OLIVEIRA, A.M; SOUZA, I.E.O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2012.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE BASEADA NOS PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Arisa Nara Saldanha Almeida<sup>1</sup>, Francisco Ariclene Oliveira<sup>2</sup>, Aviner Muniz de Queiroz<sup>3</sup>, Francisca Jamille Mourão Ximenes<sup>4</sup>

*1* Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, Fortaleza-Ceará-Brasil.

*2* Enfermeiro. Bolsista do Programa Bolsa de Incentivo à Educação na Rede SESA - PROENSINO/SESA no Hospital Geral Dr. César Cals. Fortaleza-Ceará-Brasil.

*3* Enfermeiro. Pós-graduando em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza-Ceará-Brasil.

*4* Enfermeira pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: arisanara@gmail.com

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Educação em Saúde. Vacinação.

### INTRODUÇÃO

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS surge com enfoque nas ações preventivas, levando a criação na década de 80 do PACS (Programa de Agentes comunitários de Saúde) e, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Através da atuação no nível primário de atenção à saúde, equipes multiprofissionais formadas por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde realizam ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação, educação e mobilização social na comunidade (BRASIL, 2011).

O agente de saúde desenvolve ações básicas importantes como o incentivo ao aleitamento materno, garantia do início precoce do pré-natal, acompanhamento das crianças no que se refere ao crescimento e desenvolvimento, imunização, prevenção de doenças de maior prevalência, atuando inclusive na detecção precoce das necessidades de saúde dos usuários, principalmente das crianças na comunidade através do vínculo e acompanhamento por meio das visitas domiciliares. Desse modo, faz-se necessário e de extrema importância que o mesmo esteja capacitado e treinado, permanentemente, sobre os cuidados de saúde geral, com ações preventivas, de orientação aos usuários e de promoção da saúde por meio dos encaminhamentos necessários (SANTOS, 2014).

Considerando a relevância da atuação desses profissionais dentro da equipe de saúde, é necessário a capacitação destes por meio da estratégia de educação permanente, tendo em vista que seu trabalho é a base para a melhoria da qualidade de vida dos usuários e suas ações são capazes de transformar situações-problemas que afetam a qualidade de vida das famílias. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) do SUS visando trabalhar com os profissionais de saúde, colocando o cotidiano da prática no processo de formação, levando-os à problematização, à reflexão para agir em prol da mudança em parceria com a comunidade, à transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das populações e a organização da gestão setorial, tendo em vista que as mudanças no processo de educar em saúde só poderiam ocorrer com um novo olhar dos profissionais que executam as atividades de educação em saúde (CECCIM, 2005; BRASIL, 2004; NICOLETTO, 2008).

A proposta de educação permanente foi desenvolvida como estratégia para se alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação. Parte do pressuposto de que o conhecimento se origina na identificação das necessidades e na busca de solução para os problemas encontrados, sendo válidos na solução dos problemas tanto o conhecimento científico como o popular. Nessa perspectiva, a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber real, determinando, dessa maneira, sua aprendizagem subsequente (LOPES *et al.*, 2007).

Contudo, vislumbra-se o uso de metodologias ativas nos processos de formação dos trabalhadores de saúde, e neste estudo formulou-se uma ação educativa com Agentes Comunitários de Saúde - ACS sobre rede de frios e imunobiológicos, tendo em vista as potencialidades dessas metodologias para a construção de conhecimentos que subsidiem uma prática educativa continuada e mobilizadora, já que a imunização representa uma das mais importantes ferramentas disponíveis para a prevenção de doenças. Além de ser uma estratégia de baixo custo para proteção individual, elas também resguardam a comunidade reduzindo a circulação de agentes infecciosos.

O objetivo deste artigo foi descrever uma ação educativa intervencionista vivenciada por acadêmicos de enfermagem com agentes comunitários em um curso de atualização em rede de frios e imunobiológicos, adotando as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no contexto da atenção primária.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência acerca de uma atividade de intervenção em saúde, a qual foi desenvolvida no formato de um curso de atualização, com foco no fortalecimento da educação permanente para os profissionais de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde - UAPS durante o estágio curricular, baseado nas seguintes etapas de elaboração: processo de captação da realidade, discussão e reflexão crítica da realidade captada, elaboração e aplicação da proposta de intervenção.

A atividades intervencionista foi realizada em uma UAPS, localizada na Coordenadoria Regional de Saúde I - CORES I, do município de Fortaleza-CE. Deu-se no período de outubro a novembro de 2016, durante o Estágio Curricular Supervisionado em Saúde Coletiva, do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior – IES de Fortaleza.

O curso se destinava a todos profissionais de saúde da UAPS, mas tinha como grupo prioritário, os ACS. A escolha do local de aplicação da intervenção deveu-se ao fato de ser um ponto estratégico de encontro da população alvo que foi composta por 22 ACS de cinco equipes de saúde da família da unidade. Após a caracterização do problema evidenciado na captação da realidade, foi elaborada uma proposta de intervenção que consistiu em uma estratégia de educação permanente em formato de oficinas de conteúdo teórico-prático direcionado aos ACS da UAPS, abordando o tema “Atualização em Rede de Frios e Imunobiológicos”. O curso fora programado para compreender uma carga horária de 60 horas, desenvolvido em seis encontros com datas intercaladas, com duração de cinco horas cada.

Para complementar a carga horária do curso, foi proposto para cada oficina e encontro uma atividade de dispersão, cujo objetivo era levar o cursista a praticar, na sua área de atuação, o que foi discutido em sala. No que se refere ao processo de ensino-aprendizagem dos cursistas acerca do conteúdo, os facilitadores optaram pelo uso de metodologias ativas, que favorecessem a integração com o grupo e a interação com os facilitadores.

No desenvolvimento das atividades do curso, utilizou-se a estratégia de oficinas educativas, dinâmicas de grupo, uso de vídeos e músicas que possibilitassem a reflexão acerca da temática de cada encontro. Os dados do andamento do curso se deram por meio da aplicação de um pré-teste, no início do curso, de um pós-teste, no término do curso, das atividades de dispersões recebidas e da avaliação do curso.

Os convites e inscrições para o curso foram realizados na UAPS com duas semanas de antecedência em uma reunião previamente agendada com os ACS, onde foi explicado o conteúdo que seria ministrado, a duração e os horários das atividades e a importância da participação dos mesmos para o sucesso da intervenção.

As oficinas e encontros foram ministrados pelos acadêmicos de enfermagem, sendo os assuntos distribuídos entre 5 facilitadores. Os mesmos se reuniram com antecedência para elaborar as apresentações em mídia que foram utilizadas durante os encontros.

Durante a seleção do conteúdo a serem ministrados, os acadêmicos consideraram dados encontrados na literatura acerca do tema escolhido e informações previamente adquiridas em aulas durante o curso de graduação em enfermagem. Assim foram incluídos conteúdos teóricos sobre: rede de frios e imunobiológicos; mitos e verdades sobre as indicações e contraindicações de vacinas; situações especiais de vacinação e importância do ACS junto às famílias para manter o calendário básico vacinal atualizado.

Durante os encontros, buscou-se deixar os ACS à vontade para interagir com os facilitadores por meio de questionamentos e depoimentos. Procurou-se utilizar a metodologia da problematização e discussão participativa focada na resolução dos problemas e dúvidas apresentados pelos ACS em suas experiências profissionais e pessoais sobre Rede de frios e Imunobiológicos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposta de intervenção deu-se no formato de um Curso de atualização em imunobiológicos e rede de frios, o qual foi realizado em encontros semanais, totalizando seis encontros, além dos encontros presenciais foi proposto atividades de dispersão para eles desenvolverem na área de atuação de acordo com cada tema abordado nas aulas, ao final todos os participantes, que participaram de todos os encontros de capacitação, realizaram as atividades de dispersões propostas, após isso receberam certificação de 60 horas. O curso foi ministrado nas dependências de uma Instituição de Ensino Superior de Fortaleza, a qual tem parceria com a UAPS da Coordenadoria Regional de Saúde - (CORES I, em que estão vinculados os ACS participantes).

No primeiro encontro, realizou-se no início da oficina uma dinâmica de *Rapport* cuja finalidade foi conhecer os cursistas e estabelecer uma relação de vínculo com os mesmos. Em seguida, abordou-se sobre os conceitos iniciais sobre rede de frios e imunobiológicos. Buscou-se nesse momento sensibilizar os mesmos quanto ao seu papel junto às famílias para manter a Caderneta de Vacinação em dia, dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família - ESF. O desenvolvimento dessas atividades para os acadêmicos foi um momento muito rico, visto que possibilitou a percepção das dificuldades enfrentadas pelos ACS.



No segundo encontro abordou-se sobre o funcionamento da Rede de frios; no entanto, observou-se que os ACS não conheciam a logística de produção, transporte e armazenamento dos imunobiológicos. De modo que essa temática suscitou muitas perguntas, as quais foram discutidas paulatinamente. Realizou-se ainda uma dinâmica denominada “Mitos e Verdades”, a qual enfatizou sobre as contraindicações e indicações na aplicação de vacinas. Discutiu-se também acerca das situações especiais de vacinação e adiamento da aplicação de vacinas.

Nessa perspectiva, o Guia Prático para o agente comunitário de saúde, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que dentre outros temas aborda a saúde da criança, reforça que entre as ações de prevenção das doenças e promoção à saúde, estão o incentivo ao cumprimento do calendário vacinal, a busca ativa dos faltosos às vacinas e consultas, a prevenção de acidentes na infância, o incentivo ao aleitamento materno, que é uma das estratégias mais eficazes para redução da morbimortalidade (adoecimento e morte) infantil, possibilitando um grande impacto na saúde integral da criança (BRASIL, 2009).

No terceiro encontro, foram aprofundadas informações sobre cada imunobiológico a seguir, destacando características, indicação, tipos de doenças que previne, a idade certa de vacinação, forma de cuidados com os imunobiológicos para garantir a eficácia da administração: BGC; PPD; Hepatite B; Anti-Pólio; Rotavírus e Pneumocócica. Após a exposição dialogada foi realizado uma atividade grupal cuja finalidade era resgatar as informações compartilhadas, depois cada grupo apresentava a todos os demais participante.

No quarto encontro, discutiu-se na oficina acerca dos imunobiológicos: Pentavalente; DTP; dT; DT; dTpa; Meningocócica C. Em relação à abordagem metodológica adotada, manteve-se a mesma metodologia do encontro anterior. Foi um momento de grande troca de aprendizagem e experiências, tanto para os acadêmicos quanto para os ACS.

No quinto encontro foram abordados os seguintes imunobiológicos: Triviral/Tetraviral; Hepatite A; Influenza (sazonal + H1N1); Febre Amarela e suas precauções; HPV; Anti-rábica; Vitamina A. Além disso, discutiu-se sobre os calendários de vacinação da criança e do adolescente; adulto; idoso e da gestante.

No sexto encontro abordou-se acerca das reações adversas na aplicação de vacinas. Em seguida fora proposto a resolução de estudos de casos que contemplassem todos os tópicos abordados nos encontros anteriores.

Ressalta-se que ao final de cada encontro se entrega uma proposta de atividade de dispersão acerca do tema abordado na oficina, visando à prática e a compreensão dos conhecimentos adquiridos. As dispersões eram entregues no encontro seguinte para serem avaliadas pelos facilitadores e em seguida discutia-se sobre as dúvidas apontadas pelos ACS na resolução da dispersão.

Para os acadêmicos de enfermagem foi de suma importância ministrar esse curso, pois, em todos os momentos, os facilitadores buscaram desenvolver com dinamismo as atividades que foram propostas para curso, tornando-se um grande aprendizado para ambas as partes. Foi de grande valia o aprendizado que foi compartilhado com os ACS. Ao final do curso, os mesmos deram um *feedback* bastante positivo acerca da elaboração do curso, da exposição e do domínio apresentado pelos facilitadores.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento da intervenção educativa no âmbito da Estratégia Saúde da Família, favoreceu a compreensão da importância da Educação Permanente no processo de trabalho dos profissionais, principalmente do ACS, visto que estes atuam diretamente com a população que também por sua vez precisa receber orientações e informações adequadas com uma abordagem efetiva e acolhedora.

Em face desse contexto, compreendeu-se a relevância do processo de captação da realidade para identificar as principais demandas da população, antes de planejar e executar uma proposta de intervenção como a que foi realizada, pois assim, foi possível desenvolver uma estratégia educativa voltada à necessidade real captada; no caso, a realização de um curso de atualização em imunobiológicos.

A partir da experiência adquirida na realização da atividade em campo, percebeu-se a importância do envolvimento do enfermeiro na qualificação dos ACS, haja vista que esse processo formativo de qualificação deve ocorrer de modo constante com a finalidade de mitigar os problemas existentes na comunidade. Nessa perspectiva, acredita-se que a prática de educação permanente é a melhor ferramenta quando se trata da atualização profissional.

De modo geral, observou-se que a realização da atividade de intervenção favoreceu a ampliação da visão acadêmica a respeito do trabalho transdisciplinar na realidade da Atenção Básica. Além de oportunizar o conhecimento da interação que estes profissionais fazem diretamente com as famílias acompanhadas e os desafios encontrados para desenvolver seu trabalho na comunidade. Assim, a atividade foi rica por oportunizar o crescimento pessoal e profissional dos acadêmicos em decorrência da constante troca de saberes e vivências com os agentes comunitários de saúde no desenvolvimento da prática da educação permanente.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde/CONASS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

LOPES, S. R. S.; *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação, Ciências e Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

NICOLETTO, S. C. S.; *et al.* Pólos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 209-219, 2008.

SANTOS, M. M. B. **Assistência neonatal e do lactente: a construção da educação permanente com os agentes comunitários de saúde**. 2014 Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Aracaju, 2014.

## AGRADECIMENTO

Agradecemos à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMATRO por viabilizarem o espaço para a realização do curso, além do suporte técnico oferecido. No ensejo estendemos nossos agradecimentos a todos os Agentes Comunitários de Saúde da UAPS Carlos Ribeiro pela participação efetiva no curso.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS ACERCA DO TRATAMENTO DE PRÉ- ECLÂPSIA

**Kelly dos Santos Olanda<sup>1</sup>, Francisca Adrismara Lopes de Lima<sup>2</sup>, Francisco Raylone Vieira Coutinho<sup>3</sup>, Gilce Helen Amorim da Silva<sup>4</sup>, Antonia Jordana Felipe Gomes de Brito<sup>4</sup>, Anna Paula Sousa da Silva<sup>5</sup>**

*1 Graduada de Enfermagem, Faculdade Nordeste, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Graduada de Enfermagem, Faculdade Nordeste, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Graduando de Enfermagem, Faculdade Nordeste, Fortaleza-Ceará-*

*4 Graduada de Enfermagem, Faculdade Nordeste, Fortaleza-Ceará-Brasil 5 Graduada de Enfermagem, Faculdade Nordeste, Fortaleza-Ceará-Brasil 6 Docente, Faculdade Nordeste, Fortaleza-Ceará*

*Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Pré-eclâmpsia. Síndrome Gravídica.*

### INTRODUÇÃO

A gestação é um evento fisiológico normal e traz modificações ao organismo na parturiente, que tem início desde de sua primeira semana de gestação e continua até todo o período gravídico. Essas modificações decorrentes das mudanças e transformações como resposta às demandas próprias dessa fase. Nesse período, o corpo da mulher é constante e intensamente sensibilizado o que traduz uma série de desconfortos, expressa por sinais e sintomas, que variam dependendo da tolerância de cada mulher ao desconforto e da intensidade com que eles se apresentam (AGUIAR et al., 2014).

Entretanto, durante a gestação podem ocorrer presença de intercorrências, tais como, as patologias maternas que podem afetar a saúde do binômio mãe-filho, não somente pela sua ocorrência, mas também através do efeito originado pelo seu tratamento, sendo necessário ações de prevenção e diagnóstico adequado.

Dentre as intercorrências que ocorrem na gestação, destaca-se a hipertensão gestacional que, quando não tratada, pode desencadear pré-eclâmpsia, eclâmpsia e morte fetal, sendo considerada a principal causa de morte materna no mundo inteiro, podendo ainda estar associada à prematuridade, ao retardo do crescimento intrauterino e à mortalidade perinatal.

A Pré-eclâmpsia, é caracterizada como uma desordem multissistêmica que pode ocorrer a partir da 20ª semana de gestação, os níveis tensionais são maiores que 140 mmHg (PAD) x90 mmHg (PAS), associada à proteinúria acima 300mg/ 24 horas (AGUIAR et al., 2014).

Alguns outros sinais podem ser indicativos desta condição, tais como: presença de edema – principalmente na face, ao redor dos olhos e mãos; ganho ponderal acentuado; náuseas e/ou vômitos; dor em região epigástrica que irradia para membros superiores; cefaléia e alterações visuais (visão borrada e/ou turva); hiperreflexia, taquipnéia e ansiedade (FERREIRA et al.,2016).

O único tratamento eficaz levando à cura das pacientes com pré-eclâmpsia, é o parto. O tratamento farmacológico tem por objetivo estabilizar o quadro clínico materno e fetal enquanto aguarda um melhor desenvolvimento do conceito, como a maturação pulmonar, para então preparar para o parto (REZENDE; MONTENEGRO, 2008).

A assistência de Enfermagem a pacientes com pré-eclâmpsia está presente desde o pré-natal, consulta de Enfermagem de acompanhamento, ao qual o profissional deve estar alerta para o aparecimento de sintomas clínicos relacionados com a hipertensão, sangramento, hemorragia e, especialmente, a presença de sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, para intervir diretamente neste processo, encaminhando a paciente para serviço especializado para diminuir complicações e mortalidade associadas (TEZZA, 2012).

A assistência de enfermagem é indispensável na vigilância e reconhecimento das características específicas da pré-eclâmpsia, como também na minimização de seus agravos e complicações, além de ser capaz de favorecer e recuperar a saúde dessas pacientes.

Faz-se necessário expandir os conhecimentos acerca dessa síndrome gravídica para melhorar a assistência às mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia, pois esse conhecimento é uma ferramenta para avaliação no processo de atenção integral das pacientes.

Tendo em vista tais considerações, houve o interesse em investigar essa temática através de relatos de mulheres gestantes e puérperas que tiveram diagnóstico confirmado de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.

O interesse pela pesquisa surgiu após estudos de literatura vigente do grande índice de morte materno fetal de pacientes diagnosticada com pré-eclâmpsia, e foi reforçado também após estágio de enfermagem em saúde da mulher, onde prática e teoria se articulavam. A relevância da pesquisa surge dentro do contexto e consiste na síntese da percepção de puérperas acerca do tratamento da pré eclâmpsia. Cuidados e condutas de enfermagem

que contribuem para melhora do diagnóstico dessas pacientes, assim contribuindo para o bem-estar da mesma, reduzindo seus medos e minimizando seus riscos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. Denzin e Lincoln (2006), afirma que a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando compreender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles confiam.

A pesquisa foi realizada na enfermaria do 1º andar, de uma maternidade pública de Fortaleza, Ceará, vinculada ao MEC (Ministério da Educação) e a Rede Cegonha, nos meses de maio e junho 2017.

Os sujeitos da pesquisa foram pacientes gestantes e puérperas diagnósticas com pré-eclâmpsia ou eclampsia internadas na enfermaria do 1º andar da Maternidade Escola de Fortaleza-Ce, MEAC no período destinado a coleta.

Para a seleção das participantes foi estabelecido como critérios de inclusão, pacientes que apresentavam os seguintes requisitos: ter acima de 18 anos, ter sido diagnosticada com pré-eclâmpsia ou eclampsia. Critérios de exclusão: Pacientes que tiveram complicações e danos da síndrome gravídica, visto que elas se encontravam fragilizadas, podendo ocorrer agravos com perguntas e explicações voltadas sobre o tema da pesquisa bem como evitar respostas baseadas no seu momento de perda atual, pacientes que se negarem a responder qualquer pergunta e pacientes que tinham respostas induzidas por acompanhantes. O número final de participantes foi dado por saturação de dados coletados, amostra composta, portanto por 15 mulheres, puérperas e gestantes.

Os registros de dados foram feitos através do preenchimento de um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas objetivas e subjetivas, sobre a percepção de puérperas acerca do tratamento de pré-eclâmpsia/ Eclampsia, dados de identificação e perguntas norteadoras. As perguntas foram voltadas para a assistência que a paciente recebeu desde sua admissão na unidade hospitalar até o momento do pós-parto.

Os instrumentos de coleta de dados utilizado durante a entrevista continha as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, informações gestacionais e uma pergunta norteadora que se destaca como: Para você o que significa o diagnóstico de pré-eclâmpsia ou eclampsia?

As entrevistas foram gravadas, e transcritas fielmente após autorização das entrevistadas, e em seguida foi realizada uma análise, conforme o que sugere o modelo de trabalho qualitativo.

A entrevista ocorreu nas enfermarias do alojamento conjunto da maternidade escola com puérperas e gestantes que obedeciam aos critérios de inclusão da pesquisa já mencionados, e partir daí era feita uma escolha das mulheres a serem entrevistadas com autorização das mesmas. Após a coleta, foi realizada a análise dos dados e para aprofundar a interpretação dos dados foi igualmente utilizada a técnica de análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (2011), que é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

Foram analisados o entendimento da paciente sobre pré-eclâmpsia/eclâmpsia, e foi possível identificar também se essas mulheres tiveram um tratamento de enfermagem ideal e de qualidade durante sua admissão, parto e pós-parto em relação ao seu diagnóstico de pré-eclâmpsia /ou eclâmpsia.

Visto o objetivo proposto e com a finalidade de responder à questão da pesquisa, a partir da análise dos dados foi elaborado uma categoria: Conhecimento das mulheres sobre o diagnóstico de pré- eclâmpsia.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A maioria das mulheres pesquisadas, sete (46,6%) se encontram na faixa etária de 18 a 25 anos de idade, a faixa etária entre 26 a 32 anos vem em seguida com cinco mulheres entrevistadas (33%).

Motta *et al.*, (2016) mostra em estudo que as gestantes adultas jovens estão em uma faixa etária propícia à gravidez, estando menos propensas a apresentar complicações maternas e perinatais associadas às características da adolescência ou do envelhecimento.

Quanto ao estado civil duas (13,3%) eram solteiras, oito (53,3%) mantinham uma união estável, e cinco (33,3%) eram casadas. Sobre a escolaridade três (20%) tinham o ensino fundamental incompleto, nenhuma das entrevistadas possuíam o fundamental completo, seis (40%) tinham o ensino médio incompleto, cinco (33,3%) concluíram o ensino médio e apenas uma mulher (6,6%) possui o nível superior incompleto.

A maioria das entrevistadas, oito (53,3%), estavam com a idade gestacional entre 31 e 37 semanas, três (20%) das mulheres estavam igual ou acima de 38 semanas, porém duas entrevistadas (13,3%) relatou está entre 25 a 30 semanas de gestação e, duas mulheres (13%) eram puérperas.

Quanto a realização do pré-natal, todas as mulheres, quinze (100%) responderam tê-lo realizado, porém, treze (86,6%), realizaram pré-natal em rede pública enquanto duas (13,3%) realizaram em rede privada. Em relação ao número de consultas, oito mulheres (53,3%) responderam terem feito entre seis e sete consultas, e cinco entrevistadas (33,3%) responderam terem realizado de sete a mais consultas. Contudo, apenas uma mulher (6,6%) realizou de 1 a 3 consultas e uma única mulher (6,6%) relatou ter realizado apenas uma consulta de pré-natal.

Observar-se que o número de consultas realizadas pelas entrevistadas, em sua maioria, 13 mulheres (86,6%) está de seis ou mais consultas que supera a recomendação do Ministério da Saúde, com o mínimo de seis consultas. Cabe lembrar que, o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materno-fetal (BRASIL, 2012).

Muitos são os motivos que podem levar pacientes gestantes a uma internação, quando se trata de paciente com síndrome gravídica os motivos podem ser ainda mais relevantes e delicados. Neste estudo, em que o desfecho foi de mulheres acometidas com pré-eclâmpsia, como esperado, o motivo de maior significância relatado pelas mulheres foram pressão alta e cefaléia, onde onze mulheres entrevistadas (73%) confirmaram terem sentido tal sintomas, duas (13%) tiveram vômitos e náuseas, e uma (6,6%) deu entrada no dia marcado para o parto.

O relato das entrevistadas mostra que seus conhecimentos a respeito do diagnóstico de pré eclâmpsia não é coerente com a realidade desejada, mulheres sofrem pela falta de informações, não repassada. Essa triste realidade não vem somente da atenção primária, na enfermaria da maternidade onde estão internadas após parto de urgência ou pela evolução do risco do diagnóstico elas queixam-se por não receber condutas, orientações e informações mais claras a respeito de seu diagnóstico.

Após avaliação das falas, observa-se que as gestantes não estão recebendo as informações necessárias para o desenvolvimento saudável de sua gestação. Porém elas chegam da atenção primária sem nenhum conhecimento a respeito dos sinais e sintomas, dão entrada na atenção secundária se deparam com a realidade do internamento após agravos da síndrome gravídica, porém mais uma vez afirmam também não receber informações dos enfermeiros da enfermaria obstétrica a respeito do seu diagnóstico e nem sobre cuidados que precisam ter.

Constatar-se após achados do estudo, que os conhecimentos das pacientes sobre o diagnóstico que pré-eclâmpsia reflete na falta de orientação desde o pré-natal, porta de entrada aos cuidados da gestante até sua admissão na maternidade.

Podemos observar mediante falas das entrevistadas que tais conhecimentos frente a essa síndrome gravídica são vagos, onde a maioria só sabe que ela está relacionada a aumento da pressão e que muitas vezes pode causar a morte da mãe e do feto, conforme descrito a seguir:

“ Eu acho que é um risco, um risco pra mim e pra criança” (MAÇÃ).

“Pra mim (Paciente), bem dizer minha morte, por que faltei morrer [...] Pressão alta é sério né? Pré-eclâmpsia! Fiquei com a vista embaçada, vendo estrela, com falta de ar com dor na “*boca do meu estomago*” e muita dor de cabeça e vomitando.” É muito risco né, a pré-eclâmpsia, a própria morte. Se não tiver cuidado morre” (PÊRA).

Percebeu-se nas falas das mulheres entrevistadas da maternidade um achado importante a ser avaliado, no que diz respeito ao conhecimento da pré-eclâmpsia. As pacientes associam a doença ao aumento da pressão, e a grande maioria desconhece esta patologia. Em contrapartida, elas indagam que essa síndrome gravídica tem elevada chance de risco de morte para binômio mãe e filho.

A maioria das entrevistadas tiveram suas consultas de pré-natal realizadas em rede pública, (86%) enquanto a minoria realizou em rede privada, porém, podemos observar que a falha é a mesma, a falta de informação sobre o diagnóstico das pacientes não foi repassado com clareza e eficácia:

“Não sei, Eu paguei o pré natal já pra tirar as dúvidas, pra não ir em posto porque tinha consulta e as vezes não tinha. Cheguei com dúvida e sair com mais ainda. Ela (Enfermeira) tirava pressão e pronto e pode ir pra casa e ela dizia, “não se preocupe com o parto que na hora você vai saber”, na hora eu soube mesmo né, bem direitinho (risos). Eu me arrependi de ter gastado cada centavo lá.

Certamente que a equipe de atenção á gestante na atenção ao pré-natal, tanto na rede pública como na privada, como indagado pelas mulheres, não tem orientado de forma correta quanto aos cuidados e prevenção da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Isso contribui para que a gestante esteja suscetível não somente a essa síndrome gravídica, como também á diversas doenças e síndromes que são comuns para gestantes.

## CONCLUSÃO

As informações analisadas no presente estudo permitiram observar que o entendimento das pacientes da maternidade sobre o diagnóstico de pré-eclâmpsia está associado ao aumento da pressão arterial, como também ao risco de morte da mãe e do feto. Tais conhecimentos são vagos, as respostas mal formuladas, e concluem com a afirmação que ela pode evoluir para eclampsia, porém a maioria sabe identificar a presença de convulsão, contudo, são leigas a respeito da gravidade da mesma. Portanto, é imprescindível, que durante a assistência, o profissional enfermeiro esteja alerta as possíveis alterações que a gestante pode apresentar.

## REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5ª ed. Brasília (DF); 2010 CAVALLI, R. C.; SANDRIM, V. C.; SANTOS, J. E., DUARTE, G. Predição de pré-eclâmpsia. **Rev.**

**Bras. Ginecol. Obstet.** 2009, vol.31, n.1, pp. 1-4.

DATASUS - **Sistema de Informações sobre Mortalidade** – SIM, Fonte: MS/SVS/CGIAE - Situação da base nacional em 20/10/2014

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães et al. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 50, n. 2, p.324- 334, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000200020>.

NORONHA NETO, Carlos et al. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Recife, v. 32, n. 9, p.459-468, 2010.

OLIVEIRA, Kátia Karine Pessoa Andrade de et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PARTURIENTES ACOMETIDAS POR PRÉ- ECLÂMPسيا. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 10, n. 5, p.1773-1778, maio 2016.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia**. Brasília: OMS; 2013.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.; **Obstetrícia fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan: 2008.

RICCI, S. S.. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Faculdade Nordeste por todo apoio e incentivo á pesquisa, nos fazendo crescer e nos tornando profissionais ainda mais capacitados, a nossa professora e orientadora Ms. Anna Paula Sousa, que tanto tem nos apoiados em projetos e pesquisas, que através do seu ensino nos mostra como ser profissionais capacitados contribuindo para nossa vida acadêmica, profissional e pessoal, obrigada por nos levar a alcançar voos altos.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECIMENTO E PRÁTICA DO ENFERMEIRO SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA ATENÇÃO BÁSICA

Francisca Elineuda Moraes Martins<sup>1</sup>, Nayara Cristina da Rocha Oliveira<sup>2</sup>, Celina Maria de Souza Olivindo<sup>3</sup>, Francisco Eudes Barros<sup>4</sup>, Camila Aparecida Sousa Silva<sup>5</sup>, Ana Flavia do Nascimento Azevedo<sup>6</sup>

*1 Especialista em Gestão Pública Municipal, UESPI, Parnaíba-Pi,*

*2 Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade Maurício de Nassau, Parnaíba – Pi,*

*3 Mestre em Administração, FEAD, Belo Horizonte - Mg*

*4 Mestre em Gestão Universitária, UFPI, Parnaíba-Pi,*

*5 Especialista em Urgência e Emergência UninovaFap, Teresina-Pi,*

*6 Especialização em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça, UFPI, Parnaíba – Pi*

E-mail: moraisely@hotmail.com

Palavras-chave: Enfermagem, prevenção, câncer de próstata.

### INTRODUÇÃO

Dangelo & Fattini (2009), caracterizam a próstata como um órgão pélvico, ímpar, que compõe o sistema genital masculino. Tem como principal finalidade de atuar no processo de fecundação. Conforme Guyton (2011), a próstata secreta um líquido fino, opaco e levemente alcalino que atuam neutralizando o PH ácido do líquido seminal, permitindo também a mobilidade e fertilidade destes espermatozoides no processo de ejaculação.

O câncer de próstata é o quinto tumor maligno mais frequente no mundo. O Brasil está entre os países com alta taxa de incidência e a estimativa, para o ano 2014, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), é de 68.800 casos novos, sendo 35.980 só na região Sudeste (BRASIL, 2014). A incidência dessa doença aumenta com o passar dos anos. Diversos fatores são apontados como determinantes; dentre eles, evidenciam-se: a maior expectativa de vida da população, as constantes campanhas de identificação da doença revelam mais homens com a doença, influências alimentares e ambientais (SWAMINATHAN, 2012)

O envelhecimento é um fator de risco para a predisposição ao desenvolvimento do câncer de próstata. Uma alimentação rica em gordura saturada, pobre em fibras, déficit de vitamina D, devido a pouca exposição ao sol, história familiar, raça/etnia, também são fatores de risco para a doença (GOMES et. al, 2015). O diagnóstico de câncer de próstata pode ser feito de duas maneiras: através do exame de sangue que o rastreamento com o antígeno prostático específico (PSA) e o outro é o exame do toque retal que esse chega a ser mais preciso, essa neoplasia em estado inicial, na maioria das vezes é assintomática tornando o diagnóstico mais difícil, mas com o avançar da doença a detecção fica mais fácil, pois os sintomas vão surgindo (ONCOGUIA, 2014).

O Ministério da saúde, em 2008, lança a política nacional de saúde do homem que tem como principais objetivos: promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, e o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão.

Esse conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. (BRASIL, 2008).

Segundo Fleming (2011) o enfermeiro deve atuar centrado na promoção, prevenção e minimização das neoplasias. Faz-se necessário à ininterrupta vigilância em saúde, principalmente no que diz respeito aos casos de câncer. Estas ações contribuem para a promoção de estratégias com a finalidade de reduzir novos casos de câncer de próstata.

Desta maneira, a enfermagem exerce papel importante ao atuar em situações cotidianas ou programadas, com intervenções educativas na perspectiva da promoção da saúde e detecção precoce de possíveis agravos. Compete ao enfermeiro fornecer orientações sobre fatores de risco e possíveis medidas de prevenção da doença, além de sensibilizar a população para a realização aos exames diagnósticos. (GOMES et. al, 2015).

Fazendo uso de ações educadoras em comunidade afim de que os participantes dessas ações adquiram hábitos saudáveis em suas vidas, sem contar que os profissionais precisam estar capacitados para melhor atenderem seus clientes e para poder passar as orientações devidas referentes à prevenção dessa neoplasia. A rede pública é responsável pela oferta de exames para os indivíduos do sexo masculino que queiram realizá-lo e também de informar os mesmos sobre o risco e benefícios dos exames. (BRASIL, 2008).

Em virtude da complexidade da temática e a subjetividade que envolve as percepções dos homens em relação ao seu próprio bem estar, e da responsabilidade do enfermeiro na prevenção e promoção da saúde, o presente



estudo tem como objetivo identificar o conhecimento e a prática do enfermeiro sobre a prevenção do câncer de próstata na atenção básica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo quantitativo descritivo com delineamento transversal realizado nas Unidades Básicas de Saúde- UBS, localizada no município de Parnaíba-PI. Que tem uma população estimada, em 2015, de 149.803 habitantes, possuindo 39 unidades de UBS.

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros que exercem suas atividades profissionais nas UBS da cidade de Parnaíba. A amostra foi composta por 12 enfermeiros, os critérios de inclusão foram: aceitar participar da pesquisa e atuar nas UBS a pelo menos um ano. O instrumento usado para coleta de dados foi um questionário semiestruturado, com questões objetivas e subjetivas.

A resolução a qual ampara esta pesquisa em seus aspectos éticos é a Res. 466/12 que é regulamentada nas normas de pesquisa, nas quais, envolve seres humanos e baseia-se em documentos internacionais. Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimentos, que logo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar do estudo. Todos os participantes tiveram a liberdade de suspender ou encerrar a participação no estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O presente estudo, constituído por 12 enfermeiros, revela que 58% dos entrevistados tem mais de 10 anos de tempo de serviço, seguindo de 25% com 1 a 3 anos. Atualmente no Brasil, as equipes de enfermagem são compostas por 80% de técnicos e auxiliares em enfermagem e por 20% de enfermeiros.

Em relação ao mercado de trabalho, 59,3% das equipes de enfermagem estão presentes no setor público (COFEN, 2015).

Mais especificamente na área da enfermagem, a recente legislação que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem estabelece como função privativa do enfermeiro a Consulta de Enfermagem e resolve que o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN,2009). A Enfermagem atua no cuidado integral e contínuo de pacientes que precisam tomar decisões e avaliar as intervenções que foram aplicadas. Para ter segurança nos cuidados prestados a estes pacientes, o profissional deve buscar evidências de intervenções já realizadas, avaliando de forma criteriosa os resultados obtidos pelos cuidados prestados em pacientes oncológicos prostáticos (BENICIO, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde- OMS (BRASIL 2016, ), a detecção precoce através do diagnóstico em sinais iniciais, com os exames de rotina, que inclui o toque retal e a dosagem de PSA possuem evidências científicas de boa qualidade para o rastreamento. O INCA recomenda a procura espontânea dos serviços de exames e atendimento a população masculina. Dessa maneira, o enfermeiro não deve perder a oportunidade de abordar os homens, aproveitando as situações cotidianas da assistência de enfermagem, na perspectiva da promoção da saúde e detecção precoce de agravos, no sentido de orientá-los sobre os fatores de risco e medidas de prevenção relativas ao câncer de próstata, além de identificar a presença ou não desses fatores e buscar sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas (MEDEIROS, 2011). Pela importância da educação continuada, o profissional de enfermagem deve estar atento a novas intervenções que são estudadas e apresentadas como as terapias alternativas e complementares (SILVA, 2012).

Quando se perguntou sobre as ações desenvolvidas nas UBS para cuidado com a saúde do homem, 43% dos entrevistados focam em atividades no período do Novembro Azul e 32% com sessões Educativas durante o restante do ano. A comunicação é um importante artifício para firmar esse elo entre o profissional da saúde e o paciente. Sousa (2011) em pesquisa realizada com homens, mostrou que a principal fonte de informações sobre câncer prostático é o médico 63,2%, logo em seguida as mídias 62,1%. O enfermeiro foi responsável por apenas 3,4% das orientações, o que sugere falta de conhecimento e preocupação sobre a temática, mesmo a consulta de enfermagem sendo mais comum em promoção da saúde na rede pública, o modelo biomédico ainda domina, tendo o médico como detentor do saber.

O enfermeiro pode atuar efetivamente no combate ao câncer da próstata através da prevenção primária, buscando também estreitar esse vínculo com o público masculino, e adequar o ambiente de atenção básica para os mesmos, que é comumente mais voltado para mulheres e crianças. A fim de evitar o agravamento desta doença e que os índices de homens portadores de câncer de próstata em estágio avançado caiam (BENICIO, 2015). Cabe aos profissionais de saúde fornecer informações e orientações prévias relacionadas aos benefícios dos exames



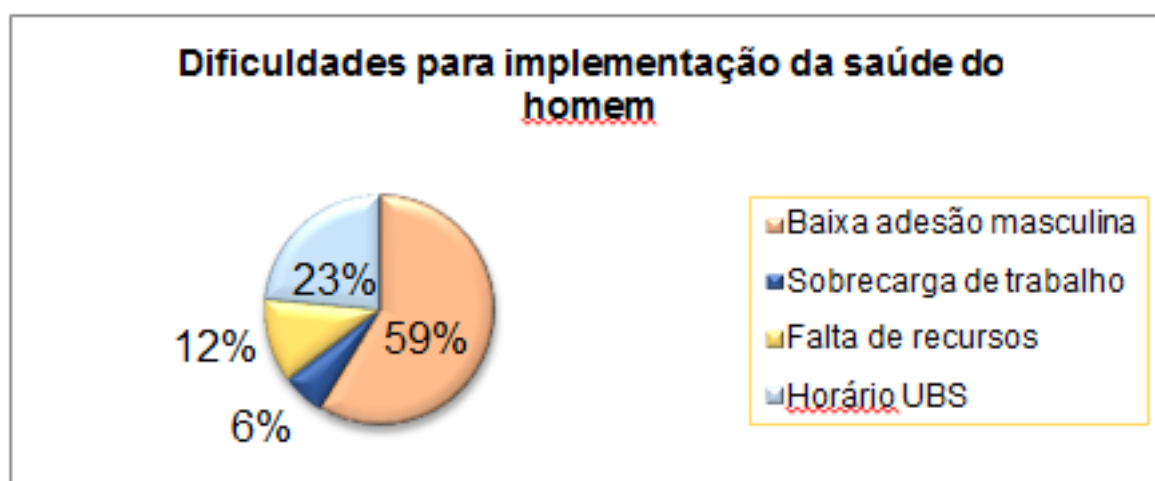
durante qualquer oportunidade de contato com homens que se encontrem em período de rastreamento para o câncer de próstata, fato que irá auxiliar na decisão da realização ou não do exame (VIEIRA, 2008).

Quando questionados sobre como atraem os homens para as UBS, 43% afirmam que os Agentes Comunitários de Saúde- ACS são fundamentais para essa conquista, e 36% oferecem atrativos na própria UBS. Segundo Leite (2010) argumenta que a equipe de estratégia e saúde da família deve estar realizando palestras tanto para os homens quanto para suas companheiras, familiares e demais pessoas, pois desta forma estará atingindo uma maior parcela de indivíduos em relação à prevenção dessa neoplasia e oferecendo algo para que possa atrair mais ainda o público. O mesmo autor afirma que a estratégia de educação em saúde do homem produziu um impacto positivo, com resultados estatisticamente significantes sobre o conhecimento das doenças.

Quanto a Política Nacional de Saúde do Homem, 92% afirmaram conhecer e tentam colocar em prática. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem como objetivo promover ações de saúde as quais cooperem significativamente com o entendimento da realidade particular masculina nos contextos tanto socioculturais e político-econômicos (BRASIL, 2008). O enfermeiro deve ficar realizando palestras educativas sobre a importância da prevenção do câncer de próstata bem como de outros problemas os quais podem ser acometidos, ressaltando sempre que o gênero, também é assistido pelo poder público, assim, conscientizando estes homens a procurarem os serviços de saúde, tendo em vista que os homens apresentam taxas de mortalidade mais elevadas, quando comparado às mulheres (LEITE, 2010).

Muitas são as dificuldades para se implementar a política de atenção à saúde do homem (Gráfico 01), neste estudo 59% dos entrevistados afirmam que o problema é a baixa adesão masculina, 23% dizem que é por conta dos horários incompatíveis a disponibilidade do homem, e 12% por conta da sobrecarga de serviço. O homem tem uma identificação masculina construída ao longo do tempo que envolve papéis sociais, diferenciando-o do sexo oposto. Ser homem está de acordo com a invulnerabilidade, força e virilidade e isso se inclui à desvalorização ao seu autocuidado. Alvarenga (2010) afirma que o fato de o funcionamento da UBS ser na parte da manhã, onde neste mesmo horário, alguns desses indivíduos estão em seus locais de trabalho e não podem na maioria das vezes se ausentar, dificulta a ida ao estabelecimento de saúde.

**Gráfico 1.** Dificuldades para implantação da saúde do homem



Acredita-se que o profissional enfermeiro, em seu trabalho, pode ser um facilitador na construção da estrutura para o alcance dos condicionantes e determinantes de saúde. No entanto, o excesso de cargas horárias e/ou atividades, pode ser causador de estresse para o profissional na medida em que, durante o seu dia-a-dia, o enfermeiro exerce múltiplas e fatigantes funções (FONTANA et al, 2009).

## CONCLUSÃO

A partir deste estudo, pode-se perceber que o enfermeiro ainda tem muita dificuldade para realizar a prevenção do câncer de próstata, pois os próprios homens acabam dificultando esta ação. O enfermeiro, enquanto profissional atuante na UBS, deve estar procurando meios de atrair os indivíduos do sexo masculino para atendimento, no intuito de prestar um cuidado mais minucioso a esta parcela importante da população, visando principalmente às ações de prevenção e promoção à saúde.

Dos entrevistados, a maioria possuía mais de 10 anos de serviço, desenvolviam ações principalmente no novembro azul, conhecem a Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem, e fazem uso da equipe atuante na

UBS para atrair os homens ao atendimento, com enfoque no ACS. Outro fato observado, é que a maior dificuldade de se implantar o cuidado com a saúde do homem, vem do próprio homem, ou por achar que pode ferir sua masculinidade ao se consultar, ou por não procurar dispor de tempo para essa procura, deixando para última hora, ou seja, quando a doença já está instalada causando muitos transtornos.

Uma forma de chamar a atenção dos homens, para o próprio cuidado, é fazer com que eles percamos o medo em relação aos exames necessários, e isso através da comunicação e educação em saúde. Os enfermeiros podem buscar auxílio dentro da Política de Atenção à Saúde do Homem, usando de artifícios como eventos motivacionais em campanhas como o novembro Azul e o Dia do Homem, sempre utilizando toda a equipe da UBS, para estreitar laços firmando-os enquanto clientes.

O enfermeiro, mesmo sobrecarregado de atividades e responsabilidades, deve ter a sensibilidade de perceber que o homem, assim como qualquer outro grupo de pessoa, necessita de apoio e cuidado, principalmente com relação a esse problema tão sério, e que vem levando a óbito tantos homens, o câncer de próstata. Assim, deve procurar formas de chamar mais a atenção para a questão preventiva das doenças, procurando conquistar a confiança, dispor de horários ou dias alternativos para realizar atividades educativas para este público, incentivando-os ao desejo do autocuidado e da busca pela prevenção.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, W.A. SILVA, M.E.D.C. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**. Teresina. v.3, n.3, p.21-25, Jul-Ago- Set- 2010.

BENICIO, E.B.M. NASCIMENTO, R.F. Cuidados De Enfermagem: Pacientes Portadores De Câncer De Próstata. **Revista Científica da FASETE**. 2015, P 244-259.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino – serviço**. 3ª ed. Rio de Janeiro. INCA, 2008. 624 p.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24012014.pdf>. 2.

BRASIL, Instituto Nacional De Câncer. **Tipos de Câncer**.2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/>

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). **Resolução Cofen- 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=10113&sectionID=34>

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem: Diagnóstico da profissão aponta concentração regional, tendência à masculinização, situações de desgaste profissional e subsalário**. 2015. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem\\_31258.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html).

DANGELO, J.G. FATTINI, C.A. **Anatomia Básica dos Sistemas Orgânicos**. 2.ed. São Paulo: Atheneu,2009, pág.146

FLEMING, N. L. F; SOUZA, R; DUARTE, D. A. Índice de Câncer de Próstata em uma Cidade de Pequeno Porte do Sul de Minas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 3. 145-146. 2011.

GOMES, C.R.G. IZIDORO, L.C.R. MATA, L.R.F. Risk factors for prostate cancer, and motivational and hindering aspects in conducting preventive practices. **Invest Educ Enferm**. 2015; 33(3): 415-423

GUYTON, A.C. HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 2.ed.RJ:Elsevier,2011,pág.1028

LEITE, D. F. et al.. A influência de um programa de educação na saúde do homem. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 2010;34(1):50-56.

MEDEIROS, A.P. et al. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília. mar-abr; 64(2): -abr; 64(2): 385-8, 2011.

ONCOGUIA, Equipe. "Antígeno Prostático Específico (PSA) no Diagnóstico do Câncer de Próstata." 2014. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/antigeno-prostatico-especifico-psa-no-diagnostico-do-cancer-de-prostata/1202/289/> Acesso: 23 abr. 2016.

SILVA, A.M. et al. **Avaliação Farmacognóstica Qualitativa Das Folhas Do Vegetal Bambusa** Textilis, São Paulo , 2012. v31.\_n3.\_2012.

SOUZA, Lucas Melo et al. Um Toque na Masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):151-8. RS, 2011.

SWAMINATHAN, V. AUDISIO, R. Cancer in older patients: an analysis of elderly oncology. **E-cancer medical Science**. 2012;6:243.

VIEIRA, L.J.E.S. SANTOS, Z.M.S.A. LANDIM, F.L.P. CAETANO, J.A. SÁ NETA, C.A. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciência e Saúde-Coletiva**. 2008; 13:145-52.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização desse trabalho, em especial familiares e amigos. Somos gratos também a Prefeitura Municipal e aos Enfermeiros das UBS que aceitaram participar da pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO BINÔMIO MÃE-FILHO NA VISITA DOMICILIAR NO PUERPÉRIO IMEDIATO

**Joelson Angelo Victor<sup>1</sup>, Francisco de Assis Ferreira da Silva Filho<sup>2</sup>, Elizabeth Yasmim da Silva Ferreira<sup>3</sup>, Antônio Kleber Araújo da Silva<sup>4</sup>, Francisco Silvanei dos Santos Gonçalves<sup>5</sup>, Stella Maia Barbosa<sup>6</sup>**

*1 Enfermeiro pela Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará. Pós-Graduando em Enfermagem em Emergência pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Clínica e Cirúrgica (GEPECC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil. joelsonvictor5@hotmail.com*

*2 Enfermeiro pela Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará. Pós-Graduando em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade de Quixeramobim (UNIQU). Fortaleza-Ceará-Brasil. assisfilhoenfermeiro@hotmail.com*

*3 Acadêmica de Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Membro do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (NUPESC) do Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Cear-a-Brasil. eli\_yasmimrh@hotmail.com*

*4 Enfermeiro pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Pós-Graduando em Enfermagem em Emergência pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil. kleber.enf@hotmail.com*

*5 Enfermeiro pela Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil. silvanei.enfermagem@gmail.com*

*6 Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE). Fortaleza-Ceará-Brasil. stella.maia15@gmail.com*

*E-mail: joelsonvictor5@hotmail.com*

*Palavras-chave: Projetos. Visita Domiciliar. Assistência a Saúde. Período Pós-Parto.*

### INTRODUÇÃO

O Puerpério ou período pós-parto é a fase em que ocorrem manifestações involutivas, ao estado pré-gravídico, das modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto. Pode ser dividido em três períodos, o imediato (1° ao 10° dia), o tardio (do 11° ao 45° dia) e o remoto (a partir do 45° dia) (VIEIRA et al, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta hospitalar do recém-nascido (RN) e da puérpera, com o retorno do binômio à unidade de saúde, se possível, entre o sétimo e o décimo dia (BRASIL, 2012).

Considerando criança e puérpera grupos prioritários para acompanhamento pelos serviços de saúde, pelas taxas de morbimortalidade que ainda acometem as mesmas priorizou-se trabalhar com o acompanhamento à puérpera e recém-nascido por meio de visitas domiciliares sistematizadas, por serem grupos vulneráveis dentro de uma classificação de risco (MARTINS, 2013).

A atuação do enfermeiro na assistência à mulher no período puerperal faz-se muito importante, uma vez que possibilita a construção de um vínculo que é apontado como um quesito para a humanização e qualificação da atenção, para a adesão e a permanência das puérperas no serviço de saúde (GARCIA et al, 2013). Durante a visita domiciliar puerperal, o enfermeiro deve avaliar o estado de saúde do binômio mãe e filho e sua interação, assim como orientar a puérpera e família sobre a amamentação e cuidados básicos com o RN, esclarecer sobre vacinação, planejamento familiar e identificar possíveis situações que possam por em risco a saúde da puérpera e RN, para a adoção de condutas adequadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; GUIMARÃES, PRATES, 2006).

É possível compreender que o enfermeiro possui formação e competência para aplicar seus conhecimentos técnicos científicos na prática assistencial, visando ao cuidar realizado de forma coerente e coesa. Neste sentido, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) torna-se atribuição específica do enfermeiro no planejamento das ações de cuidado, atribuição essa que o diferencia dos outros trabalhadores da equipe.

Desta forma, visto a importância da SAE no contexto da visita domiciliar e do papel do enfermeiro assim como dos demais membros da equipe de estratégia saúde da família (ESF), na condução do cuidado ao binômio mãe-filho, decidimos realizar um projeto de intervenção de pesquisa de forma a sistematizar o cuidado prestado no período puerperal, de acordo com as correntes de cuidado vigentes.

Portanto, este estudo objetiva desenvolver um projeto de intervenção para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho na visita domiciliar no puerpério imediato em Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS).

### METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um projeto de intervenção que se constitui de forma semelhante ao de investigação científica, mas aporta a definição do objeto definido como uma "situação problema" (LEITÃO, SANTOS, 2012).

Um projeto de intervenção se constitui de alguns itens como: objeto (situação problema e análise diagnóstica); objetivos da proposta; justificativa técnico-científica; referencial teórico; metodologia; análise de viabilidade de implementação; aspectos éticos; orçamento; cronograma; referências e Anexos. O projeto de intervenção demanda uma “análise de viabilidade de implementação”, além de ser desejável que inclua um plano de monitoramento e avaliação dos resultados propiciados pela intervenção em questão (DESLANDES, 2000).

O referido projeto de intervenção será executado em Unidades de Atenção Primária a Saúde - UAPS de acordo com as seguintes etapas: avaliação do local (campo de intervenção - onde); sujeitos envolvidos (universo e amostragem - com quem); descrição geral das estratégias de intervenção (desenho); métodos (como); instrumentos utilizados (com quais técnicas) e perspectivas-procedimentos de monitoramento.

Com relação aos aspectos éticos, esse estudo obedecerá a Resolução n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre pesquisas com seres humanos. Como esse artigo trata-se de uma publicação prévia, realizado somente com base em pesquisa documental não houve a necessidade de envio ao Comitê de Ética em Pesquisa. Porém, ao ser implementado, será enviado ao CEP para que sejam obedecidos todos os aspectos éticos e legais em pesquisa e posterior divulgação dos resultados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a operacionalização do projeto de intervenção, criou-se um plano operativo em que foram descritos os seguintes aspectos: Período da implantação do projeto: novembro de 2016 a julho de 2017; Campo de intervenção: Unidades de Atenção Primária a Saúde - UAPS; População de referência: profissionais de enfermagem que trabalhem com visita domiciliar no puerpério imediato.

**Quadro 1:** Etapas de desenvolvimento do projeto:

OBJETIVOS/ETAPAS	INTERVENÇÕES	TÉCNICAS
1. Apresentar o projeto de intervenção às Unidades de Atenção Primária a Saúde - UAPS.	Reunião com os profissionais de enfermagem para discutir as dificuldades e avaliar a importância da visita domiciliar no puerpério imediato.	Reunião, Material didático, recursos áudio-visuais.
2. Capacitar os profissionais de enfermagem para construção do instrumento de SAE a ser utilizado na visita domiciliar no puerpério imediato.	Oficina de capacitação dos profissionais para construção de um quadro de estratégias para que a sistematização da assistência de enfermagem	Grupo Focal
3. Criar o instrumento de SAE a ser utilizado pelo enfermeiro durante a visita domiciliar	Reuniões para a construção do instrumento de SAE	Reunião, Material didático, recursos
4. Validar o instrumento	Validação por juízes do instrumento construído para que o mesmo possa ter a confiabilidade e qualidade para o	Validação de instrumento através do índice de validade de conteúdo (IVC)
5. Teste Piloto	Realização de teste piloto do instrumento com as puérperas para possíveis adaptações na sua utilização.	Aplicação do instrumento
6. Implementar estratégias de educação em saúde para promoção da saúde do binômio mãe-filho.	Fortalecer a promoção da saúde através da educação em saúde realizando-a no domicílio, utilizando métodos lúdicos para melhor compreensão das	Material educativo escrito, recursos áudio-visuais.

Fonte: Elaborado pelo autores

Após a execução das etapas descritas acima, a análise dos resultados oriundos das ações propostas se dará com base no monitoramento de alguns indicadores para que se possa avaliar objetivamente se houve mudanças com as ações executadas. Portanto, teremos como indicadores:

1. Número de visitas domiciliares realizadas com as puérperas utilizando o instrumento da SAE.
2. Número de atividades de educação em saúde realizadas em domicílio ao binômio mãe- filho.

A Visita Domiciliar (VD) é um instrumento fundamental de intervenção na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, devendo ser programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou planejamento de ações (GIACOMOZZI, LACERDA, 2006).

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo e faz parte das metas do desenvolvimento do milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU) (ENSP, 2009).

Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação de Saúde Pública. O estado do Ceará tem se destacado no cenário nacional e internacional pela luta contra a mortalidade infantil, recebendo do Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) o Prêmio Maurice Paté (SOUSA, NATIONS, 2011).

A atenção qualificada ao pré-natal, parto e puerpério é um potente indicador para a redução da morbimortalidade materna e neonatal nos países em desenvolvimento. Considerando os padrões sociais e dominantes da sociedade em que vivemos, a atenção qualificada à mulher no período puerperal é negligenciada, ainda que, por outro lado, a maternidade seja exaltada (GARCIA, LEITE, NOGUEIRA, 2013).

É comum o inadequado acompanhamento e suporte da puérpera caracterizando-se no “quase abandono” da mulher à sua própria sorte, o que produz reflexos negativos na saúde do binômio mãe/filho. Diante desse “quase abandono” relacionado ao atendimento puerperal cabe ao enfermeiro prestar a assistência qualificada à puérpera, considerando seu embasamento teórico científico para desempenhar com competência o atendimento puerperal de baixo risco (GARCIA, LEITE, NOGUEIRA, 2013).

Neste contexto, a visita domiciliar trata-se do principal objetivo de estudo do enfermeiro que pratica a saúde da família atualmente.

Com a utilização do Processo de Enfermagem, tem-se por objetivos diagnosticar e solucionar problemas, com base no cuidar da saúde, com vistas à melhora do paciente, o que permite à Enfermagem expor e utilizar seus conhecimentos de forma organizada, atuando na interação com outros membros da equipe de saúde, aumentando a qualidade do cuidado, ao mesmo tempo que aperfeiçoa os enfermeiros.

O trabalho do enfermeiro é regido por várias leis, entre elas, a Resolução nº 358 do COFEN que estabelece a implantação da sistematização em todas as unidades de atendimento de saúde que forneçam assistência de enfermagem (COFEN, 2009). Porém, o cenário em unidades básicas de saúde (UBS) e hospitalares, é precário em recursos físicos e humanos, necessários para a realização de diversas tarefas que estas instituições e profissionais são destinados a realizar.

Levando em consideração as normativas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) no que se refere à atenção à saúde do binômio mãe-filho no puerpério imediato, é preconizado que a maternidade, no momento da alta hospitalar, avise à equipe de atenção básica, à qual a mulher e seu bebê estão vinculados, que estes estão retornando para casa, com o objetivo de que a equipe se prepare para a visita domiciliar, de modo que esta seja realizada em tempo oportuno (BRASIL 2012).

Assim, percebe-se que mesmo com o advento de diversas tecnologias existentes hoje, ainda existe um hiato entre as instituições sejam elas de atenção primária, secundária ou terciária, interferindo na qualidade da atenção à saúde do binômio mãe-filho, e conseqüentemente na atuação do enfermeiro na promoção da saúde desse binômio.

## CONCLUSÃO

O projeto de intervenção visa implementar e sistematizar a assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho na visita domiciliar no puerpério imediato, seguindo as recomendações e os protocolos vigentes adotados pelo Ministério da Saúde e utilizar a educação em saúde como forma de promover a saúde do público alvo da pesquisa. Além de prestar esclarecimentos a puérpera em relação ao autocuidado, cuidados básicos com o RN, aleitamento materno, calendário vacinal, higiene, pega correta da mama, planejamento familiar, afim de promover e prevenir as vulnerabilidades a qual o binômio mãe-filho possam estar expostos e proporcionar a equipe de (ESF) dados fidedignos em relação a sua área adscrita.

As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem um papel primordial no atendimento das famílias sob sua responsabilidade, a manutenção e atualização dos dados cadastrais da sua população adscrita, a visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, assim como as visitas pré-agendadas realizadas por Enfermeiros, Técnico em Enfermagem e Médicos.

Espera-se com o desenvolvimento e aplicação desse projeto que ocorra a criação do vínculo e o fortalecimento entre o serviço de saúde e os usuários que usufruem deste serviço, pois assim torna-se possível as equipes de ESF reconhecer as reais necessidades de cada puérpera permitindo o planejando e a implementação de ações que visem reduzir os agravos e promover a saúde de mãe e filho.

## REFERÊNCIAS

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n.º 358, de 15 de outubro de 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. Brasília: COFEN; 2009.
- DESLANDES S.F. A construção de um projeto de pesquisa. 5.ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Comitê atua na prevenção da mortalidade infantil e neonatal. Organização das Nações Unidas [Internet]. São Paulo: ENSP; 2009- [Atualizado 2009 dez 4, citado em 2016 nov 12]. Disponível em: <https://www.enps.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/19475>.
- GARCIA E.S.G.F., LEITE E.P.R.C., NOGUEIRA D.A. Assistência de Enfermagem às puérperas em unidades de atenção primária. **Rev. enferm. UFPE on line**. 2013; 7(10):5923-8.
- GIACOMOZZI C.M., LACERDA M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enferm**. 2006;15(4):645-53.
- GUIMARÃES F.S, PRATES C.S. Consulta de enfermagem ao binômio mãe e bebê. **Rev. Logos**. 2006; 17(1):103-12.
- LEITÃO M.H, SANTOS H.L. Curso de Impactos da Violência na Saúde. [Monografia]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.
- MARTINS R.M.G. Acompanhamento à puérpera e ao recém-nascido por meio de protocolo. [Monografia]. Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual da assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- SOUSA J.R.P, NATIONS M. K. Múltiplos olhares sobre a mortalidade infantil no ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**: 2011;27(2);260-8.
- VIEIRA F., SALGE A.K.M., BACHIO M.M, MUNARI D.B. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. 2010; 14(1).

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus pelo dom da vida.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Francielle Faustino Cunha<sup>1</sup>, Maria Luísa Alves Oliveira<sup>2</sup>, Sibeles Lima da Costa Dantas<sup>3</sup>, Kalyane Kelly Duarte de Oliveira<sup>4</sup>, Ana Maria Martins Pereira<sup>5</sup>, Laura Pinto Torres de Melo<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Universidade Potiguar, Mossoró-Rio Grande do Norte-Brasil

<sup>2</sup> Universidade Potiguar, Mossoró-Rio Grande do Norte-Brasil

<sup>3</sup> Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>4</sup> Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró-Rio Grande do Norte-Brasil kenfoliveira@gmail.com

<sup>5</sup> Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>6</sup> Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza -Ceará-Brasil

E-mail: lauraptmelo@gmail.com

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Câncer de mama. Diagnóstico Precoce.

### INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um tumor maligno que se desenvolve no tecido da mama e é uma das doenças mais temidas pelo público feminino, principalmente na faixa etária a partir dos 35 anos, na qual sua incidência cresce rápida e progressivamente. Quando diagnosticado precocemente o câncer de mama apresenta melhor prognóstico e garante menores custos ao sistema de saúde (GONÇALVES, et al 2014).

É o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. No Brasil, as taxas de mortalidade devido a este tipo de câncer continuam elevadas, mesmo sendo considerado um câncer de bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado adequadamente. Provavelmente, isto se deve ao fato da doença ser muitas vezes diagnosticada em estágios avançados (OLIVEIRA et al, 2012).

Entre os fatores de risco associados ao câncer de mama estão: ausência da maternidade, realização de intervenção hormonal, a maternidade após 30 anos de idade, bem como maus hábitos como: sedentarismo, má alimentação, obesidade, tabagismo e consumo de álcool em excesso, além do histórico familiar de câncer, sendo a idade o principal fator de risco para o diagnóstico do câncer de mama, no qual a faixa etária de incidência é mais frequente em mulheres acima dos 40 anos. Sendo assim, mudanças no estilo de vida podem contribuir para a diminuição a exposição a fatores de risco que podem favorecer a proliferação da doença (RODRIGUES, et al 2015).

Durante vivência acadêmica no campo de estágio supervisionado percebeu-se que, grande parte das mulheres que procuravam a unidade básica, periodicamente, para realização do exame citopatológico, não tinham o hábito de realizar o autoexame da mama e nem conheciam os fatores de risco associados a essa patologia.

Diante desse contexto, e cientes de que a integração ensino-serviço contribui na produção do conhecimento dos futuros profissionais, ao mesmo tempo que possibilita oferecer novas formas de assistir/intervir em saúde, foram planejadas e desenvolvidas atividades de educação em saúde, com foco na promoção da saúde, na perspectiva de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres, ressaltando-se que com a detecção precoce aumentam-se as chances de cura do câncer de mama.

Portanto, o planejamento das atividades seguiu o seguinte questionamento: qual o conhecimento das mulheres sobre a detecção precoce do câncer de mama? Este estudo tem o objetivo de descrever vivências de estudantes do curso de enfermagem durante estágio supervisionado em unidades de atenção primária à saúde, na perspectiva da promoção à saúde da mulher.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, com base na vivência de duas acadêmicas do curso de enfermagem, da Universidade Potiguar, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, no decorrer do componente curricular Estágio Supervisionado Obrigatório II, que tem como objetivo a (re) construção e consolidação de habilidades e competências necessárias a prática do ser enfermeiro, construídas inicialmente por ocasião do processo de formação acadêmica nos semestres anteriores.

As atividades foram realizadas no período de agosto a novembro de 2016, no território de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Mossoró – Rio Grande do Norte. A unidade de saúde, campo



de estágio das acadêmicas, conta com uma equipe de trinta funcionários dentre enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de saúde bucal, assistente social, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, diretora, agentes comunitários de saúde e auxiliar de serviços gerais. E dispõe os seguintes atendimentos: acolhimento, planejamento familiar, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, hiperdia, exame citopatológico, imunização, programa saúde na escola e saúde bucal. Os programas são organizados seguindo o cronograma da unidade, durante a manhã pré-natal e C e D, e pela tarde planejamento familiar, preventivo e hiperdia.

Durante o período de estágio as discentes desenvolveram diversas atividades em saúde coletiva, mas neste estudo serão relatadas somente as ações desenvolvidas junto à população feminina no que se refere ao diagnóstico precoce do câncer de mama. As ações foram planejadas para ocorrerem semanalmente e os temas tiveram como base as demandas apresentadas pelo serviço. A primeira atividade desenvolvida com as usuárias, foi a abertura da programação relacionada à campanha "Outubro Rosa", integrada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2010, como parte do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, a campanha é uma das iniciativas do Governo Federal para a prevenção do câncer de mama e se utiliza das técnicas de marketing social para a promoção da saúde e de hábitos para sua prevenção (MARTINS; BARBOSA; CEZAR, 2014).

A atividade consistiu-se de uma roda de conversa realizada na sala de espera da unidade, promovida pelos alunos do grupo de estágio supervisionado, em parceria com os funcionários da unidade básica, com duração aproximada de uma hora. Contou com a presença da esposa de um dos médicos da equipe, que foi convidada a dar seu depoimento para esclarecer o quanto a detecção precoce da doença foi importante para obtenção da cura. Participaram desse momento, aproximadamente, 20 mulheres, com faixa etária entre 16 e 65 anos.

A segunda atividade desenvolvida foi uma intervenção de cunho social, promovida pelos alunos do grupo de estágio, realizada na própria unidade. Foram oferecidos serviços de manicure, escova, prancha e reservada uma sala para a realização do exame clínico das mamas. Além disto, o momento foi oportuno para a realização de palestras curtas, que objetivaram a sensibilização das mulheres participantes sobre câncer de mama, mitos e verdades acerca do assunto e a importância do acompanhamento e realização anual de mamografias. As mulheres tinham a opção de escolher de quais ações queriam participar. Participaram desse momento, cerca de 25 mulheres com idade acima de 16 anos.

Além das intervenções pontuais, foram realizadas, às terças e quartas na unidade de saúde, durante todo o período do estágio, consultas de prevenção de câncer do colo do útero, quando também foi realizado o exame clínico das mamas. O contato individual com as usuárias possibilitou orientar de modo específico quanto à detecção precoce do câncer de mama.

A educação em saúde como proposta político pedagógica busca promover melhoria da atenção à saúde, prevenindo doenças, e estimulando a participação da população por meio de rodas de conversas, encontros, debates e palestras educativas. É importante ressaltar que a detecção precoce do câncer de mama, através da educação e do autoexame seja uma meta de todos os profissionais de saúde que trabalham em contato com o público feminino, e não apenas daqueles, que atuam em programas específicos de prevenção. (SILVA, et al. 2015)

Durante o momento das consultas as usuárias eram questionadas sobre a realização do autoexame das mamas, se as mesmas tinham conhecimento e se sabiam realizar. Questionamos também se, no serviço, esta ação era realizada periodicamente. Quando acima dos 40 anos, interrogamos as mulheres se as mesmas, realizavam a mamografia anualmente.

Foram planejadas ações de promoção a saúde semanais, que seriam desenvolvidas nas manhãs e tardes de sexta-feira na sala de espera da unidade, porém, em virtude da greve dos servidores do município estas atividades não puderam ser realizadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conhecimento e a compreensão acerca dos fatores de risco para o câncer de mama ganham importância à medida que alguns deles são passíveis de modificação. Deve-se considerar também, a relação entre o nível de conhecimento das mulheres e a adesão às práticas de rastreamento e detecção precoce, o que influencia diretamente o momento do diagnóstico da doença e seu prognóstico (BATISTON et al, 2011).

A estratégia saúde da família constitui uma nova ferramenta para a qualidade da assistência em saúde, com foco nas ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde. Por estar inserida no contexto da comunidade torna-se local privilegiado de contato entre os usuários e as equipes de saúde.

Durante a realização da primeira atividade, houve grande interesse no tema, por parte das usuárias. O momento possibilitou discutir sobre as formas de acesso aos exames de rastreamento, principalmente entre as mulheres acima de 40 anos. Buscaram esclarecer dúvidas e expressaram suas opiniões. A participação da convidada pode ser avaliada como bastante positiva, pois, trouxe a experiência de alguém próximo, mostrando que o câncer de mama não é algo distante, e que todos estão sujeitos a serem acometidos pela doença, mas que com conhecimento é

possível detectar precocemente e impedir seu desenvolvimento. Ao final da atividade as mulheres participantes foram questionadas sobre a opinião delas a respeito do tema, como método de avaliar os resultados da atividade.

Com a realização da ação social, o primeiro resultado observado foi a procura das mulheres pela realização do exame clínico das mamas, mesmo tendo disponíveis outros serviços, mostrando assim a eficácia das palestras. Outro ponto chave, foi que ao contrário do que foi visualizado nas consultas e na ação anterior, desta vez a procura pelo exame foi de mulheres de todas as idades. Demonstrando dessa forma a importância de se trabalhar o tema com todos os públicos.

O exame das mamas é um procedimento básico para rastreamento e diagnóstico do câncer de mama, uma conduta simples e que permite a mulher participar do controle da sua saúde uma vez que possibilita o conhecimento pela mulher de sua mama facilitando a identificação de alterações morfológicas benignas ou malignas. A sua importância se dá mediante este exame permitir o diagnóstico precoce com maior possibilidade de cura tornando-se necessário ser estimulado na população uma vez que é um exame seguro, de fácil acesso e sem custo financeiro (SILVA et al, 2015).

As consultas de preventivo permitiram uma abordagem individualizada e uma percepção caso a caso da forma como as mulheres vivenciavam a prevenção do câncer de mama. A experiência vivenciada individualmente proporcionou duas reflexões, a primeira relaciona-se ao fato de que algumas mulheres ainda não possuem o conhecimento da prática correta do autoexame, situação constatada a partir dos seus questionamentos permeados por muitas dúvidas e incertezas vinculadas ao conhecimento básico que se deveria ter em relação a esta prática.

Dentre os principais problemas encontrados estão a falta de esclarecimento da população sobre como se deve realizar o autoexame, e como conseguir encaminhamento pela rede da atenção para a realização da mamografia, bem como a partir de qual idade ela deve ser realizada e quais são os principais fatores potencializadores para o desenvolvimento da doença.

A segunda reflexão ressalta a importância de realizar acolhimento humanizado para promover atendimento integral e garantir adesão das mulheres às atividades de educação em saúde desenvolvidas na unidade de saúde, ampliando o vínculo entre usuárias e serviço de saúde, assegurando maior qualidade da atenção.

Estudo realizado por Bezerra et al. (2015), descreveu que a maioria das mulheres entrevistadas adquiriram conhecimento sobre câncer de mama através dos meios de comunicação falados e escritos, e que tinham conhecimento sobre a realização do autoexame, mas apenas uma minoria sentia-se segura e confiante ao realizá-lo, devido à dificuldade para sua interpretação.

As ações de educação em saúde precisam ser revistas e replanejadas pelos profissionais da estratégia saúde da família, a fim de contribuir na adoção de medidas que minimizem os riscos para o desenvolvimento da neoplasia, principalmente, para atender a população com informações limitadas sobre o tema. E apesar de não ser possível estimar o impacto de cada um dos fatores na gênese da doença, a sua minimização pode, de certa forma, contribuir para uma vida mais saudável (BUSHATSKY et al, 2015).

Para que os serviços ofertados na saúde sejam efetivamente desenvolvidos, exigem-se mudanças de postura dos gestores e, em especial, dos profissionais de saúde, sendo necessário desenvolver um trabalho coletivo e cooperativo, entre os sujeitos em uma rede de relações que exige diálogo e interações permanentes (MENDONÇA, 2011).

A construção de um vínculo de confiança entre as usuárias e as acadêmicas facilitou o processo de adesão as orientações fornecidas levando-se em consideração todas as questões psicossociais que envolvem a doença.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a temática da prevenção do câncer de mama para alcançar resultados efetivos deve ser trabalhada constantemente. Através das atividades desenvolvidas, percebeu-se a importância da educação em saúde no contexto oncológico envolvendo o universo feminino. As ações de promoção da saúde são de extrema relevância, pois envolvem a mulher no contexto saúde-doença, enfocando o autocuidado. Ressalta-se que a prática do exame clínico das mamas e o incentivo da realização da mamografia anual precisa ser melhor trabalhada dentro das consultas de enfermagem.

A experiência vivenciada contribuiu para o esclarecimento das participantes acerca do câncer de mama, fatores de risco associados, além da importância do diagnóstico precoce e qual a forma de detecção. Percebeu-se, também, a importância de realizar atividades planejadas de acordo com a necessidade da população em questão, bem como utilizar as melhores estratégias para acolhimento, refletindo em uma maior vinculação entre usuárias e profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

- BATISTON, Adriane Pires. Et al. **Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 11 (2): 163-171 abr. / jun., 2011.
- BUSHATSKY, Magaly et al. **Educação em saúde: uma estratégia de intervenção frente ao câncer de mama.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 14, n. 1, p. 870-878, 2015.
- MENDONÇA, Francisco Antonio et al. **Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 12, n. 1, p. 57-64, 2011.
- GONÇALVES, Leila Luíza Conceição et al. **Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 12, n. 1, p. 47-54, 2012.
- MARTINS, Andréia de Fátima Hoelzle; BARBOSA, Telma Regina da Costa Guimarães; CEZAR, Layon Carlos. **Análise da campanha Outubro Rosa de prevenção do câncer de mama em Viçosa, MG .** Revista de Ciências Humanas, Viçosa, v. 14, n. 2, p. 539-556, jul./dez. 2014.
- OLIVEIRA, Andresa Mendonça de et al. **Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 240-245, feb. 2012. ISSN 1980-220X.
- RODRIGUES, Juliana Dantas; CRUZ, Mércia Santos; PAIXÃO, Adriano Nascimento. **Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 10, 2015.
- SILVA, Joselma Oliveira et al. **Educação em saúde para prevenção do câncer de mama no município de Piripiri-PI: atuação do pet-saúde.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 5, n. 4, 2016.

## AGRADECIMENTOS

Aos profissionais de saúde da UAPS Chico Porto, às mulheres participantes e aos convidados que estiveram envolvidos nas atividades durante o estágio supervisionado II.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ABORDAGEM FOCAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

**Leonardo Lima Aleixo<sup>1</sup>(IC), Danyllo Lucas de Lima Rodrigues<sup>2</sup>(IC), Milena Cruz dos Santos<sup>3</sup>(IC), Naara Lima de Moura<sup>4</sup>(IC), Soraya da Silva Trajano<sup>5</sup>(PG), Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>6</sup>(PQ).**

*1 Graduando em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Docente do Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: leoaleixo2016@gmail.com*

*Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Participação comunitária. Terapia da Realidade.*

### INTRODUÇÃO

As terapias complementares, também conhecidas como denominações de terapias alternativas, não convencionais e integrativas, são conceituadas como um grupo de terapias e produtos não considerados parte da medicina tradicional, e incluem várias práticas de atenção à saúde, como acupuntura, homeopatia, medicina fitoterápica, meditação, yoga, hipnose, orações, cura pela fé e terapia comunitária (GENTIL et al., 2010).

Trata-se de terapias que fogem da racionalidade do modelo médico imperante da medicina especializada e tecnológica, adotando uma postura holística e naturalística diante da saúde e doença. Com esse pensamento, a cura é esquadrihada não com apenas a eliminação dos sintomas, mas com a busca para reestabelecer o relacionamento da pessoa com o universo (GONÇALVES et al., 2015).

A terapia comunitária faz parte das práticas integrativas e complementares, nasceu na década de 90 no Brasil. Foi criada pelo Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, nordestino e cearense. Foi desenvolvida pelo departamento de saúde comunitária da faculdade de medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) e é sistematizada desde 1987. Nasceu das queixas sociais que foram encontradas, das pessoas que moravam na favela de Pirambu em Fortaleza-CE (PADILHA et al., 2012).

É definida como um espaço coletivo que possibilita a oportunidade de fala e escuta dos participantes a partir de suas histórias de vida, tornando as pessoas na qual participam mais transparentes, possibilitando um novo olhar para si e para os outros (CARÍCIO 2010).

A população mundial vem crescendo em um ritmo acelerado, nas últimas décadas, e com esse crescimento, as cidades, as situações subumanas, requer a necessidade de um sistema de saúde eficaz. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que na década de 70, para dois terços da população mundial, as terapias complementares eram a única fonte de assistência a saúde. A prevalência dessas terapias no contemporâneo, em 12 grandes cidades de diferentes continentes, varia de 9 a 65% (MELO et al., 2015).

A área das práticas integrativas, ou complementares no Brasil, na atualidade, institui um evento de visibilidade crescente. Esses recursos vêm sendo utilizados e difundidos por clínicas particulares, comunidades tradicionais, igrejas, e entidades não governamentais, com ênfase também nos serviços públicos de saúde (ANDRADE et al., 2010).

A integralidade do cuidado a saúde, foi estabelecida como diretriz pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e normalizada como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), indica a oferta dessas práticas no Brasil, podendo contribuir para a desmedicalização parcial do cuidado profissional, além de serem valorizadas e desejadas (THIAGO et al., 2011).

Ao se entender saúde como um “complexo” de aspectos físicos, sociais, espirituais, emocionais e ambientais, percebe-se que ocorrem uma atuação multiprofissional dessa terapêutica, cada um dentro de suas especificidades. Por conseguinte, quando se fala de terapias complementares, fala-se de terapias da área da medicina, enfermagem, psicologia, odontologia, fisioterapia e todas as modalidades que promovem qualidade de vida (LIMA et al 2012).

Dando ênfase a área da fisioterapia, caracteriza-se como um campo terapêutico que se faz uso de recursos e abordagens que englobam duas principais racionalidades médicas: a biomédica e a holística. Assim, a visão de um paciente abrange não apenas o mecânico, separados por partes, e sim de uma forma global, como um sistema integrado (SCHORNE et al 2015).

Entre as técnicas fisioterapêuticas que abrange o método de tratamento de forma integral do indivíduo estão as técnicas de massagem shiatsu, Reeducação Postural Global, Isostretching, Reflexologia, Mobilização

Neural, Acupuntura, entre outros, tornando o papel do fisioterapeuta de sumo importância no cenário das terapias complementares e alternativas (SCHORNE et al 2015).

O objetivo deste estudo consiste em descrever a importância da terapia comunitária como estratégia de promoção da saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência em que realizou-se uma prática de terapia comunitária pela manhã, com duração de duas horas, no mês de outubro de 2016. Esse estudo fez parte de um módulo do curso de fisioterapia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Participaram da intervenção um grupo de alunos, professores e moradores da região, com faixas etárias entre 20 a 60 anos com prevalência do sexo feminino

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O desenvolvimento das práticas integrativas em saúde voltado para a terapia de grupo foi realizado em um local cedido pela Unidade de Atenção Primária à Saúde da região, em um lugar titulado como Oca Terapêutica, um espaço grande ambientado com madeiras e palhas voltado para as terapias em grupos, bem característico e singular.

Para a execução da ação havia uma mediadora, que direcionava passo a passo o que deveria ser feito, para que aquele período naquele lugar fosse o mais proveitoso possível. A ação foi dividida em três partes: 1 – Apresentação dos participantes da terapia em grupo; 2- Compartilhamento de experiências dos indivíduos; 3- Empatia e fortalecimento emocional do grupo.

Na parte inicial de apresentação dos participantes da terapia em grupo, todos os que estavam reunidos tiveram que se apresentar dizendo nome e idade, seguindo com todos em pé envolvendo-se nas músicas de sejam bem vindos, estimulando o abraço e pronunciar palavras positivas entre as pessoas do grupo.

Na segunda parte da ação de Compartilhamento das experiências dos indivíduos, todos permaneceram sentados e cada um pronunciaria uma única palavra que caracterizava seu estado de vida naquele momento e que ficasse a vontade para expor alguma dificuldade ou um momento de alegria que estava vivenciando. Depois de algumas histórias terem sido pronunciadas o grupo deveria escolher três histórias das pessoas que ali estavam e que decidiram compartilhar naquele momento.

Após o grupo ter escolhido foram dadas orientações que não poderia ser dado conselho e também que não interferissem quando as três pessoas por sua vez estivessem delineando seus discursos. Ao final dos discursos, foi permitido a algumas pessoas do grupo que se indentificaram com as histórias expostas a comentarem como venceram ou como estão tentando fazer para vencer tal situação que se visualizaram, compartilhando assim sua experiência pessoal.

Na última parte da ação Empatia e fortalecimento emocional do grupo, dando continuidade ao processo todos foram convidados a ficar de pé, gerando um abraço coletivo e todos tinham que fechar os olhos a fim de terem um momento introspectivo e a mediadora da ação começou a declarar palavras incentivando a autoestima de cada pessoa do grupo, assim permaneceu durante alguns minutos.

Depois o grupo deveria se unir o mais próximo possível, ainda abraçados coletivamente no círculo e todos juntos começaram a cantar músicas de agradecimento pela vida, por aquele momento especial e pelos seus companheiros de terapia.

Ao final todos foram convidados a declarar uma única palavra como lição do que aprenderam naquele período que estavam naquele lugar, decorrente de toda experiência que vivenciada naquele momento.

A disseminação de tratamentos que não envolvam somente a terapia farmacológica é crescente devido o interesse da população, em buscar novos meios de adquirir saúde. É importante essa busca por parte das pessoas, pois entender que a qualidade de vida pode ser melhorada a partir de um momento que é possível haver uma relação com o outro ser humano quando são compartilhados os anseios e alegrias, entendendo que todos passam por variáveis formas de momentos. As terapias complementares fazem parte de abordagem holística e natural da saúde podendo ser abordada como inconsciente coletivo da humanidade (LIMA, 2012).

Perceber a importância de ouvir o indivíduo é essencial para que a liberdade de expressão do que está internamente em cada pessoa possa ser interpretado com a melhor forma possível. De maneira que não haja separação do corpo físico, mente e espírito que existe em cada ser humano, havendo a necessidade de ser visualizado de forma global, sem conotação religiosa (OTANI, 2011).

Há estados de saúde que o ser humano vivencia decorrente de desequilíbrios não apenas físico, mas também emocional. Distinguir entre um e outro muitas vezes pode ser fácil ou não, cada vez mais as repercussões emocionais em nível do corpo físico têm sido bastante característica, devido a fatores externos. Na percepção do

homem holístico visualizado por um espectro de sistemas de energias interativas e vários fatores como emoções, fatores de nutrição, fatores estressantes, de natureza puramente física, pode gerar vulnerabilidade à doença (SILVA, 2016).

A entrada da terapia comunitária no SUS possibilita ampliar o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos a população, propiciando desenvolver a integralidade da atenção à saúde. Nessa perspectiva, destaca-se o papel da Atenção Primária em Saúde para visar e estabelecer ações de promoção da saúde, prioritariamente, as Práticas Integrativas Complementares (SANTOS; TESSER, 2012).

## CONCLUSÃO

A prática integrativa voltada para a terapia em grupo foi muito enriquecedora, mostrando a importância do olhar da saúde da população de maneira humanizada, através da interpretação da particularidade do estado do indivíduo naquele momento. Principiando o olhar dos profissionais e acadêmicos da saúde a uma abordagem de forma biopsicossocial, respeitando os costumes, tradições e religião.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. T. et al. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- ANDRADE, J. T. et al. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- CARÍCIO, Márcia Rique. Terapia Comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida. **João Pessoa:[sn]**, 2010.
- GENTIL, Luiza Borges et al. Uso de terapias complementares por mães em seus filhos: estudo em um hospital universitário. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, 2010. p. 1293- 1299, 2010.
- GONÇALVES, Sara Maria Nogueira et al. Terapia Comunitária na saúde mental do paciente idoso. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, 2015.
- ANDRADE, J. T. et al. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- ANDRADE, J. T. et al. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- CARÍCIO, Márcia Rique. Terapia Comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida. **João Pessoa:[sn]**, 2010.
- GENTIL, Luiza Borges et al. Uso de terapias complementares por mães em seus filhos: estudo em um hospital universitário. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, 2010. p. 1293- 1299, 2010.
- GONÇALVES, Sara Maria Nogueira et al. Terapia Comunitária na saúde mental do paciente idoso. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, 2015.
- LIMA, Indiara Campos et al. Terapias complementares: um projeto de extensão. **Revista Conexão UEPG**, v. 8, n. 1, p. 76-85, 2012.
- MELO, Paula Simoni de et al. Repercussões da terapia comunitária integrativa nas pessoas doentes renais durante sessão de hemodiálise. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 7, n. 2, p. 2200-2214, 2015.
- OTANI, M. A. P. et al. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.
- PADILHA, Cristina dos Santos; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 1069-1086, 2012.
- SANTOS, M. C., TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Cienc Saude Colet**, v. 17, n. 11, p. 3011-24, 2012
- SCHORNE, Giancarlo et al. Aplicabilidade das técnicas holísticas na prática fisioterapêutica. **Revista Saúde Integrada**, v. 7, n. 13-14, p. 89-105, 2015.
- SILVA, L. B. et al. Terapias complementares e integrativas: conhecimento e utilização pelos docentes do curso de enfermagem de uma instituição pública. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 5, n. 1, p. 40- 45, 2016.

THIAGO, Sônia de Castro et al. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 249-257, 2011.

#### **AGRADECIMENTO**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio e incentivo na realização dessa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AMBIENTE INSALUBRE DO HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE, RESÍDUOS SÓLIDOS: COMO GERENCIAR

Ilza Iris dos Santos<sup>1</sup>, Aline Erinete da Silva<sup>2</sup>, Kalyane Kelly Duarte de Oliveira<sup>3</sup>

*1 Acadêmica em Enfermagem, 8º período. Universidade Potiguar-UnP/Mossoró-RN.22*

*2 Acadêmica em Enfermagem, 8º período. Universidade Potiguar-UnP/Mossoró-RN.*

*3 Orientadora, Dra. Em Enfermagem. Universidade Potiguar-UnP/ Mossoró-RN.*

*E-mail: kenfoliveira@gmail.com*

*Palavras-chave: Saúde ambiental. Educação em Saúde. Saúde do trabalhador. Intervenção.*

### INTRODUÇÃO

A atual realidade do mundo do trabalho tem exigido dos estudiosos interessados na área esforços para compreender as recentes mudanças neste contexto, pois o modo de as pessoas fazerem uso de suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para produzir foi transformado (ASSUNÇÃO, 2003 apud CARRARA, MAGALHÃES & LIMA, 2015).

Os seguintes autores Marziale & Rodrigues (2002) argumentam que os trabalhadores de enfermagem, no processo de assistência ao paciente, são expostos a riscos ocupacionais distintos, causados por fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, incluindo os psicossociais, que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.

A vigilância em saúde do trabalhador visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (MACHADO et al, 2011).

Em geral, os trabalhadores de enfermagem atuam num ambiente às vezes penoso e insalubre que não oferece condições favoráveis para sua saúde e satisfação pessoal. As condições precárias a que são expostos estes profissionais, seja pelo excesso de atividade laboral física e mental, acúmulo de horas trabalhadas, sistema de vínculo empregatício, ou mesmo má remuneração ocupacional no sistema de saúde, é determinante dos acidentes e doenças ocupacionais. Uma vez que estes fatores exercem grande influência na qualidade da assistência prestada (MAURO et al. 2004).

A elaboração de ações educativas voltadas à prevenção de acidentes é uma função atribuída à enfermagem. Isso reforça a necessidade de que as ações de prevenção sejam construídas coletivamente, envolvendo os diferentes trabalhadores da enfermagem, num processo contínuo de (re)conhecimento das diferentes situações de risco presentes no ambiente do trabalho. Para que haja o encaminhamento e a efetividade de ações de vigilância da saúde do trabalhador, há a necessidade de estabelecer parcerias, principalmente com os trabalhadores, que são os maiores interessados (ALVES, 2003). Além disso, há a necessidade de extrapolar os diferentes ambientes de trabalho e buscar a inserção da população com um todo, na luta por melhorias nas políticas que direcionam a saúde do trabalhador.

Ademais, pressupõe-se que a detecção dos riscos ocupacionais comuns ao ambiente de trabalho pode contribuir para a prevenção dos mesmos por meio do rastreamento e diagnóstico dos agravos a saúde que podem ocorrer em função do trabalho, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde do trabalhador (CARRARA, MAGALHÃES & LIMA, 2015).

O conhecimento, produzido e reproduzido na área, tem gerado um novo olhar para essa questão. No entanto, apesar dos avanços significativos, a saúde do trabalhador está em contínuo processo de construção. Por pensar desta forma, desenvolvemos e promovemos uma atividade educativa para com os trabalhadores do Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade no que diz respeito aos riscos que os profissionais estão submetidos, vimos a oportunidade de, a fazê-la, para estar discutindo os achados colhidos em captações da realidade, como forma de compartilhar, com o serviço e comunidade os conhecimentos formados em âmbito acadêmico. Com isso, o trabalho tem o objetivo de Este trabalho objetiva relatar a experiência da intervenção com os trabalhadores do Hospital Cleodon Carlos de Andrade (HCCA), a respeito do gerenciamento dos resíduos sólidos da unidade hospitalar.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de caráter analítico, esse tipo de pesquisa, segundo Selltiz et al. (1965 apud OLIVEIRA, 2011), se caracteriza por buscar descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que



está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, bem como desvendar a relação entre os eventos

O presente trabalho foi desenvolvido durante a disciplina de Saúde Ambiental no 5º período de Enfermagem/UERN, no Hospital Cleodon Carlos de Andrade no município de Pau dos Ferros/RN. Através da captação da realidade realizada no dia 20.02.2017, no qual foi possível observar a classificação e caracterização dos resíduos, o acondicionamento deste em área externa, e os fatores que oferecem agravos a saúde do trabalhador e usuário.

Em um segundo momento, foi realizado um seminário em sala de aula expondo o que foi captado na visita realizada. A posteriori, o resultado da visita foi articulado com o referencial teórico, acerca da vigilância em saúde do trabalhador e sua relação com meio ambiente insalubre.

Diante disso, desenvolvemos uma intervenção, afim de promover uma atividade com fins educativos para com os trabalhadores da instituição. Onde comparecerem 17 pessoas entre elas: Profissionais da limpeza, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A priori foi estabelecido contato com a diretora do hospital, que se demonstrou interessada na temática a ser trabalhada para o aprimoramento dos conhecimentos dos profissionais, sendo que esta comprometeu-se em disponibilizar uma sala para o acontecimento da atividade e comunicar os trabalhadores sobre o acontecimento da intervenção, através de impressos fixados nos murais da instituição.

Na intervenção realizada pôde-se perceber que os trabalhadores do hospital apresentam conhecimento mesmo que superficial da temática trabalhada, mostraram-se muito participativos e atentos as discussões, expondo seus pontos de vista, questionamentos, explicitando suas facilidades e dificuldades emostrando-se conscientizados quanto aos riscos a que estão submetidos. A enfermeira participante relatou ser de suma importância essa discussão, pois possibilita o conhecimento aprofundado acerca da temática, na ocasião nos parabenizou pela iniciativa do trabalho, a qual proporcionou a conscientização de condutas isentas de riscos.

Na fala de um profissional foi evidenciada a falta de insumos suficientes para a prestação de serviço de qualidade e podendo expor os prestadores do serviço a algum evento que acrescente riscos a sua saúde.

Entre os profissionais de saúde é comum nos depararmos com situações perigosas e condições de segurança inadequada no trabalho, onde as exigências de segurança no trabalho são negligenciadas causando acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, as quais podem levar a incapacidade temporária ou definitiva do trabalhador para o trabalho. (MARZIALE, 2000).

De acordo com Carvalho e Magalhães (2013), os profissionais de enfermagem e da limpeza são os que mais se expõem aos riscos do trabalho na área de saúde visto que são as categorias que mais entram em contato físico com os doentes e materiais com altos índices de contaminação.

Um dos empecilhos para a melhoria das condições de trabalho e acondicionamento do lixo no ambiente hospitalar é a falta de recursos financeiros, que limita a construção de locais adequados segundo as normas da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), podendo assim ocasionar um sério dano ao meio ambiente e as pessoas que circulam nesse local. Segue as normas: A coleta e transporte externos consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação da integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana. A definição do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde-PGRSS referente ao estabelecimento sob sua responsabilidade, obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental e outras orientações contidas neste Regulamento. Cópia do PGRSS deve estar disponível para consulta sob solicitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral (Resolução RDC n.º 33, de 25 de fevereiro de 2003).

No entanto foi trazido por nós durante a intervenção a maneira correta de coletar, separar e armazenar os dois tipos de lixo, além do local que seria específico para armazenagem destes, no intuito de conscientizar sobre os riscos que eles estavam expostos, assim como também o que seria causado ao meio ambiente caso estes entrassem em contato com o mesmo. Nessa ocasião, reforçamos a importância da utilização do EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) como atenuantes dos graves.

De acordo com Carrara, Magalhães & Lima (2015) o uso de EPI – Equipamentos de Proteção Individual tem como finalidade principal evitar o risco de exposição à material biológico bem como, neutralizar a ação de certos acidentes possíveis de causar lesões ao trabalhador e protegê-lo contra prováveis danos à Saúde.

## **CONCLUSÃO**

Perante o exposto, destacamos que é de extrema relevância que a unidade de saúde deva estar equipada, e seus funcionários treinados e capacitados para o manejo adequado dos resíduos sólidos, para isto evidenciamos a

importância da educação permanente em saúde, tendo em vista ser essencial para a mudança de comportamento, conscientização ambiental e conseqüentemente a preservação da saúde pública.

Além disso é essencial que os órgãos públicos trabalhem de forma articulada, no intuito de efetivar e salientar a importância e necessidade de proteção tanto da comunidade, dos trabalhadores, e do meio ambiente. Assim como também prover insumos suficientes que garantam a realização do trabalho como qualidade.

Destacamos com positividade a intervenção uma vez que, a educação em saúde se consolida como uma atitude de prevenção, visando o aprimoramento dos conhecimentos dos profissionais e possibilitando a luta por uma melhor qualidade de trabalho. Foi muito positiva também a proposta da disciplina de mostrar interação com o serviço e recomendamos que essa prática continue, tendo em vista que ela se caracteriza como um feedback para as captações que são feitas.

E esse relato de experiência nos possibilitou uma reflexão acerca da importância do manejo adequado do lixo hospitalar, no intuito de prevenir acidentes que causem agravos à saúde do trabalhador e conseqüentemente do meio ambiente, como também no nosso aprendizado enquanto acadêmicos, nos proporcionando maior vivência extramuros.

## REFERÊNCIAS

Alves R.B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios.

**Cad Saúde Pública**;19(1):319-22, 2003.

CARRARA, G.L.R.; MAGALHÃES, D. M; LIMA, R.C. Riscos ocupacionais e os agravos à saúde dos profissionais de enfermagem. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro SP, 8 (1): 265-286, 2015.

CARVALHO, C.G; MAGALHÃES, S.R. **Quem cuida do cuidador: principais fatores que interferem na saúde dos profissionais de enfermagem, uma visão biopsicossocial**. Journal of Research: Fundamental Care On Line, v.5, n.3, p.122-131, 2013.

MACHADO, M.R.M; MACHADO, F.A. Acidentes com material biológico em trabalhadores de enfermagem do Hospital Geral de Palmas (TO). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.36, n.124, p.274-281, 2011.

MARZIALE, M.H.P. Segurança no trabalho de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 8 - n. 2 - p. 1, 2000.

MARZIALE, M.H.P., RODRIGUES, C.M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro cortante entre trabalhadores de Enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.10. n.4, p.571-577, 2002.

MAURO, M.Y.C. Riscos ocupacionais em saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.12, p.338-345, 2004.

OLIVEIRA, M.F. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração. Catalão: Universidade Federal de Goiás, 2011.

Resolução RDC n.º 33, de 25 de fevereiro de 2003. Disponível em: acesso em: 26/05/2017 às 09h21min.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRAS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

Diones Gomes da Silva<sup>1</sup>, Antonia Priscila Pereira<sup>2</sup>, Victor Marcel Gonçalves<sup>3</sup>, Francisco Elizauo de Brito<sup>4</sup>, Maria Rosilene Cândido Moreira<sup>5</sup>, Maria de Fátima Antero Sousa Machado<sup>6</sup>.

*1 Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável – PRODER/UFCA, Universidade Federal do Cariri-Ceará-Brasil. Email: dhiones.gomes@hotmail.com*

*2 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri (PMAE/URCA)- Ceará-Brasil.*

*3 Especialista em medicina do trabalho, Médico perito da unidade SIASS da Universidade Federal do Cariri- Cariri-Ceará-Brasil.*

*4 Professor Efetivo Adjunto I da Universidade Regional do Cariri – Ceará –Brasil.*

*5 Docente do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável – PRODER/UFCA – Ceará-Brasil.*

*6 Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (PMAE/URCA)- Ceará-Brasil.*

*E-mail: dhiones.gomes@hotmail.com*

*Palavras-chave: Saúde Coletiva; Promoção da saúde; Saúde do trabalhador; Bibliometria.*

### INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, a temática da Saúde do Trabalhador ganhou notoriedade tardiamente, emergindo como foco das discussões no país na década de 1970, quando surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, que sugeria uma nova concepção de Saúde Pública para toda sociedade brasileira, incluindo os Trabalhadores (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

O conceito de saúde do trabalhador refere-se a uma política pública de saúde que visa à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, mediante a execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2012).

Os problemas de saúde relacionados à saúde do trabalhador vem ganhando espaço entre as pesquisas científicas dos maiores centros de produção do conhecimento, afim de estabelecer seu nexos causal, criando mecanismos para promover ações de qualidade de vida do trabalhador. A concepção da promoção da saúde do trabalhador está relacionada fortemente com os pilares do desenvolvimento sustentável há mais de uma década através da implementação desse campo como política de saúde, visando garantir a manutenção da saúde ambiental nos ambientes de trabalho, refletindo na qualidade de vida (SILVA et al., 2013).

A produção científica tornou-se ao longo dos anos uma ferramenta de aferição do impacto que determinado assunto possui sobre a sociedade, tendo em vista que quanto mais explorado cientificamente for seu conceito, maior será a probabilidade da efetividade de determinada proposta. A partir da pesquisa científica são realizados estudos sobre os mais variados temas e feitas descobertas que contribuem para o desenvolvimento científico. É notória a evolução da quantidade de produção científica brasileira sobre saúde do trabalhador, uma vez que está seguindo a tendência das demais áreas do conhecimento fortalecendo o potencial da temática na área da saúde coletiva (GURGEL, et al., 2017).

Diante da expansão de publicações relacionadas ao tema a realização de uma pesquisa bibliométrica tem justificativa e pertinência, pois permite quantificar e analisar a produção científica, sinalizando lacunas sobre a Promoção da Saúde do Trabalhador dentro da área da saúde coletiva. Dessa forma, questiona-se: Como está sendo apresentada a evolução da produção científica no campo de estudo sobre a Promoção da Saúde do Trabalhador ao longo dos anos?

Portanto, este trabalho tem como objetivo conhecer o panorama da produção científica de artigos em periódicos indexados e de teses e dissertações no que tange a promoção da saúde do trabalhador, analisando sua evolução cronológica e classificação.

Pretende-se, com este artigo, instigar os pesquisadores quanto à necessidade de produção científica no campo da promoção da saúde para o trabalhador contribuindo para aumento de publicações em periódicos nacionais e internacionais, tendo em vista a grande abrangência desse campo de estudo está interligado com as premissas do desenvolvimento sustentável que visam reduzir a desigualdade social, a exploração do trabalho para o crescimento da economia e os fatores de riscos ambientais que degeneram a saúde do homem, promovendo assim o bem estar dos indivíduos e da coletividade.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, documental, com abordagem quantitativa, que utilizou a técnica bibliométrica, também denominada de meta-análise, para quantificar e analisar a produção científica acerca do tema escolhido, possibilitando, dessa forma, a elucidação de estratégias para futuras pesquisas que aprofundem o assunto (SOUZA; RIBEIRO, 2013).

Definiu-se as seguintes fontes para coleta de dados: a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a Scientific Electronic Library Online (SciELO), a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e o Banco de Teses e Dissertações da CAPES.

O processo de busca e seleção dos trabalhos deu-se no mês de julho de 2017. Após uma pesquisa no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram selecionados os descritores controlados relacionados a temática, "Health Promotion" e "Worker's health", interligados pelo booleano AND, os descritores foram utilizados em inglês em todas as bases de dados, para padronizar a busca. Considerou-se todas as datas encontradas a fim de estabelecer uma análise de tendência, analisando ano de publicação e estratificação QUALIS proposta pela CAPES para os periódicos e para as teses e dissertações disponíveis no banco da CAPES, ano da defesa, a área de conhecimento envolvida e instituição de educação superior vinculada.

Os dados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos, tabulados no Microsoft Excel 2016 permitindo uma análise estatística e descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as buscas nos bancos indexadores de revistas científicas, foram encontradas 2.262 publicações de artigos originais na área de promoção da saúde do trabalhador, destacando-se a MEDLINE com 75% de artigos indexados em sua plataforma (FIGURA 01). Esse indexador é considerado o mais importante banco de dados *online internacional* destinado a revistas científicas da área biomédica, sendo patrocinado pela *National Library of Medicine (NLM)* dos Estados Unidos da América. Por sua cobertura geográfica e seu rigor para a indexação de revistas científicas que aliado a qualidade dos textos, conteúdos originais e acesso gratuito pela *internet* é consultado por milhares de pesquisadores e profissionais da saúde e das ciências biológicas diariamente (MARTINEZ, 2005).

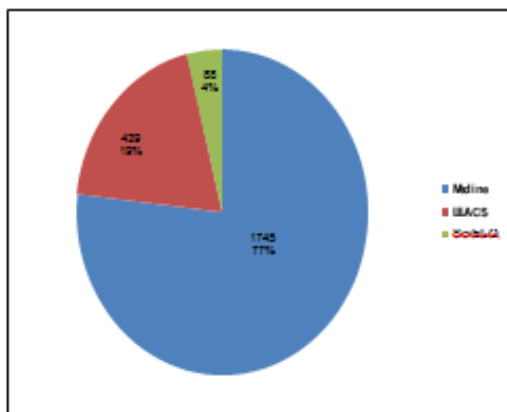
O Latino LILACS é responsável por 19% das publicações, estando presente em 26 países da América Latina e Caribe se tornando uma forte aliada para disseminação da temática de promoção da saúde do trabalhador (FIGURA 01).

A base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) biblioteca virtual que reúne uma coleção de periódicos científicos brasileiros acolhe 4% das publicações em seu acervo (FIGURA 01). O SciELO foi concebido como um projeto e uma estratégia para superar o fenômeno conhecido como "ciência perdida", causado pela presença muito fraca dos periódicos de países em desenvolvimento nos índices internacionais sendo lançado em 1998 e com acesso livre pela internet (PACKER, A.L., et al., 2014).

Ao analisar na figura 02 a evolução cronológica das publicações nos indexadores, observa-se a existência de uma tendência crescente por parte dos pesquisadores em explorar o conhecimento científico na área da saúde do trabalhador. No período que corresponde aos anos de 1998 a 2017 verifica-se um crescimento nas três bases de dados, porém, a MEDLINE apresenta um comportamento de destaque no ranking dos indexadores pesquisados, se tornando de grande relevância para a disseminação das pesquisas em Promoção da saúde do trabalhador uma vez que acolhe periódicos internacionais e que segundo Campos (2003), quando uma revista está citada no MEDLINE, isto representa um indicador de qualidade, parâmetro utilizado para avaliar o periódico justificando assim a grande procura dos editores científicos.

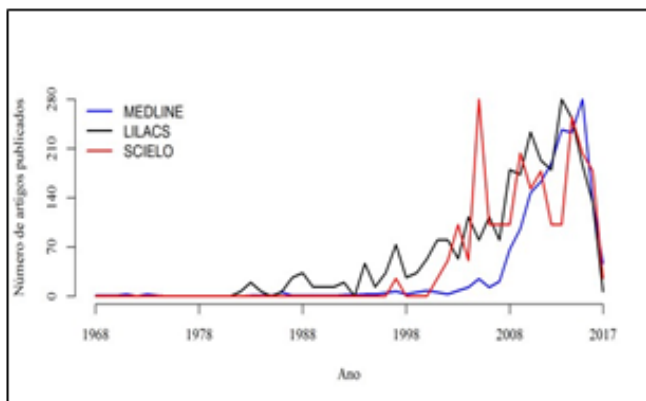
Ressalta-se também que foi em meados dos anos de 1980 e 1990 que a temática começou a ser explorada mais fortemente em diversos países como é o caso do Brasil abordando estudos interdisciplinares dentro da área de saúde coletiva. Destaca-se também que no ano de 2012 no Brasil foi instituída a Política Nacional de Saúde do trabalhador e da trabalhadora a portaria ministerial nº 1.823 de 23 de agosto de 2012, contribuindo para o aumento de publicações científicas nos anos subsequentes a portaria.

FIGURA 01 – Quantidade de artigos científicos indexados por base de dados.



FONTE: A autoria própria, 2017.

FIGURA 02 – Evolução temporal das publicações por ano e base de dados



FONTE: A autoria própria, 2017.

Foram identificados 119 (cento e dezenove) periódicos indexados nas três bases de dados analisadas, sendo que para aqueles periódicos que foram encontrados em mais de uma base considerou-se apenas uma delas, totalizando 97 (noventa e sete) periódicos que publicaram artigos em promoção da saúde do trabalhador. A LILACS apresenta 57,7% dos periódicos indexados, ficando a MEDLINE com 25,7% e a SCIELO com 16,4%.

Analisando-se os estratos QUALIS dentro da área de saúde coletiva que acolhe as pesquisas em promoção da saúde do trabalhador devido requerer um corpo de práticas e teorias interdisciplinares, multiprofissionais e interinstitucionais que são fundamentadas nessa grande área científica, observa-se na tabela 01 que 16,4% dos periódicos não possuem classificação, e no estrato A1 (doze periódicos), representando 12,3% sendo considerados de alto nível científico com elevado fator de impacto conforme a CAPES, sendo indexados na base da MEDLINE. No estrato A2 foram encontrados sete periódicos (7,2%) também indexados pela MEDLINE. Os periódicos classificados como B1 foram encontrados nas três bases analisadas totalizando nove (9,2%), no B2 onze (11,3%), B3 e B4 quinze (15,4%) e no estrato B5 e C apenas um (1,0%) periódico.

TABELA 01 – Classificação QUALIS dos periódicos.

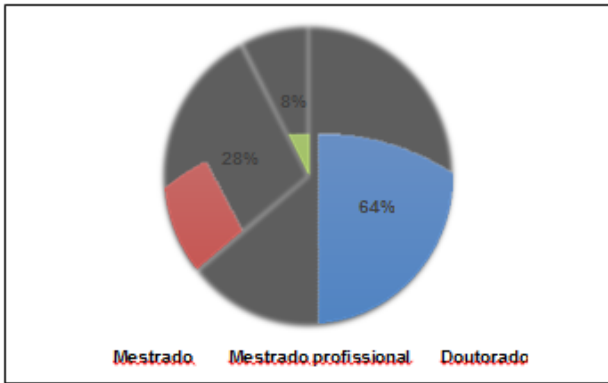
QUALIS SAÚDE COLETIVA	INDEXADORES			TOTAL POR QUALIS	QUALIS %
	MEDLINE Nº de periódicos	LILACS Nº de periódicos	SCIELO Nº de periódicos		
A1	12	00	00	12	12,3
A2	07	00	00	07	7,2
B1	03	05	01	09	9,2
B2	00	07	04	11	11,3
B3	00	12	03	15	15,4
B4	00	15	00	15	15,4
B5	00	01	00	01	1,0
C	00	01	00	01	1,0
SEM ESTRATO	03	15	08	26	16,4
TOTAL POR INDEXADOR	25	56	16	97	100,0

Fonte: A autoria própria, 2017.

Analisando as teses e as dissertações disponíveis no Banco de Teses da CAPES, foram encontrados 39 (trinta e nove) registros distribuídos em três modalidades de programas de pós-graduação, conforme a figura 3, o mestrado acadêmico detém 64% (25) da produção de trabalhos na área, o mestrado profissional apresenta 28% (11) e 8% (3) são produções de teses de doutorado (FIGURA 03).

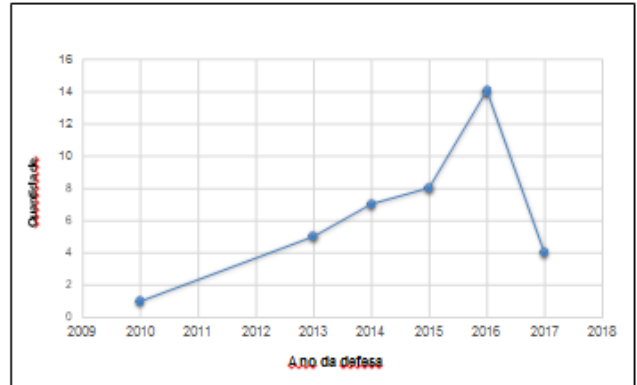
A análise temporal (figura 04) mostra que foi somente a partir do ano de 2010 que foram desenvolvidas pesquisas nos programas de pós-graduações stricto sensu sendo registradas no banco da CAPES, observa-se um crescimento em relação a esses estudos no passar dos anos, principalmente após o ano de 2012 que foi marcado por publicações de instrumentos que norteiam as ações em saúde do trabalhador.

Figura 03 – Produção por tipo de programa



Fonte: Autoria própria, 2017

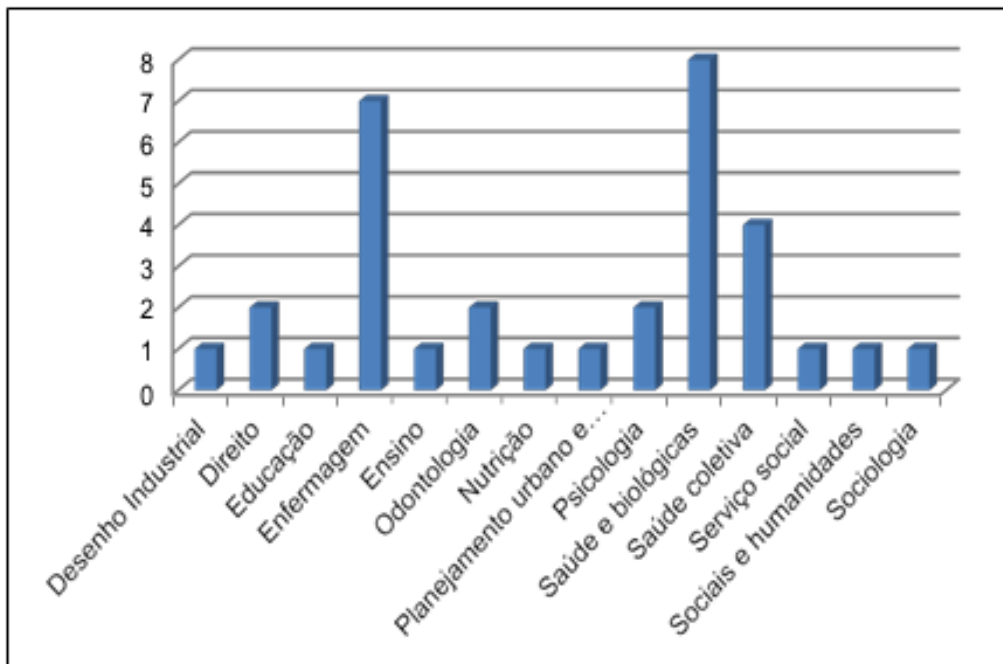
FIGURA 04 – Evolução temporal das publicações por ano e base de dados



Fonte: Autoria própria, 2017

A figura 05 verifica-se a interdisciplinaridade do campo de estudos em promoção da saúde do trabalhador, das 14 áreas encontradas, 24,24% (8) corresponde à saúde e biológicas, 21,2% (7) a enfermagem, e a área de saúde coletiva com 12,12% (4). Ressalta-se que os achados revelam o interesse de pesquisadores vinculados a programas que não são relacionados diretamente com as ciências da saúde como é o caso da sociologia, desenho industrial, direito e planejamento urbano e regional confirmando a complexidade das discussões a cerca do tema e sua transversalidade.

FIGURA 05 – Áreas de conhecimento das teses e dissertações



Fonte: Autoria própria, 2017.

A tabela 02 infere a análise das instituições depositárias dos trabalhos acadêmicos verifica-se que a Universidade de São Paulo com 7,6% (3) destaca-se com o maior número de produções, contudo, observa-se que o conhecimento sobre a promoção da saúde do trabalhador é oriundo de universidades de diversas regiões do país, não estando concentrada em um único centro universitário contribuindo para o surgimento de novas pesquisas na área em diversos espaços geográficos.

TABELA 02 – Instituições de Educação depositárias dos trabalhos

INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR	f	%
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fiocruz	1	2,5
Centro Universitário de Volta Redonda	1	2,5
Centro Universitário Adventista de São Paulo	2	5,1
Fundação Oswaldo Cruz	1	2,5
Pontifícia Universidade Católica de Goiás	1	2,5
Pontifícia Universidade Católica do Paraná	1	2,5
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	1	2,5
Universidade Comunitária da Região de Chapecó	1	2,5
Universidade de Fortaleza	1	2,5
Universidade de Franca	2	5,1
Universidade de São Paulo	3	7,6
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	2	5,1
Universidade do Vale do Itajaí	2	5,1
Universidade Estácio de Sá	1	2,5
Universidade Estadual do Ceará	1	2,5
Universidade Estadual de Campinas	2	5,1
Universidade Estadual de Santa Cruz	1	2,5
Universidade Estadual do Sudoeste Da Bahia	1	2,5
Universidade Federal de Alfenas	1	2,5
Universidade Federal de Pernambuco	1	2,5
Universidade Federal de São Paulo	1	2,5
Universidade Federal do Espírito Santo	1	2,5
Universidade Federal do Rio de Janeiro	1	2,5
Universidade Federal do Rio Grande	1	2,5
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	2	5,1
Universidade Federal do Tocantins	2	5,1
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Fonte: Autoria própria, 2017.

## CONCLUSÃO

Conclui-se com essa análise bibliométrica que a discussão científica sobre promoção da saúde do trabalhador vem crescendo lentamente ao longo dos anos, estando ainda em construção dentro de uma grande área que é a da saúde coletiva, a sua evolução cronológica obedece aos marcos históricos de conquista dos direitos dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e defesa da sua saúde.

Apesar de ser expressivo a quantidade de periódicos com estratificação QUALIS elevado, A1, A2, B1 e B2, para a saúde coletiva, com indexação em bases internacionais, que apresentam grande potencial de divulgação no meio científico, salienta-se que há um significativo número de revistas sem classificação na área fragilizando a evolução do conhecimento do tema na área de saúde coletiva.

Torna-se necessário o incentivo de pesquisas sobre a temática nos programas de mestrado e doutorado, por mais que se tenha identificado uma evolução temporal de registros de teses e dissertações no Banco da CAPES, o mesmo torna-se incipiente em relação à quantidade de programas existentes no Brasil, tendo em vista que o campo de estudo da promoção da saúde trabalhador é interdisciplinar.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago.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: 28 de agosto de 2012.

LOURENÇO, E. A.S; BERTANI, I.F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.32, n.115, p.121-134, jan-jun, 2007. SOUZA, M.T.S; RIBEIRO, H.C.M. Sustentabilidade ambiental: uma meta-análise da produção brasileira em periódicos de administração. **Revista de Administração contemporânea**, v.17, n.3, p.368-396, 2013.

PACKER, A.L.N.C., LUCCISANO, A; RAMALHO, A; SPINAK,E. Um estudo analítico sobre Acesso Aberto e comunicação científica. Paris: **UNESCO**, 2014. 188 p. Disponível em: <http://www.scielo.org/local/File/livro.pdf>. Acesso em 31 de agosto de 2017.

MARTINEZ, J. A. B. Perseguindo o MEDLINE. **J. bras. pneumol.** vol.31 no.2 São Paulo, Mar./Abr. 2005.

CAMPOS, M. Conceitos atuais em bibliometria. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, n. 66, p. 1-22, 2003.

SILVA, J.M; SANTOS, M.O.S; AUGUSTO, L.G.S. GURGEL, I.G.D. Desenvolvimento sustentável e saúde do trabalhador nos estudos de impacto ambiental de refinarias no Brasil. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.3, p.687-700, 2013.

GURGEL, S.S; MATIAS, E.O, BEZERRA, M.I.C; LIMA, F.E.T; CUSTÓDIO, I.L. Produção científica brasileira acerca da saúde do trabalhador nas teses e dissertações de enfermagem. **Revista Enfermagem Atenção Saúde** [Online]. Jan/Jun 2017; 6(1):130-139.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos as agências de fomento a pesquisa CAPES e FUNCAP pelo apoio.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA DE TRABALHO DA SAÚDE COLETIVA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Leonardo Lima Aleixo<sup>1</sup>(IC), Danyllo Lucas de Lima Rodrigues<sup>2</sup>(IC), Milena Cruz dos Santos<sup>3</sup>(IC), Soraya da Silva Trajano<sup>4</sup>(PG), Yuri Marlon de Souza neves<sup>5</sup>(PG), Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>6</sup>(PQ).

1 Graduando em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará

2 Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

3 Pós-Graduação em Terapia Intensiva, Hospital Albert Einstein

4 Docente do Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: leoaleixo2016@gmail.com

Palavras-chave: Saúde da Família. Saúde Pública. Planejamento em saúde.

### INTRODUÇÃO

A criação e a implantação gradativa do Sistema Único de Saúde (SUS) podem vir a ser consideradas como uma das reformas sociais mais importantes realizadas pelo Brasil na última década do século XX e nos primeiros anos do século atual (CAMPOS, MINAYO, AKERMAN, 2007; BRASIL, 2006).

O modelo de saúde no Brasil sofreu diversas alterações a partir da década de 1970, mas sua organização se deu a partir da Atenção Básica, que é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve promoção, prevenção de agravos à saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, humanização, equidade e participação social, se fortalecendo a partir de 1994, com a criação da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006; PEIXOTO, MATTOS, BARBOS, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família é entendida como uma reorganização e reorientação do modelo assistencial, mediante a disposição de equipes multiprofissionais em unidades de saúde distribuídas em territórios delimitados espacialmente. Nessa lógica de organização territorial, o espaço físico da Estratégia Saúde da Família deixa de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, passando a ser um campo no qual se verifica a interação população-serviços no âmbito local e que se caracteriza por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (BADARO, 2011).

Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (BARBOSA et al 2008; MONKEN, BARCELLOS, 2005). Nos estudos sobre saúde, notadamente na saúde pública, a incorporação de conceitos geográficos como espaço, território e ambiente vem sendo privilegiados. São utilizados conceitos como território da saúde, territorialização, mapeamento de riscos, etc.

Nesse contexto, o conceito de território constitui elemento fundamental à compreensão, planejamento e organização dos serviços de saúde. O território é compreendido como uma área geográfica delimitada, com relevo, vegetação e clima próprios, e como um espaço social onde uma determinada população vive e onde a vida das pessoas é organizada a partir de um processo historicamente constituído (BARBOSA et al 2008; MONKEN, BARCELLOS, 2005).

Assim, com a necessidade de gerenciar e atender às demandas desse território como espaço vivo e com muitas particularidades, surge a necessidade de ampliação das Equipes de Saúde da Família (ESF), agregando a elas profissionais de distintas áreas, capazes não só de solucionar problemas de saúde, mas também de ordem política, social, cultural e econômica, possibilitando a integralidade da assistência, e fortalecendo assim o Sistema Único de Saúde (SUS) (SCHNEIDER, TARTARUGA, 2004; MACHADO, 2007).

Foi criado em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS n. 154, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, bem como sua eficácia e eficiência (BRASIL, 2015).

O NASF é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade delas, agindo diretamente no apoio às equipes e na assistência à população das unidades em que o NASF está cadastrado (BARBOSA et al, 2008; MONKEN, BARCELLOS, 2005; BRASIL, 2015).

Assim, o fisioterapeuta insere-se no sistema de atenção básica numa nova perspectiva de atuação, focada nas práticas de prevenção e promoção de saúde e não restrita aos procedimentos de reabilitação, ao contrário do que tem predominado nas ações deste segmento profissional, buscando definir melhor o seu objeto de atuação nesta área, tornando a fisioterapia mais acessível para a população e colaborando para uma assistência à saúde integral. Nessa perspectiva, a territorialização se articula fortemente com o planejamento estratégico situacional (PES), e juntos, se constituem como suporte, para que através desse estudo os profissionais de saúde tenham a capacidade de planejar estratégias capazes de suprir as carências e demandas existentes. (TEIXEIRA, 1998).

Nesta perspectiva, objetivou-se descrever a territorialização como processo de trabalho na atenção básica.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de uma revisão narrativa, realizada no período de maio a junho de 2015, onde foram utilizadas as bases de dados LILACS e SCIELO, sendo encontrados 30 artigos referentes a temática.

Os descritores utilizados foram: Saúde pública. Saúde coletiva. Saúde da Família. Planejamento. Estratégia Coletiva. A partir da leitura dos resumos e a aproximação da temática definida, 23 estudos foram selecionados, também foi levado em consideração as publicações indexadas nos últimos 20 anos (1993- 2013) e a disponibilidade de publicações associadas aos descritores definidos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A territorialização representa um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, visto que, a saúde é implementada sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

A execução das práticas de saúde sobre um substrato territorial já vem sendo utilizada por distintas iniciativas no âmbito do SUS, como a Estratégia Saúde da Família e a Vigilância em Saúde Ambiental (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Este processo é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF, contudo, a tarefa de territorialização adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do 'ambiente', da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

Esse espaço apresenta, além da delimitação espacial, perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (MIRANDA et al., 2008).

Os Sistemas de Saúde também se organizam com base territorial, ou seja, a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. As diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8080) têm uma forte relação com a definição do território. No município é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização; nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993).

Para que seja executado o processo de coleta de dados na territorialização, foi criado em 1998 pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), em conjunto com a Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde (COSAC/SAS), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para auxiliar o acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), agregando e processando os dados advindos das visitas domiciliares, bem como, dos profissionais da unidade de saúde e nos domicílios ( BARSOSA, 2008).

Este sistema é composto por um programa de computador (software) e por algumas fichas (A, B, C,

D) e relatórios. A ficha A representa o cadastro familiar e, portanto, contém dados básicos de características sócio-econômicas, de saúde (morbidade referida) e moradia das famílias e seus indivíduos. (BARSOSA, 2008) O cadastramento de famílias e de pessoas, sejam nos seus aspectos individuais e/ou coletivos permitem a definição de um perfil sanitário, dessa maneira apontam para que elementos importantes sejam evidenciados, como por exemplo, os aspectos positivos e negativos nos quais a população adscrita está inserida (MORÂ, 2013).

Um dos termos para descrever a relação serviço-território população é a adscrição, que diz respeito ao território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família - ESF (BRASIL, 1997). Esta relação trata da organização do programa, segundo o qual cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica que contenha entre 800 e 1000 famílias. Posteriormente (BRASIL, 1997), a adscrição é definida dentro

do item “diretrizes operacionais” no qual as regras passam a ser mais flexíveis, devendo residir na área entre 600 e 1.000 famílias com o limite máximo de 4.500 habitantes. Além disso, recomenda-se considerar a “diversidade sóciopolítica, econômica, densidade populacional e acessibilidade aos serviços”, entre outros fatores, na adscrição da população e delimitação das áreas.

Costa Neto (2000), no caderno sobre atenção básica, alerta para o fato de além do limite do número de famílias e de habitantes, a quantidade de famílias sob responsabilidade de um agente comunitário de saúde, ACS, que deve se situar entre 20 e 250, deve-se considerar a existência de outras territorialidades que podem promover uma maior ou menor adesão ao modelo de atenção básica do PSF.

Para Paim (1999), esse processo é de fundamental importância para a incorporação da relação de responsabilidade entre os trabalhadores da área da saúde e a população. Assim, entende-se que a delimitação de um território, a divisão e o aprofundamento nas regiões visam a aproximar os recursos existentes para explicitar o conhecimento de suas necessidades e demandas. Para que através desse estudo os profissionais de saúde tenham a capacidade de planejar estratégias capazes de suprir as carências e demandas existentes.

Frisando o processo de territorialização e mapeamento como parte das ações de saúde, a inserção do fisioterapeuta na ESF é de suma importância para a sociedade, possibilitando aos órgãos governamentais de saúde, instituições de aprendizado e órgãos de classe estabelecer um planejamento com ações de assistência e ensino, com melhor preparação do fisioterapeuta, levando em consideração seu perfil profissional, para que possam ser estabelecidas metas palpáveis, e o planejamento vá ao encontro das necessidades do usuário e sua região, para o sucesso na qualidade no atendimento de saúde (BADARÓ; GUILHEM, 2011).

Publicações encontradas em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) evidenciaram a importância do SIAB como instrumento para o planejamento local, entretanto, apresentam algumas limitações para o uso desse sistema de informação (FRANÇA, 2001).

Dificuldades de identificação de indivíduos no software, algumas informações desnecessárias para a realidade local, pouca flexibilidade e número limitado de doenças referidas não comportando dados de diferentes regiões epidemiológicas também foram encontradas como limitações à utilização desse Sistema de Informação (SI) pelas equipes da ESF (FRANÇA, 2001; SILVA e LAPREGA, 2005; GUEDES, 2007).

A falta de treinamento dos trabalhadores reflete no inadequado preenchimento e interpretação dos dados, no atraso das atualizações dos cadastros e nas dificuldades para o entendimento da finalidade deste SI e para a consolidação dos dados (SILVA e LAPREGA, 2005; GUEDES, 2007).

## CONCLUSÃO

A definição do território, mais que a simples descrição de uma população, permitiu um melhor aprimoramento do trabalho em equipe, ampliando o conhecimento da área e de sua população e proporcionando uma melhor integração dos profissionais da saúde e a população.

Desse modo, deve-se ressaltar a importância da realização dessa ferramenta de trabalho para o planejamento das ações dos profissionais da saúde, através de treinamentos adequados, para um melhor preenchimento e compreensão das fichas e cadastros, para que se tenha uma melhor consolidação dos dados. Assim, é possível conhecer a demanda o mais próximo do real, o que possibilita melhor planejamento das ações e, conseqüentemente, maior eficácia nos serviços prestados à população.

## REFERÊNCIAS

BADARÓ, A.F. V.; GUILHEM, D. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 445-454, jul./set. 2011. BARBOSA, E.G. et al. Projeto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Secretária Municipal de Saúde: Departamento de Atenção à Saúde. Governador Valadares, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. [Internet]. 2008. Acesso 25 maio de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

- COSTA NETO, M.M. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1. Brasília, Ministério da Saúde, p. 44, 2000.
- FEREIRA, J.C. et AL. A percepção do gestor sobre a organização da atenção básica à Saúde da criança. Revista Cogitare Enfermagem, 2010.
- FRANÇA, T. Sistema de Informação em Atenção Básica: um estudo exploratório. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- GONDIM, G.M.M. et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. 2009. Disponível em: <[http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11\\_2.pdf](http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_2.pdf)> Acesso em: 10/06/2015 GONDIM, G.M.M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 12 junho de 2015.
- GUEDES, A. B. A. A informação na Atenção Primária em Saúde como ferramenta para o trabalho do enfermeiro. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2007.
- MACHADO, C.J.S. A arena da saúde na dinâmica do tempo presente. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 5-6, 2007.
- AVEIRO, M.C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2011.
- MENDES, E.V.. Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo, ed: Hucitec – Abrasco, 1993.
- MIRANDA, A.C. et al. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255. MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>. Acesso em 25 maio 2015.
- MONKEN, M.; BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Goiania, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.
- MÔRA, L.B. O uso da territorialização para apoio ao planejamento das ações de uma unidade de Saúde da Família. 2º Congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde universalidade, igualdade e integralidade da saúde: Um projeto possível. Belo Horizonte, 2013.
- NUNES, A.D. et al .O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. Associação Paulista de Medicina São Paulo, ed. Raiz, 2000.
- PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes, EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo: Hute- Abrasco, p. 187-220, 1999.
- PEIXOTO, F.F.; MATTOS, M.F.O.; BARBOSA, E.G. Atuação da fisioterapia na atenção básica: revisão bibliográfica [trabalho de conclusão de curso]. Governador Valadares: Universidade Vale do Rio Doce; 2007.
- PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C.. O território no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.
- SANTOS, F.A.S. et al .Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 50-54, 2007.
- SCHNEIDER, S.; TARTARUGA, I.G.P. Território e abordagem territorial: das referências cognitivas aos aportes aplicados à análise dos processos sociais rurais. **Raízes: Revista de Ciências Sociais**, Campina Grande, v.23, n. 2, p. 99-116, 2004.
- SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e de sua implementação na região de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1821- 1828, 2005.
- TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBOAS A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS. Brasília, v. 7, p. 7-28, 1998.

## AGRADECIMENTO

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio e incentivo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS A CERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

**Karoliny Cosme Pimenta<sup>1</sup>, Anna Paula Sousa da Silva<sup>2</sup>, Kelly dos Santos Holanda<sup>3</sup>, Francisca Adrismara Lopes de Lima<sup>4</sup>**

*1 Pós-graduanda em Obstetria e Saúde da Mulher, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Doutora em Enfermagem, Docente na Faculdade Fanor DeVry Brasil. Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Fanor DeVry Brasil. Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: kelly\_olanda@hotmail.com*

*Palavras-chave: Enfermagem. Obstetria. Violência.*

### INTRODUÇÃO

O parto é um evento biológico de início despretensioso e involuntário, previsto nas informações genéticas trazidas pelo indivíduo e se desenrola segundo um processo para cada espécie (BRASIL, 2009).

Atualmente, percebe-se uma tendência da exclusão da mulher do centro do processo de parto e uma entrada maciça do aparato tecnológico, por meio da medicalização. Em contrapartida é possível notar, também, a emergência de um novo paradigma de assistência à parturição, o qual resgata a humanização do processo de nascimento (DIAS, 2007).

A humanização no parto é o respeito à mulher de forma única, tendo empatia pela gestante, em um momento da sua vida em que necessita de atenção e cuidado. É o respeito, também, à família em formação e ao bebê, que tem direito a um nascimento sadio e harmonioso (PERNAMBUCO, 2015).

No ano de 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), com objetivo de resolver problemas e desafios postos pelo cotidiano do trabalho em saúde de forma a garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Ressalta-se, nessa política, a rede cegonha que propõe a organização e a qualificação da atenção e gestão materna e infantil em todo âmbito nacional, com incentivos técnicos e com financiamento atrelados a mudanças do modelo obstétrico e neonatal (BRASIL, 2014).

A humanização do parto é um direito da mãe e do bebê, garantido pela Constituição Federal (1988), que em sua Declaração dos direitos humanos, artigo 1º estabelece a dignidade e os direitos da pessoa humana como fundamento. Em subsequência os direitos humanos destacam o direito à saúde, à não violência e à maternidade segura. É também um direito garantido internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que emite documentos indicando normas de boas práticas para o parto, e alerta para o risco de intervenções que, quando feitas sem correta indicação, podem colocar em risco a vida da mãe e do bebê (PERNAMBUCO, 2015).

Quando é tirado da gestante o direito a uma assistência de qualidade e humanização, ou pratica algum tipo de violência contra essa mulher seja na gestação ou parto, entra-se em um contexto mais amplo e profundo da obstetria e que por vezes passa despercebido.

Primeiramente precisa-se definir o conceito de violência, que Krug (2002), no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, define o problema como o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

A violência obstétrica é fruto da medicalização do corpo feminino, assim como o mesmo foi apropriado pelo saber médico. É um tema com pouca visibilidade e que se disseminou entre os profissionais, contribuindo para a naturalização desse tipo de violência, que também, vem se perpetuando pela ignorância ou desconhecimento (FARIAS, 2014).

A definição de violência obstétrica, como um tipo de violência contra a mulher, refere-se a qualquer ato realizado por profissionais da saúde em relação ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres antes, durante ou após o parto, podendo ser através do excesso de intervenções no qual os processos fisiológicos se tornem medicalizados e patologizados (ANDRADE; AGGIO, 2014).

A OMS (2014) declarou que, a violência obstétrica é uma violação dos direitos humanos fundamentais, mostrando que é um problema global e disseminado, em seu relatório pontua os direitos da gestante, que devem receber um tratamento digno e sem discriminações, ter livre acesso à informação e usufruir o mais elevado padrão de saúde mental e física, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. Também é apresentado como determinados grupos que

estão mais vulneráveis a sofrerem abusos, maus-tratos e desrespeito, entre eles estão: as adolescentes, mulheres solteiras, de baixo nível socioeconômico, migrantes, pertencentes às minorias étnicas e as que vivem com HIV ( Vírus da Imunodeficiência Humana) (FARIAS, 2014).

O trabalho justifica-se pelo crescente empenho do Ministério da Saúde em humanizar o parto, diminuindo as taxas de procedimentos desnecessários aos quais muitas mulheres são submetidas desde sua gestação até o parto, se estendendo por vezes ao pós-parto. As pacientes chegam a ficar com sequelas físicas e psicológicas, vendo o processo de gestar e parir como algo traumático, afetando diretamente o planejamento e o convívio familiar.

O interesse na pesquisa surgiu durante os estágios da disciplina de saúde da mulher, onde o contexto de violência obstétrica se mostrou bastante disseminado e mascarado em diferentes situações da assistência à parturiente, sendo reforçado pela proposta do Ministério da Saúde para o incentivo ao parto normal e humanizado.

A relevância da pesquisa surge dentro do contexto de aumento de denúncias por parte de mulheres que sofreram algum tipo de abuso institucional ou profissional, em algum momento de sua vida, no qual o principal meio de divulgação, ultimamente, vem sendo o televisivo, bem como a união dessas mulheres em grupos para transmitir mais informação a outras futuras mães, para que não passem por algum tipo de violência obstétrica ou se chegarem a passar, entendam a importância de denunciar.

Diante do exposto o trabalho tem como objetivo identificar a percepção de puérperas acerca da violência obstétrica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza aplicada, de objetivos descritivos e explicativos. Em relação ao tipo de procedimento, se caracteriza como uma pesquisa de campo. A pesquisa foi realizada na enfermaria do 1º andar, de uma maternidade pública situada na cidade de Fortaleza, Ceará. O período de coleta de dados aconteceu entre setembro e outubro de 2016.

Os sujeitos da pesquisa foram 31 puérperas que vivenciaram o parto normal ou a cesárea, entrando no estudo não somente o parto atual, mas também experiências anteriores, e que estavam internadas nas enfermarias do 1º andar, do referido hospital. Estiveram excluídas mulheres com idade inferior a 18 anos e que estavam internadas por motivos abortivos, visto que elas já se encontravam fragilizadas, podendo esse contexto se agravar com perguntas e explicações voltadas a violência obstétrica, bem como, buscou-se evitar respostas baseadas no seu momento de perda atual.

Segundo Sonia Vieira (2014) a amostra suficiente para cada pesquisa vai depender dos objetivos de cada trabalho e as respostas dos questionamentos descritos. A autora cita Mark Mason (2010), que em seu trabalho realizou um levantamento de teses de doutorado de diversas Universidades dos Estados Unidos, que utilizaram entrevistas qualitativas como método, em seus resultados concluiu que o tamanho médio das amostras foi de 31.

A coleta de dados foi composta por uma entrevista semiestruturada, com perguntas objetivas e subjetivas, relacionadas à percepção da puérpera sobre a violência obstétrica. Para aprofundar a interpretação dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (2011), é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam aos discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

A pesquisa em questão foi desenvolvida de acordo com as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, na qual incorpora, sob a visão do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

A pesquisa foi efetivada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), com Número do Parecer 1.761.527 e CAEE: 59783876.5.0000.5050.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A violência obstétrica existe e consiste em uma apropriação do corpo feminino por parte dos profissionais de saúde, podendo ser caracterizada por ações desumanizadas, abusos na medicalização, omissões de informações, causando a perda da autonomia e capacidade da tomada de decisão das mulheres sobre seus corpos e sexualidade, podendo isso impactar de forma negativa na qualidade de vida das mulheres (DPESP, 2013).

A melhor forma de prevenir a violência obstétrica é o conhecimento tanto da parte do profissional como da paciente, de forma que em possíveis casos ela saiba se defender e que atitude deve tomar, pensando nisso a presente subcategoria visa responder o conhecimento das puérperas sobre a violência obstétrica e o grau de importância, desse assunto ser abordado ainda durante o pré-natal.



Das 31 pacientes entrevistadas, apenas 4 (12,90%), em algum momento da sua vida, escutaram o termo violência obstétrica, onde as fontes tinham sido os meios televisivos, jornais e conhecidos.

Para as puérperas que relataram já ter escutado o termo “violência obstétrica”, foi indagado sobre o significado e apesar de não compreenderem a fundo sobre o assunto, souberam exemplificar alguns casos característicos de violência obstétrica, que em termos científicos seriam a manobra de Kristeller, episiotomia sem o consentimento da mulher, negligência e abuso de poder.

Diante do exposto nota-se a falta de informação sobre o tema para as mulheres no período gravídico puerperal, onde menos de 13% das entrevistadas, tinha o conhecimento mínimo sobre algo ao qual elas estão sujeitas a passar em qualquer atendimento, sendo seus direitos a informação completamente usurpados.

Para as mulheres que nunca ouviram falar em violência obstétrica, pediu-se que elas falassem o que acreditavam que poderia ser esse tipo de violência, dessa forma 4 (14,81%) associaram a violência obstétrica ao profissional médico, 10 (37,03%) acreditavam que era algo cometido contra a gestante ou puérpera pela equipe profissional e 13 (48,14%) não faziam ideia do que se tratava.

Em alguns casos a violência obstétrica aparece mascarada, não sendo identificadas como um tratamento violento, na medida em que as atitudes não são compreendidas como maus tratos, violações éticas e/ou desatenção aos direitos humanos, e sim apenas como despreparo (CARVALHO; VIEIRA; ASSIS, 2015).

De acordo com o que elas relatavam saber ou desconfiavam que fosse a violência obstétrica, foi questionado se elas achavam que em algum momento da sua gestação, parto ou pós-parto teriam sofrido algum tipo de violência obstétrica, se haviam presenciado e para quem denunciariam. A maioria das participantes (80,64%), não se sentiram seguras em dizer se haviam sofrido ou não, tinham dúvidas. No entanto, seis puérperas acreditam terem sofrido violência obstétrica ou conhecem casos que consideram que foram violências no período gravídico-puerperal.

A violência obstétrica institucional pode se apresentar de diferentes formas, tais como, peregrinação por vários serviços até receber atendimento; falta de escuta e de tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários; violação dos direitos reprodutivos; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico (BRASÍLIA, 2012).

Nesse momento da entrevista para conseguir atingir respostas mais completas das puérperas foi realizada uma breve explicação sobre o que era a violência obstétrica, como ela poderia se apresentar e dado alguns exemplos. Em caso de dúvidas e perguntas, a pesquisadora estava à disposição para explicações. Vale ressaltar que não foi utilizado nenhum material complementar, como folders, panfletos, manuais e etc. A orientação ocorreu de forma verbal e simples. Ao final da educação em saúde realizada, foram questionados se as entrevistadas saberiam onde realizar a denúncia, caso fossem vítimas ou presenciassem algum tipo de violência obstétrica.

Apesar de nos encontrarmos em uma época voltada de meios de comunicação, de leis que visam manter cada vez mais os direitos dos indivíduos, a violência obstétrica encontra-se escondida por trás de um posicionamento hierárquico profissional-cliente, onde a mulher por medo de represálias ou maus tratos, aliado à falta de informação, aceita determinados procedimentos e tem medo de denunciar ou se quer sabem a quem procurar. Isso nos remete aos dados encontrados durante a análise da pesquisa, das entrevistadas uma (3,22%) relatou que procuraria o médico, esse mesmo percentual se repetiu pra quem afirmou que procuraria a secretaria de saúde; três mulheres (9,67%) escolheram a polícia para cobrar seus direitos e punições aos envolvidos; 25,80% das entrevistadas disseram optar por procurar a gerência do hospital ou o serviço social ou ambos; por fim 17 puérperas (54,83%), não denunciariam por não saber a quem recorrer.

Com isso chegamos ao resultado que mesmo com um conhecimento prévio do assunto, os casos de violência não seriam notificados, pois mais uma vez falta informação para as mulheres em seu período gravídico-puerperal. Os locais onde devem ser realizadas as denúncias nesse caso são: Ministério Público da região, Defensoria Pública, Órgãos jurídicos e o disque saúde.

Para finalizar a entrevista, pediu-se que as participantes se posicionassem falando se faltava ou não informações, sobre os direitos das mulheres durante o período gravídico até o puerpério e sobre a violência obstétrica, ainda durante o pré-natal e durante toda a sua gestação e pós-parto. Todas as entrevistadas foram unânimes em dizer que essas informações eram precárias no serviço de saúde, onde 26 (83,87%) puérperas atribuíam à culpa da falta de informação ao profissional de saúde e cinco delas (16,13%) afirmaram que além de faltar à informação por parte do profissional, faltava interesse da mulher de buscar essas informações.

## CONCLUSÃO

Compreender a violência obstétrica e como ela se apresenta é papel do profissional, assim como a transmissão do saber para as pacientes, evitando casos de maus tratos, problemas psicológicos e físicos. O enfermeiro tem em sua formação uma importante ferramenta que é a educação em saúde, que pode ser realizada em diversas circunstâncias e abrange diferentes públicos.

Acreditando no poder que a educação em saúde tem na relação profissional-cliente e na melhoria da qualidade da assistência, sugere-se que sejam apostadas intervenções com o uso de tecnologias leves, contribuindo para o conhecimento das mulheres sobre seus direitos no período gravídico-puerperal e sobre violência obstétrica.

Após a obtenção dos resultados sugere-se a criação de um folheto educativo, para ser aplicado em grupos de gestantes e puérperas na atenção básica e em níveis secundários de atenção à saúde que atendam gestantes de alto risco.

A informação e orientação continuam sendo a melhor forma de prevenir agravos à saúde e levar uma assistência de qualidade ao paciente. O profissional deve estar preparado para lidar com situações diversas e não se acomodar com a rotina do trabalho, buscando sempre inovações.

As limitações do trabalho estavam presentes no receio das puérperas em querer participar da entrevista com medo de retaliações por parte dos profissionais ou instituição. Os resultados da pesquisa contribuíram para a área da saúde, mostrando que faltam orientações para as mulheres ainda durante o pré-natal, bem como auxiliar o ministério da saúde na implantação da política de humanização e da violência contra a mulher, deixando a paciente mais ciente dos seus direitos e imponderada para tomar as decisões certas, baseada em conhecimento concretos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. **Violência obstétrica**: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Londrina, Paraná. Maio, 2014. Disponível em: <[http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf)>. Acesso em 13 Abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

\_\_\_\_\_. Daphne Rattner. Ministério da Saúde. **Atenção ao Parto Normal**. 2009. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/palestras/humanizacao/atencao\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/palestras/humanizacao/atencao_parto_normal.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2016.

BRASÍLIA. REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em:

<<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

CARVALHO, Grasiela Augusta Moraes Pereira de; VIEIRA, Jardiel Wanderley; ASSIS, Lindacy Silva de. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**: Uma questão de Gênero, Raça e Saúde. 2015. 136 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Gênero, Desenvolvimento e Políticas Públicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015. Disponível em:

<[https://www.ufpe.br/fagesufpe/images/documentos/TCC\\_Especializacao\\_Genero\\_Desenvolvimento\\_Politic asPublicas/tcc - violncia obsttrica- uma questo de gnero raa e sade.pdf](https://www.ufpe.br/fagesufpe/images/documentos/TCC_Especializacao_Genero_Desenvolvimento_Politic asPublicas/tcc - violncia obsttrica- uma questo de gnero raa e sade.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2016.

DIAS, J. F., **O renascimento do Parto Discurso e Identidade**. Universidade de Brasília – UNB. Departamento de Linguística, Línguas Clássicas e Vernácula. Brasília, 2007.

FARIAS, Kamila Gadelha. **Quando a Lente Muda o Retrato: Um Olhar Sobre a Violência Obstétrica**. XI Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidades. Campina Grande. Junho de 2014.

KRUG, E. G. et al. (Org.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, depois aos meus pais, professores e amigos.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## TERAPIA INTEGRATIVA EM CUIDADOS PALIATIVOS À CRIANÇA ONCOLÓGICA

**Camila Moreira de Oliveira<sup>1</sup>, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup>, José Manuel Peixoto Caldas<sup>3</sup>, Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho<sup>4</sup>.**

*1 Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará- Brasil.*

*E-mail: gflamarion@hotmail.com*

*Palavras-chave: Oncologia. Pediatria. Meditação.*

### INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença heterogênea e complexa, que se apresenta de múltiplas formas clínicas e morfológicas, com diferentes graus de agressividade tumoral e potencial metastático (PINHO; COUTINHO, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o câncer um problema de saúde pública, estando potencialmente evidenciado nos países em desenvolvimento. Estima-se que em 2020, haja 16 milhões de novos casos anuais (INCA, 2016).

O câncer infantil é considerado raro quando comparado aos tumores que afetam os adultos. Corresponde a um grupo de doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Sendo as neoplasias mais frequentes na infância as leucemias, tumores do sistema nervoso central e linfomas. Estima-se que ocorrerão cerca de 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes no Brasil por ano em 2016 e em 2017. As regiões Sudeste e Nordeste apresentarão os maiores números de casos novos, 6.050 e 2.750, respectivamente, seguidas pelas regiões Sul (1.320), Centro-Oeste (1.270) e Norte (1.210) (INCA, 2016; SOBOPE, 2016).

Deve-se propiciar uma assistência à criança de caráter holístico e humanizado, mediante a experiência traumática representada pela hospitalização. Colocando em evidência os aspectos que vão além da doença e do tratamento (FREITAS, FÉLIX, ADAMI; 2017).

Logo, é necessária uma adaptação a novos métodos de internação infantil, onde estes englobem vários aspectos, que vão desde o papel familiar à assistência profissional holística, passando por estratégias de recreação que insiram o lúdico no decorrer das atividades e brincadeiras (OLIVEIRA, DANTAS, FONSECA; 2004). A visão integrativa ocidental percebe a influência e a importância decisiva das terapias orientais no cuidado, cuja obtém suas influências enraizadas na própria cultura, ciência e religiosidade (CAPRA, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) em 27 de março de 2017 incluiu por meio da Portaria nº 849 na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, 14 terapias holísticas no SUS. Sendo estas a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantalan, terapia comunitária integrativa e ioga.

A participação das práticas integrativas e complementares dar-se a nível federal, estadual e municipal no Sistema Único de Saúde (SUS). Tem alguns dos seus processos operacionais consolidados a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, de 2006 Brasil. A política aborda em seu conteúdo diretrizes que reafirmam a necessidade destas terapêuticas nos níveis de atenção à saúde primária, secundária e terciária. (BRASIL, 2015).

A meditação é um conglomerado de práticas que visam treinar a focalização da atenção, proporcionando maior discernimento e percepção do consciente. Propicia o desenvolvimento social e emocional, que está indissociavelmente ligado ao processo de identidade pessoal, assim como, integra as dimensões biológicas, sociais, psíquicas e espirituais. (FREIRE, 1996; ROCHA, 2014).

De acordo com Menezes (2012), o ato de meditar promove a diminuição do afeto negativo, potencializa a auto aceitação, aumenta os sentimentos de calma, reduz a fadiga, os pensamentos intrusivos e eleva a reatividade emocional. A prática meditativa proporciona benefícios diretos na qualidade de vida, no bem-estar e no estar melhor, possui aplicabilidade para indivíduos clínicos e não clínicos.

Na pediatria, o cuidado paliativo é concebido como um método organizado, voltado para a criança com limitações decorrente a doença crônica. Este programa torna-se eficaz com o controle de sintomas e quando é oferecido apoio considerando a integralidade do infante (CAMARGO, KURASHIMA, 2007).

Objetivou-se neste estudo descrever os benefícios da aplicação da Terapia Integrativa no cuidado às crianças oncológicas.

## METODOLOGIA

Estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvido na Associação Peter Pan, no período de março a maio de 2017. Participaram do estudo 20 crianças acompanhadas na instituição citada com idade entre sete a onze anos. Baseando-se em Piaget (1975) a criança nesta faixa etária já possui uma organização mental sistemática, que ao invés de agir toma a consciência de seus pensamentos e ali se deleita, sendo capaz de perceber a totalidade de diversos ângulos. O número de participantes foi determinado pela saturação das informações.

*Terapia Integrativa (TI).* TI é considerada a evolução da Medicina Alternativa e da Complementar, possui práticas baseadas na biologia, técnicas mente-corpo como o yoga, meditação, visualização, artes expressivas. Práticas de manipulação corporais sendo a reflexologia, massagem, exercícios. Há também as terapias energéticas como o *reik i*, toque terapêutico, *qigong*. Todas fundamentadas e inclusas no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2015).

A TI escolhida para compor este estudo foi a meditação. Tomamos como base os estudos de Scheneider onde é evidenciado que a prática meditativa resulta na melhora das respostas inflamatórias, bem como, nas funções endócrinas e metabólicas. Decorrente disso ocorre melhora no sono, no humor e na energia física, além de reduzir o risco de depressão e de declínio cognitivo. Melhora a sensação subjetiva de relaxamento, analgesia e profunda quietude (NEWBERG, IVERSEN, 2013).

*Pesquisa de campo.* Inicialmente, solicitamos autorização ao representante institucional a coleta de dado e solicitado um espaço físico adequado para a realização da Terapia Integrativa. A seguir foi selecionado por meio de prontuários as crianças indicadas para o estudo, que participaram de uma reunião junto com os pais ou responsáveis para apresentação do objetivo e natureza da pesquisa, e registro da anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

*Terapia Integrativa – Meditação.* Após o contato inicial e de caráter espontâneo e individual, em um ambiente considerado adequado, e que manifeste calma, utilizei o gravador para registrar a prática, permiti que a criança se acomodasse de acordo com o seu desejo e propicie uma atmosfera de conexão ao percebê-la holisticamente, realizando as questões norteadoras.

Posteriormente propus a prática meditativa, onde expliquei a criança em que consistia a meditação e de acordo com a possibilidade física e mental, em uma posição confortável, seja ela sentada ou deitada. A instruí a fechar os olhos e ao imaginar-se cheirando uma flor bastante perfumada, correspondendo ao ato de inspirar, logo em seguida sugeri para que a mesma exale todo o ar como se estivesse assoprando a velinha do bolo do seu aniversário, então assim, expirando. Realizei essa prática por um minuto, (tempo estabelecido referente à rápida capacidade de dispersão da mente da criança). Por fim, ouvi atentamente sua percepção.

Após a aplicação da TI, realizamos a coleta no período de março a maio de 2017 por meio da entrevista semi-estruturada, cujo roteiro conteve as questões norteadoras: Você já meditou alguma vez?, O que você entende sobre meditação?, Como você se sente após a terapia meditativa?. A entrevista foi gravada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do responsável pela criança, e sua realização aconteceu na instituição citada em data e horário de acordados com o responsável pela criança, e de modo que não interferissem na rotina terapêutica. As entrevistas foram realizadas de maneira tranquila, individualizada, com duração média de 30 min, sendo registrada com aparelho gravador de voz *sony icd-px312*, em um ambiente silencioso e reservado. Para a organização sistemática dos dados e a busca de uma descrição coerente de todo o material levantado, optamos por usar o Método de Análise de Conteúdo apresentado por Bardin (2009), especificamente a Técnica de Análise Temática também esboçada por Minayo (2010).

Desta forma, procedemos com a pré-análise das entrevistas, buscando assinalar as colocações semelhantes e aquelas diferenciadas, mas que representavam significados importantes. Os dados foram organizados com o sentido de expressar ideias, sentimentos, valores e crenças, dentre outros. Com a exploração do material coletado, buscamos em leituras minuciosas, encontrar e identificar as categorias. Para o tratamento dos resultados, apropriamos dos trechos de relatos e fundamentamos na literatura selecionada.

O estudo foi realizado após a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA, respeitando as normas previsto na Resolução 466/12 do CONEP/CNS/MS do Conselho Nacional de Saúde por se tratar de estudo envolvendo seres humanos. Aos participantes e responsáveis legais foram assegurados

o anonimato e o direito de retirar o consentimento no momento que desejarem. Os dados foram coletados após a assinatura do TCLE e da emissão do parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Os nomes dos entrevistados não foram relacionados nas entrevistas, sendo estes identificados por iniciais seguidas de número.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o processamento da análise, organizamos os resultados nas categorias: conhecimento acerca da terapia integrativa e percepção dos benefícios da meditação.

**Caracterização das crianças.** Dentre as crianças participantes, doze eram do sexo masculino e seis do sexo feminino, renda familiar variou de até um salário mínimo, onze residiam em outros municípios do Estado do Ceará. Quanto aos aspectos sanitários, dezesseis crianças estavam com leucemia, duas com osteossarcoma, e duas com linfoma, e compareciam à instituição uma vez por semana para realizar ciclos de quimioterapia, consultas e/ou exames.

A questão que elucida a ida da maioria das crianças acometidas pelo câncer a uma única instituição e ao fato de que só há ela como referência do tratamento do câncer infantil, deve-se ao descumprimento da proposta da Região de Saúde que está disposta no Art. 198 da Constituição, em seus aspectos organizativos. Tendo em vista que região é o recorte territorial, administrativo-sanitário que possibilita integrar o que a descentralização supostamente teria fragmentado, definindo para a população um espaço sanitário de serviços, alicerçado pelas redes de atenção à saúde, dotadas de inteligência sanitária que permita à pessoa o acesso ao itinerário terapêutico adequado à sua necessidade (MENDES, 2009).

**Conhecimento sobre meditação.** As crianças associavam a meditação ao tratamento convencional do seu problema de saúde.

*[...] medicação é a quimioterapia. Sei tudo sobre isso. Os remédios que eu tomo e os que eu já tomei. [...]* (C9)

*[...] é os remédios que eu tomo? [...]* (C3)

Tendo em vista a importância da implementação do lúdico no tratamento da criança, optou-se por fornecer uma prática que permeia esta estratégia. Percebeu-se com as falas que algumas crianças necessitaram de uma disponibilidade de tempo para se expressar, sendo necessário então, res peito e a promoção de um ambiente calmo e sem estímulos externos, levando em consideração a capacidade de dispersão destes. As falas abaixo elucidam o momento em que o inconsciente entoa:

*[...] eu não consigo ficar tranquila. Sou muito acelerada. Tipo assim, meditar não sei, é tipo assim, respirar. Tipo assim, tia. Não sei. É tipo assim, você não se estressar[...]* (C17).

*[...] é aquele negócio que faz OOOM? (fechou os olhos e sorrindo, ficou com o corpo ereto e as pernas cruzadas) [...]* (C10).

Por serem estimuladas desde cedo a focalizar a atenção no que lhe está fora, a lidar com um mundo multicolorido, animado que rapidamente é recarregável, as crianças ocidentais, em suma maioria, não têm o hábito de se perceber, de ter curiosidade sobre si, decorrente disso, crescem sem conhecer-se.

Piaget em (2003), por sua vez, evidencia que no período operatório completo, que ocorre entre os sete e os onze anos, a criança dar início ao processo de reflexão, assim sendo, questiona-se antes de agir. Por ventura, já não é mais tão egocêntrica, desta forma, não está demasiadamente centrada em si e consegue, mesmo que abstratamente, coloca-se no lugar do outro.

*[...] ter um autocontrole da mente, ter autoconhecimento, tia. [...]* (C18)

*[...] eu vi nos filmes orientais, é pra ficar tranquilo, sem se estressar [...]* (C19)

A meditação, tem como significado ir para o centro, no sentido de desligar-se do mundo externo e voltar a atenção para dentro de si (DANUCALOV, SIMÕES, SERAFIM, 2006).

Tem como objetivo compreender o que antes não compreendíamos, ver o que antes não víamos e estar onde nunca estivemos em relação a um objeto ou sujeito. Há inúmeras práticas e é sabido que permeiam entre a espiritualidade e a religiosidade (MOHAN, YOGA, 2003).

**Percepção dos benefícios da meditação.** As crianças informaram como benefícios da meditação: relaxamento e tranquilidade. Demarzo em 2011 apresentou estudos em que evidenciam os benefícios do meditar, principalmente abrangendo pessoas com condições clínicas crônicas não transmissíveis.

*[...] eu senti um cheiro assim, meio como se fosse maracujá. Ah, e era meio assim, meio branca, é tipo como se fosse a margarida, só que cada pétala é como se fosse de uma cor diferente. Todas diferentes. Como se a cor da pétala fosse violeta. Aí eu cheirava e tinha cheiro de maracujá. Eu me sinto relaxado, leve, como se estivesse levitando. É como se fizesse parte da vida real, né?[...]* (C9)

Nesse contexto, a criança portadora de câncer possui potencialidades que necessitam ser atendidas, visto que a terapêutica dolorosa e sua drástica mudança do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar configuram uma nova rotina que modifica completamente o contato com a família, amigos e escola.

*[...] estou triste. Não quero fazer a punção. A doutora é chata, por isso que ela faz isso comigo (chora copiosamente)*  
*[...] (C8)*

O ato de meditar promove a diminuição do afeto negativo, potencializa a auto aceitação, aumenta os sentimentos de calma, reduz a fadiga, os pensamentos intrusivos e eleva a reatividade emocional (MENEZES CB, FIORENTIN B, BIZARRO, 2012).

*[...] eu estou bem melhor, tia. Eu estava bem nervoso. Agora não estou mais. É a terceira vez que eu venho aqui e vou tomar o remédio [...]* (C15)

*[...] é como se o corpo estivesse bem. Dá uma moleza. Porque eu respirei adequadamente e a gente não é acostumado a respirar assim, enchendo o peito [...]*(C19)

*[...]me sinto calma. Vou ensinar a minha mãe, ela é muito nervosa. Isso relaxa, não é, tia? [...]* (C5)

A prática meditativa proporciona benefícios diretos na qualidade de vida, no bem-estar e no estar melhor, possui aplicabilidade para indivíduos clínicos e não clínicos. A realização diária da meditação diminui: frequência de batimentos cardíacos, pressão arterial, ritmo respiratório, frequência de ondas mentais, suor, tensão muscular, níveis do colesterol ruim (LDL), adrenalina, ansiedade, depressão, irritabilidade e alterações de humor (NEWBERG, IVERSEN, 2013).

Por outro lado, aumenta: imunidade, produção da serotonina, concentração e tempo de atenção, criatividade, produtividade, memória, capacidade de aprendizado, sentimento de felicidade, estabilidade emocional, vitalidade e autodisciplina (Barros, De Luca, 2004).

## CONCLUSÃO

Percebemos ao longo do estudo que a meditação pode influenciar no comportamento social dos indivíduos, porém são necessárias mais pesquisas e com maior amplitude para com provação dos resultados obtidos, visto que este tipo de cuidado necessita de um olhar holístico e disponibilidade, portanto o saber técnico ainda se sobressai sobre o cuidado humanizado no dia a dia.

O ambiente hospitalar persiste sendo apenas espaço para expor patologias e tratá-las alopaticamente, mas cabe a ele também ser um espaço de encontro de culturas e inserção de práticas integrativas. Estratégias não farmacológicas agregadas ao tratamento convencional possibilitam uma melhor resposta analgésica, propiciando um aumento na qualidade de vida aos pacientes.

A terapêutica integrativa vem se difundindo gradativamente, tornando-se um grande avanço, visto que a doença, naturalmente, desencadeia no paciente um nível de isolamento social e sensação de solidão e estas medidas oportunizam à criança uma proximidade consigo e interação com outras pessoas, sendo assim, a terapia integrativa pode ser vista como forma de comunicação, bem estar e relaxamento, autoconhecimento e redução da dor e dos desconfortos provenientes da doença. (MARTA, 2010).

Por fim, concluímos que é de suma relevância dar prosseguimento na exploração da abordagem humanitária, cujo olhar holístico proporciona uma visão inclinada para sua construção de profissionais voltados para o ser humano de forma integral.

## REFERÊNCIAS

Pinho, Coutinho. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuários de unidades básicas de saúde . 23. ed. São Paulo: Cad Saúde Pública,; 2007. 1061 p.

INCA. O que é o câncer [internet]. Rio de Janeiro; 2016. [Acesso em: 13 maio 2017]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)

SOBOPE, Pediátrica Sociedade Brasileira de Oncologia. O Câncer Infantil [internet]. São Paulo; 2016. [Acesso em: 23 out. 2016]. Disponível em: <http://sobope.org.br/apex/f?p=106:13:16397340295685>.

Cardoso FT. Câncer infantil: aspectos emocionais e a atuação do psicólogo. Rio de Janeiro: Serviço de Psicologia Hospitalar da 28a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro; 2007.

Pedrosa AM, Monteiro H, Lins K, Pedrosa F, Melo C. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto 13 Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2007; 7(1): 99-106.

- Freitas, Félix, Adami. Importância da ludicidade e sua influência na melhoria da saúde do paciente oncológico infantil hospitalizado. [internet]. Juazeiro do Norte; 2013. [Acesso em: 20 abr. 2017]. Disponível em: [www.fjn.edu.br/revista-ciencia/artigos/artigo4.pdf](http://www.fjn.edu.br/revista-ciencia/artigos/artigo4.pdf)
- Oliveira GF, Dantas FDC, Fonseca PN. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. Rev da SBPH. 2004;7(2):37–54.
- Capra F. O tao da física. São Paulo: Cultrix; 2011. PORTARIA No - 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017. 2017.
- Brasil. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. 2a. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- Rocha MD. Meditando e brincando: práticas de meditação na educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
- Menezes CB, Fiorentin B, Bizarro L. Meditação na universidade: a motivação de alunos da UFRGS para aprender meditação. Psicol Esc Educ. 2012;16(2):307–15.
- Demarzo MMP. Meditação aplicada à saúde [Internet]. 2011 [citado 2016 Out 18]. p. 9-26. Available from: <http://mindfulnessbrasil.files.wordpress.com/2011/05/promef-meditac3a7c3a3o-2011.pdf> Camargo B, Kurashima A. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica. São Paulo: Lemar; 2007.
- Bardin, L.; Análise de Conteúdo, Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 2010.
- Leopardi I, M. T. Metodologia da Pesquisa na Saúde. 2 ed. Ver. Atual. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Pós- Graduação em Enfermagem, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional da Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução. Diário Oficial da União, Brasília (DF): MS; 2012.
- Piajet, Jean. Seis estudos de psicologia. Tradução Maria Alice Magalhães D' Amorim e Paulo Sergio Lima Silva. 24 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- Danucalov M, Simões, Serafim R. Neurofisiologia da Meditação. 1. ed. São Paulo: Phorte Editora, 2006.
- Mohan A G. Yoga Para o Corpo, a Respiração e a Mente: Um guia para a reintegração pessoal. 3. ed. São Paulo: Ed. Pensamento, 2003.
- Barros, L. C.; De Luca, M. Meditação. Mente quieta coluna ereta. Filosofia de bem viver. São Paulo: Caras, 2004. 48 p., col. Caras Zen.
- Schneider RH, Walton KG, Salermo JW, Nidich SI. Cardiovascular disease prevention and health promotion with the transcendental meditation program and Maharishi Consciousness -Based Health Care. National Institute of Health. 2016; 16(3,4): 15-26.
- Newberg AB, Iversen J. The neural basis of the complex mental task of meditation: neurotransmitter and neurochemical considerations. Medical Hypotheses. 2013; 61(2): 282-291.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP/MG; 2009.
- Marta IER. Efetividade do toque terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. Rev. Esc. Enferm USP, 44(4):1100-6, 2010.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE: PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Paloma Paiva Rego<sup>1</sup>, Fabíola Maria Sabino Meireles<sup>2</sup>, Cintia Maria Torres Rocha Silva<sup>3</sup>

*1 Fisioterapeuta. Mestrado Profissional - Ensino em Saúde (MEPES) no Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Fisioterapeuta. Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Fisioterapeuta. Doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Ceará (UFC)- Docente do Curso de Fisioterapia no Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

E-mail: palomarego1612@yahoo.com

Palavras-chave: Queda. Idosos. Prevenção de queda. Fisioterapia. Educação em saúde.

### INTRODUÇÃO

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam para o aumento do envelhecimento da população brasileira. No estado do Ceará, em 2015, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais era de 15-17,7% e para 2070 a expectativa é que a proporção da população idosa brasileira esteja acima de 35%, superior a dos países desenvolvidos (IBGE, 2016).

No entanto, sabe-se que o envelhecimento transforma o estilo de vida, diminui a capacidade adaptativa para as realizações das atividades nos níveis biológico, psicológico e social, e leva a fragilização da pessoa idosa (ALMEIDA et al., 2016). Desse modo, o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral e deve ser objeto de conhecimento e informação para todos (BRASIL, 1994).

Com o declínio fisiológico natural do processo de envelhecimento, muitos idosos tendem a sofrer alterações do equilíbrio que resultam muitas vezes em quedas, as quais podem ser definidas como uma incapacidade de correção, em tempo hábil, de deslocamento do corpo em movimento. As quedas em idosos podem ser consideradas problema de saúde pública, devido às sérias complicações e repercussões na saúde do idoso, como o aumento da morbidade e da mortalidade na terceira idade (CRUZ et al., 2012; VIEIRA, APRILE, PAULINO, 2015; FALSARELLA, GASPAROTTO, COIMBRA, 2014).

Os fatores de risco para queda em idosos podem ser classificados em extrínsecos e intrínsecos. Os fatores intrínsecos estão associados às alterações fisiológicas, fatores hemodinâmicos, uso de algumas medicações, doenças neurológicas, alterações da visão, entre outros. Já os extrínsecos estão relacionados ao ambiente e questões sociais, como por exemplo as escadas não adaptadas, pisos escorregadios e uso inadequado de tapetes (CUNHA, LOURENCO, 2014; CARVALHO, PALMA, 2012). Alguns fatores de risco, como alterações visuais, o uso de medicamentos psicotrópicos, fraqueza muscular, diminuição da mobilidade funcional e do equilíbrio, são potencialmente mais capazes de ocasionar quedas na terceira idade, levando a fraturas, internações, incapacidades funcionais, depressão e diminuição da qualidade de vida da pessoa idosa (PIMENTEL, SCHEICHER, 2009; CARVALHO, PALMA, 2012; CASTRO et al., 2015).

Nesse contexto, a educação em saúde é uma estratégia de promoção de saúde, com ênfase na conscientização coletiva e individual, que favorece a capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida (MACHADO et al., 2007). O profissional de saúde é um agente facilitador desse processo educacional, sendo capaz de eleger estratégias de promoção à saúde, devendo atuar conforme Política Nacional do Idoso, na promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças, manutenção e reabilitação da capacidade funcional (ACIOLE; BATISTA, 2013).

A educação em saúde deve visar a prevenção de quedas em idosos estimulando a comunidade à buscar melhores condições de vida e levar esclarecimento para um envelhecimento saudável, como a prática de exercícios (ALENCAR et al., 2017). Dessa forma, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência de ações educativas em saúde, realizadas por profissionais fisioterapeutas, acerca do tema prevenção de queda em idosos.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado por profissionais fisioterapeutas, na Unidade Básica de Saúde – Dr. Roberto da Silva Bruno, localizada na cidade de Fortaleza – CE. O tema trabalhado pelos fisioterapeutas versou sobre a prevenção de quedas em idosos. As atividades foram desenvolvidas durante o período de 03 a 24 de julho de 2017.



Inicialmente foi realizada uma busca ativa por evidências científicas que pudessem embasar as ações em saúde, que foram desenvolvidas com os idosos usuários da UBS. A busca foi realizada nas bases de dados LILACS, SCIELO e Google Acadêmico, utilizando-se dos descritores: queda, idosos, prevenção de queda, fisioterapia, educação em saúde.

Posteriormente, a temática da prevenção de quedas em idosos foi abordada de maneira didática, utilizando linguagem acessível para a população idosa. Foram realizadas roda de conversa com discussão informal e identificação dos fatores de risco, pelos idosos em seu cotidiano. Por meio de perguntas e respostas, em formato de *Quiz*, os idosos interagiram sobre os fatores de risco e prevenção de quedas.

Foram realizados três (3) encontros formados por grupos diferentes de idosos que estavam na sala de espera para consultas na UBS e usuários do setor de fisioterapia. A acolhida e a atividade com os participantes foram realizadas no setor de fisioterapia.

No primeiro dia de atividades, as fisioterapeutas responsáveis, realizaram palestra educativa, com duração média de 40 minutos. Os temas trabalhados foram sobre o processo fisiológico de envelhecimento, as alterações motoras, as alterações de equilíbrio e sensoriais, os fatores de risco para quedas e as formas de prevenção de quedas em idosos. Durante a realização da atividade utilizou-se cartazes confeccionados com cartolinas e figuras explicativas da postura do idoso e suas habilidades funcionais. Em seguida foi distribuído para cada participante, um cartão verde e um cartão vermelho, ambos funcionaram como indicativos de respostas para um *Quiz* educativo, sobre as temáticas abordadas. O teste com perguntas e respostas, foi de autoria das fisioterapeutas com base em pesquisa científica anteriormente realizada.

Os participantes foram orientados a levantar o cartão verde para as respostas 'positivas' e cartão vermelho para respostas 'negativas'.

O segundo dia de atividades, foi desenvolvido com um grupo diferente de idosos e através de uma roda de conversa, com duração média de 30 minutos, os participantes discutiram e esclareceram dúvidas sobre os fatores de risco e de prevenção para quedas. O grupo foi disposto em círculo, em sala reservada no setor de fisioterapia. A temática foi introduzida pelas fisioterapeutas e logo após, os participantes iniciaram o debate sobre os assuntos. De forma coloquial essa 'conversa' possibilitou o processo de aprendizagem.

No terceiro encontro, com público diferente dos encontros anteriores, foi apresentado um vídeo com duração de quinze minutos, sobre a prevenção de queda em idosos. Após a apresentação os participantes foram incentivados a participar de um fórum de discussão e debater sobre a temática. O fórum teve duração de vinte e cinco minutos com proposta de que eles pudessem expressar suas dúvidas, expor seus conhecimentos e vivências, trocar experiências com o grupo e vivenciar a participação de uma reflexão coletiva. As fisioterapeutas conduziram as reflexões e responderam aos questionamentos do grupo, observando que atividades de educação em saúde são instrumentos simples e que empoderam a população sobre o que fazer para o desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento das atividades de educação em saúde realizadas com a população idosa e de maneira informal, dinâmica e lúdica, favoreceu a participação do grupo, estimulou a troca de experiências pessoais externando conhecimentos prévios e ampliando a aquisição de novos conhecimentos. Deste modo, os participantes demonstraram interesse e integração durante as atividades.

Estudo realizado por uma ONG dedicada a terceira idade, na cidade de Natal, teve como objetivo além de obter o perfil dos idosos, detectar algumas de suas necessidades, considerando o processo fisiológico de envelhecimento. Os resultados destes estudos levaram os autores a criarem medidas de ações em saúde, com enfoque na prevenção e desenvolvimento de hábitos de vida saudável, concluindo que o trabalho em grupo, assim como foi o trabalho do estudo em questão, é uma ação facilitadora do processo de educação em saúde (MENESES et al., 2013).

Outro estudo realizado em 2006, na cidade de São Carlos, concluiu também que a roda de conversa é um meio de coletar informações, discutir temas e esclarecer ideias. Este estudo considerou que as rodas de conversas atuaram como meio efetivo para conduzir o processo de ensino-aprendizagem, e que dessa forma a conversa flui informalmente integrando os participantes (SILVA, BERNARDES, 2007). Esse resultado corrobora com os achados do presente relato de experiência, o qual conseguiu transmitir integração e socialização, além do conhecimento sobre a temática de quedas em idosos.

As atividades, deste relato de experiência, que envolveram perguntas e respostas tinham o intuito de obter informações acerca do conhecimento adquirido pelos participantes, o que foi atingido plenamente, pois a maioria dos idosos foi capaz de reconhecer os principais fatores de riscos e as diversas maneiras de prevenir quedas na

terceira idade. Pode-se dizer que os idosos foram além do conhecimento adquirido, foram também capazes de trocar experiências e promover a saúde psicossocial.

Neste contexto, a educação em saúde é uma atividade desenvolvida por profissionais da saúde capaz de promover ações preventivas, conscientizar a população e estimular a responsabilidade da comunidade, por sua saúde. Os profissionais de saúde devem sempre realizar processos educativos que contribuam para o desenvolvimento da sociedade, recordando que a atenção primária funciona como a base do sistema único de saúde, implementando a promoção da saúde (FEIJÃO; GALVÃO, 2016). Pesquisa realizada em Londrina também com o objetivo de abordagem sobre a temática quedas em idosos, concluiu que os participantes tinham o conhecimento parcial dos fatores de risco para queda e desconheciam outros fatores também importantes relacionados à temática. As principais fontes de informação desses idosos eram a experiência de vida e as orientações do profissional de saúde (SILVA et al 2014).

Durante este estudo foi apresentado um vídeo educativo que proporcionou um diferente estímulo da aprendizagem. Os participantes mostraram-se atentos, e interagiram durante o fórum de discussão, ficando a vontade para discutir sobre os principais pontos mostrados no vídeo. O grande ponto de discussão em relação ao vídeo foi como transformar o envelhecimento em um processo naturalmente feliz?

Desse modo, pode-se dizer que as ações realizadas na atenção primária, contribuem para transformar o pensamento e o saber, com repercussões na saúde e na qualidade de vida da comunidade, proporcionando conhecimento sobre os riscos e consequências de queda em idosos que foi a temática educacional desenvolvida pelas ações em saúde deste estudo.

## CONCLUSÃO

Conclui-se com a ação realizada que, as atividades educativas em grupo são capazes de facilitar e estimular o aprendizado em saúde e favorecerem as discussões, oportunizando a reflexão e a identificação dos fatores de risco para queda em idosos.

Foi possível perceber que os participantes tinham dúvidas em relação ao processo de envelhecimento, mas foram capazes de identificar a maioria dos fatores de risco que podem contribuir para queda e suas consequências.

Considera-se que as atividades de educação em saúde são importantes para a conscientização da população e que podem contribuir na perspectiva de promoção e prevenção em saúde, gerando conhecimentos e incentivando a troca de experiências, disseminando a informação e despertando a população para o papel de corresponsabilidade por sua saúde.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLE, Giovanni Gurgel; BATISTA, Lucia Helena. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p.10-19, mar. 2013.
- ALENCAR, Paulo Vinicio Neves et al. Fatores de risco associados às quedas em idosos e reflexões acerca de sua prevenção: um estudo de revisão. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, São Paulo, v. 6, n.1, jan. 2017.
- ALMEIDA, Leila Grazielle Dias et al. Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos na família e na comunidade. **Saúde. com**, v. 2, n. 1, jan-mar. 2016.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**, Brasília, 1ª edição, Reimpresso em maio de 2010 . 102p.
- CARVALHO, Núbia Paula Guimarães de; PALMA, Roger. Prevenção de quedas em idosos. **Fisioter. Bras**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 309-313, jul-ago. 2012.
- CASTRO, Paula Maria Machado Arantes et al. Testes de equilíbrio e mobilidade funcional na predição e prevenção de riscos de quedas em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 129-140, mar. 2015.
- Cruz, Daniele Teles et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 138-46, fev. 2012.
- CUNHA, Alfredo; LOURENÇO, Roberto. Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-29, abr-jun. 2014.
- FALSARELLA, Gláucia Regina; GASPAROTTO, Livia Pimenta Renó; COIMBRA, Arlete Maria Valente. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 897-910, dez. 2014.



FEIJÃO, Alexsandra Rodrigues; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 41-49, mai-ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2016. n. 36, 146 p.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335- 342, apr. 2007.

MENESES, Rejane Millions Viana et al. Ações educativas para terceira idade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 2, 2013.

PIMENTEL, Renata Martins; SCHEICHER, Marcos Eduardo. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 6-10, Mar. 2009.

SILVA, NATALIA SCHUH MARIANO et al. Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes de informação utilizadas por idosos de Londrina (PR). **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.141-151, jun. 2014.

SILVA, Petronilha Beatriz Gonsalves; BERNARDES, Nara Maria Guazzelli. Roda de conversas-Excelência acadêmica é a diversidade. **Educação**, Porto Alegre, v. 30, n. 61, jan-abr. 2007.

VIEIRA, Alexandre Arante Ubilla; APRILE, Maria Rita; PAULINO, Célia Aparecida. Exercício físico, envelhecimento e quedas em idosos: revisão narrativa. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 23-31, 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

À gestão da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) Roberto da Silva Bruno que dispôs espaço físico para realização da atividade de promoção a saúde.

Aos pacientes que disponibilizaram parte do seu tempo para adquirir novos conhecimentos, prevenção e controle de quedas em idosos.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## “EU ME SINTO DIFERENTE”: SIGNIFICADO ATRIBUÍDO A CONDIÇÃO CRÔNICA POR DOENÇA FALCIFORME.

Livia Lopes Custódio<sup>1</sup>, Ilse Maria Tigre Arruda leitão<sup>2</sup>, Ilvana Lima Verde Gomes<sup>3</sup>

*Mestrado Acadêmico em saúde coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*Docente do Programa de Pós-Graduação em saúde coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará-Brasil;*

*Docente do Programa de Pós-Graduação em saúde coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará-Brasil.*

E-mail: liviacustodio@yahoo.com.br

Palavras-chave: Doença Falciforme. Criança. Adolescente.

### INTRODUÇÃO

A doença falciforme (DF) ocorre devido à presença da baixa tensão de oxigênio que incide na polimerização da Hb S, culminando na transformação da clássica forma do eritrócito bicôncavo, modificando-a para forma alongada e rígida como uma foice (FELIX; SOUZA; RIBEIRO, 2010).

O formato de foice ocasiona irregularidade na superfície de contato da corrente sanguínea, causando redução ou obstrução do fluxo de sangue e, como consequências proporciona manifestações clínicas que apresentar-se-ão no decorrer da vida das pessoas acometida com essa enfermidade, por meio de fenômenos vaso-oclusivos e a hemólise crônica (FERNANDES et al., 2010). Tais manifestações acarretam um alto grau de sofrimento com alterações em diversos órgãos e sistemas (MORRIS, 2008), além de forma recorrente de dor e intensidade que aparecem de modo diferente em cada indivíduo.

Frente as complexidades de sintomas decorrentes da doença falciforme, faz-se necessário que as pessoas que padecem dessa moléstia, busquem atendimento imediato nos serviços de atenção à saúde, a fim de avaliar o quadro e prevenir complicações. No entanto, quando a dor fica muito forte, eles precisam se dirigir às unidades de urgências e emergências para tratamentos hospitalares que podem implicar em internações sucessivas e frequentes (BRASIL, 2015).

Esse período de adoecimento compromete e altera o cotidiano de vida das crianças e dos adolescentes com doença falciforme, configurando-se, segundo a Organização Mundial da Saúde (2012), como um quadro de condição crônica que requer gerenciamento e cuidados contínuos por um longo período de anos ou décadas.

As repercussões do adoecimento crônico e do tratamento na vida das crianças e dos adolescentes que tem a doença falciforme exigem cuidados constantes em relação à terapêutica em si e em relação a determinantes que possam agravar seu estado de saúde. A fim de prestar uma melhor assistência, é imprescindível que tanto a família como os profissionais da saúde conheçam a doença, as suas manifestações e implicações, além da necessidade de estar inseridos no processo do cuidado.

Desse modo, com o intuito de contribuir para uma melhor compreensão acerca do significado que esta doença crônica possui é que este estudo se propõe a compartilhar revelações que podem levar a reflexões tanto os profissionais de saúde, que precisam se atualizar, como também as famílias, visando a reelaboração dos cuidados para que possam melhor atender as necessidades singulares dessa população.

Dentro desse contexto, o objetivo do presente estudo foi compreender o significado de ter a doença falciforme a partir da perspectiva de um adolescente que vivencia uma condição crônica.

### METODOLOGIA

Este estudo foi recorte de uma dissertação, cujo título: “O desenhar da doença falciforme: o significado nas mãos e vozes de crianças e adolescentes”; apresentou natureza descritiva, com enfoque de análise qualitativa. Foi realizado em uma unidade terciária do Estado do Ceará, contando com a participação de uma crianças e dois adolescentes, que faziam acompanhamento ambulatorial, com diagnóstico de doença falciforme e, concordaram em participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2016, utilizou-se, observações, entrevista semi-estruturada gravada e a construções do desenho-estória de Trinca (2003), por considerar como o melhor material pelo qual se pode compreender a subjetividade das crianças, que envolve a sua vida, sua história, seu modo de ver e de pensar a realidade.

Os depoimentos com os adolescentes foram transcritos na íntegra, para posterior análise. Por ser uma entrevista realizada com um público infanto-juvenil, as questões foram adaptadas à compreensão e linguagem adequadas para a faixa etária em estudo, sendo solicitado e explorado para elas relatarem sobre: “O que você acha de ter doença falciforme?” “Para você, como é ter esta doença?”

A técnica do desenho estória foi aplicada em apenas um momento, de maneira livre, individual, em uma folha de papel ofício, cuja duração variou de criança para criança. Depois ela era convidada a falar, esclarecer e/ou explicar sobre o que havia produzido, atribuindo assim o seu significado.

A análise dos dados ocorreu baseada à luz dos pressupostos básicos da análise de conteúdo de Bardin (2011) e da análise de conteúdo para desenhos (COUTINHO, 2011). Tais métodos obedecem à leitura fluente dos discursos, exploração do material, identificação dos núcleos de sentido, categorização e tratamento dos resultados. Para a análise dos desenhos acrescenta-se a separação dos desenhos por semelhanças gráficas à etapa de categorização. Após decodificação e categorização dos dados e recorte para este estudo, emergiu uma grande categoria: “Ter doença falciforme significa...”

O estudo respeitou os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), sob o parecer de número 1.547.314.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao ser solicitado aos participantes da pesquisa que falassem ou desenhassem sobre suas vivências e suas percepções em relação a ter doença falciforme, foi verificado que cada um identificou o seu significado maior, evocando muitas vezes elementos importantes e essenciais por eles atribuídos. Dos dados coletados, surgiu uma grande categoria que foi recorte para este estudo:

### **Ter doença falciforme significa...**

Sobre os significados apreendidos de ter doença falciforme, o primeiro adolescente entrevistado falou: “[...] É chato ter essa doença, fica doendo minha perna e prejudica meu crescimento [...] Minha idade óssea é de sete a no máximo dez anos e eu tenho 14”. (A<sub>1</sub> - 15 anos)

Para o adolescente A<sub>1</sub>, o seu significado foi apresentado em forma de descontentamento em relação à doença falciforme além da sensação de se sentir diferente, referindo-se ao aspecto associado ao retardo de seu crescimento. Em sua fala, afirmou que a sua idade óssea não estava de acordo com sua idade cronológica, como um adolescente com idade e tamanho condizente com o período real, o que ocasionou uma alteração na sua autoimagem.

No estudo realizado por De Souza Freire *et al* (2015) foi visto, através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que os adolescentes entrevistados demonstraram ter algum conhecimento acerca dessa doença; a maioria (83,3%) relatou não se sentir diferente perante os colegas, enquanto que o restante (16,7%) afirmou ter sim a sensação de ser diferente, devido às limitações impostas pela doença e pelo crescimento físico deficiente.

Sabe-se que a deficiência óssea faz parte da evolução da doença falciforme, suas condições e manifestações representam complicações físicas, clínicas e psicológicas para as crianças e os adolescentes. Isso produz vários problemas e sofrimentos que prejudicam e afetam muitos aspectos em suas vidas, tais como: ajustamento com a autoimagem, o autoconceito e a autoestima, além do retardo sexual, aparência, maturação física (MARQUES; CAVALCANTI; RUZZI-PEREIRA, 2015) e alterações no crescimento, seguido de atraso puberal (GOMES, 2017).

Essas produções de problemas e sofrimentos ocasionadas por essa enfermidade foram manifestadas de uma maneira por uma criança de nove anos. Ela se caricaturou e escreveu algumas palavras nos balões em forma de desabafo, conforme se vê abaixo.

## Desenho 1 – Sentimentos



Fonte: Criança de 9 anos. (C<sub>1</sub>)

Observa-se que C<sub>1</sub> escreveu sobre os afetamentos que mais marcaram a sua vida, como o que diz do lado esquerdo: “eu ne sito diferente” (eu me sinto diferente); em cima da cabeça tem “eu acho que só faço atrapanhar os outros” (eu acho que só faço atrapalhar os outros); por fim, do lado direito: “eu ne sito istresada” (eu me sinto estressada).

Ao ser perguntado se ela queria acrescentar mais alguma informação ou explicar o porquê dela ter escrito essas frases, ela simplesmente não deu uma palavra, não verbalizou nada, apenas olhou e baixou a cabeça. Claro que o seu direito de permanecer calado foi respeitado, seguindo as regras do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), e entendido que a sua produção expressou uma gama de seus sentimentos que por ela mesma foi escrito.

Sentimentos e desafetos ocasionados pela enfermidade são evidentes nas expressões de cada balão, aparecem como demonstração do significado latente da participante, ratificando, assim, aspectos de tristeza, estresse, sensação de se sentir diferente e de estar atrapalhando a vida de outras pessoas. Talvez seja essa a preocupação da criança em se sentir diferente, por ser doente, por precisa desse cuidado constante, com idas ao hospital, consultas mensais, e por conta disso achar que só faz atrapalhar os outros.

A tentativa de compreender os sentimentos vivenciados pelas crianças com câncer, foi que Silva *et al* (2012) realizou uma pesquisa e encontrou, durante sessões de Brinquedo Terapêutico, que as manifestações de sinais e sintomas da doença vivenciados pelas crianças levaram-nas a um estado de debilidade física e emocional, com a demonstração de tristeza e isso acarretou limitação na execução em suas atividades habituais.

No caso da doença falciforme, autores afirmam que as manifestações de sinais e clínicas impõem diversas modificações na vida dos que por ela são acometidos, o que acaba por proporcionar uma série de desafetos como sofrimentos, inúmeras adaptações, dificuldades e obstáculos na sua vida social e familiar, estresse, baixa autoestima, problemas de comportamento, entre outros (MENDES, SANT’ANNA E MARCH, 2013).

Dificuldades e inúmeras adaptações foram encontradas na fala de um adolescente que disse:

Essa doença é muito chata, moro no interior e tenho que dormir no hospital pra vir pro Sabin (para a consulta), perco muitas aulas. De madrugada o carro sai pra Fortaleza. Vou dormir no hospital porquê e mais seguro, saímos de lá umas 3hs [...] Isso atrapalha a minha vida e a da minha vó, que vem sempre comigo (A<sub>2</sub> - 14 anos).

A<sub>2</sub> mora no interior e para receber acompanhamento médico, o mesmo precisa se deslocar para Fortaleza, pois lá é o local aonde é oferecido o tratamento clínico para esse tipo de doença. Para isso, percebe-se que esse adolescente precisa pegar carona com o carro da prefeitura que sai do hospital, de madrugada, levando as pessoas doentes para a capital. No caso do participante, o mesmo prefere “dormir” na unidade de saúde para evitar problemas em relação ao perigo ou à violência que já está instaurada na cidade. Fora essas complicações, o adolescente relatou ainda que precisa contar obrigatoriamente com uma pessoa responsável para fazer o acompanhamento com ele, que no caso é a sua avó; além de precisar perder aula.

Tais dificuldades ocorrem pela necessidade de passar por várias adaptações, reorganizar a sua vida e da sua família em prol da sua saúde, situação vai ao encontro com o que foi visto por Silva *et al* (2010), que, mostrou que a maioria das famílias entrevistadas em seu estudo não residiam na cidade onde as crianças faziam o tratamento ou aonde ficavam internadas, quando era necessário. Foi demonstrado que, essas famílias para ter acesso ao tratamento nos serviços de saúde tiveram que enfrentar dificuldades relacionadas ao transporte, havendo

necessidade de reorganizar suas vidas, alterando seus cotidianos para atenderem as demandas de saúde da sua criança.

Ainda sobre a ideia dos autores supracitados, é percebido que eles reforçam que o tratamento de uma doença crônica interfere no funcionamento e na rotina da vida tanto da criança como também na de sua família, pois requer acompanhamento contínuo, disponibilidade de tempo, dedicação, reorganização de tarefas e todo o empenho dispensado a um de seus membros a partir dessa nova circunstância. Sendo assim, eles recomendam que os serviços de saúde precisam dispor de uma dinâmica específica, com estratégias capazes de reequilibrar situações do cotidiano da família demandando adaptações individuais em torno da criança e/ou adolescente e de seus familiares.

## CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa possibilitaram verificar o impacto negativo em relação à doença falciforme. Os participantes conseguiram dar significados bastante expressivos em relação ao seu entendimento e a sua vivência em torno da enfermidade, além de identificar sobre seus conhecimentos tanto acerca da doença como também das repercussões que ela traz para cada um, de maneira particular e única, como a sensação de se sentir diferente.

Constatou-se também que aderir ao tratamento em relação a DF, várias dificuldades são enfrentadas por eles, o que exigem adaptações, reorganização da vida e da rotina tanto da criança ou do adolescente como também a de sua família. Em prol da saúde encara-se transporte, perdas de aulas, cuidados permanentes e continuados, a necessidade de um responsável ou um cuidador para acompanhar, além da disponibilidade de tempo.

Conclui-se que, é importante conhecer a extensão e a natureza dessa enfermidade para assim, poder nortear uma conduta adequada, com a construção de estratégias que possam subsidiar a assistência prestada a essa população infanto-juvenil, permitindo que eles atinjam uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

COUTINHO, M. P. L. Saraiva ERA, organizadoras. **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária; 2011.

DE SOUZA FREIRE, Márcia Helena et al. O impacto da anemia falciforme na vida de adolescente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015.

FELIX, A. A.; SOUZA, H. M.; RIBEIRO, S. B. F. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 203-208, 2010.

FERNANDES, A. P. P. C. et al. Mortalidade de crianças com doença falciforme: um estudo de base populacional. **Jornal pediátrico**. v. 86, n. 4, p. 279-284, 2010.

GOMES, I. C. P. et al. Growth and puberty in a prospective cohort of patients with sickle-cell anaemia: an assessment over ten years abstract. **Journal of Human Growth and Development**, v. 27, n. 1, p. 91-98, 2017.

MARQUES, L. N.; CAVALCANTI, A.; RUZZI-PEREIRA, A. O viver com a doença falciforme: percepção de adolescentes. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 1, p. 109-117, 2015.

MENDES, M. A., SANT'ANNA, C. C. & MARCH, M. F. B. O estresse em crianças e adolescentes com asma. **Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 80-86, 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412822013000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822013000100012&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 14 jan. 2016.

MORRIS, C. R. Mechanism of vasculopathy in sickle cell disease and thalassemia. Hematology. The Education Program of the American Society of Hematology American Society of Hematology Education Program. **Hematology**. Jan; n. 1, p. 177-85, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo na consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

SILVA, M. de A. S. et al. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. **Acta Paulista Enfermagem**. v. 23, n. 3, p. 359-65, 2010.

SILVA, R. K. P. *et al.* Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. **Revista Rene**. v. 13, n.3, p. 686-92, 2012.

TRINCA T. W. **Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática**. 3ª ed. São Paulo (SP): EPU; 2003.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos o hospital de referência pediátrica no Ceará, que facilitou para a realização da pesquisa e; principalmente as pessoas que participaram da pesquisa..

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE SOBRE ACOLHIMENTO

**Maria Regilânia Lopes Moreira<sup>1</sup>, Ingrid Grangeiro Bringel Silva<sup>2</sup>, Raimunda das Candeias<sup>3</sup>, Cristina Kelly de Souza Rodrigues<sup>4</sup>, Álissan Karine Lima Martins<sup>5</sup>.**

*1 Enfermeira, mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará Brasil.*

*2 Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará Brasil*

*3 Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação da Rede Nordeste de Biotecnologia - RENORBIO- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.*

*4 Professora adjunto do curso de graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará, Brasil.*

*Email: mregilania\_enf@hotmail.com*

*Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Profissionais de Saúde. Acolhimento.*

### INTRODUÇÃO

O acolhimento, tido como tecnologia leve em construção, é uma ferramenta de cuidado que tem cooperado para amplificação do acesso aos serviços da Atenção Primária e demais níveis do sistema de saúde. Ele organiza o processo de cuidado, ao mesmo tempo em que melhora a oferta dos atendimentos conforme a demanda dos usuários. A efetividade desta tecnologia depende da habilidade do profissional da saúde em coordenar e qualificar a relação profissional-usuário a partir da integralidade do cuidado (FARIA, 2014).

Importante destacar que, a Estratégia Saúde da Família (ESF) precisa contar com uma equipe multiprofissional conhecedora da realidade da população que se trabalha, serem compromissados com a qualidade do serviço e com as normas técnicas, sociais e humanas. Isto consiste em um desafio constante a ser enfrentado na busca de uma assistência mais efetiva. Torna-se necessário profissionais formados e educados no processo saúde-doença-cuidado, dispostos a responder as complexidades desse processo pelos saberes adquiridos, para que se atinja com êxito o modelo sanitário proposto (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

A prática do acolhimento na ESF vem sendo nacionalmente estimulada pela sua evidente capacidade de ampliação do acesso do usuário ao serviço, melhora no processo de trabalho nestes estabelecimentos de saúde e possibilidade de gerar vínculos entre profissional e usuário. A compreensão da importância destes aspectos, em especial a criação dos vínculos, corrobora na efetivação da integralidade, pois possibilita maior autonomia dos usuários com sua saúde, além de garantir o direito de fala, escolha e opinião. Tudo isso facilita o melhor conhecimento do usuário e contribui na manutenção de sua saúde e redução de danos (GARUZI et al., 2014).

Vale ressaltar que, se compreendido de forma inadequada, o acolhimento pode ter um caráter excludente. Isto pode ocorrer quando este é percebido e caracterizado como um instrumento limitado apenas a uma triagem administrativa, encaminhamento, ou ainda recepção burocrática, sem avaliação de risco, agravo ou nível de sofrimento. Quando isso ocorre, a função da ESF é desviada, tornando-se um espaço descaracterizado e inadequado para a prática da integralidade, prevenção e controle do adoecimento (SANTOS, I; SANTOS, A, 2011; BAIÃO et al., 2014).

Dessa forma, o acolher deve ser compreendido no estabelecimento de saúde como ferramenta essencial e necessária na prestação da assistência. Tal compreensão exige que os profissionais desenvolvam ações baseadas nesse propósito, originando resultados positivos. Isto vem a facilitar o cuidado, gerar vínculos profissional/profissional e profissional/usuário, modificar o cenário e preparar os trabalhadores para serem sujeitos mais humanos.

Assim, objetivou-se conhecer o entendimento de profissionais de saúde acerca do acolhimento.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida com profissionais de saúde de 12 unidades da Estratégia Saúde da Família, localizadas no município de Iguatu- CE, durante os meses de fevereiro e abril de 2017. Para coleta de dados utilizou-se instrumento do tipo entrevista semiestruturada. O instrumento contemplava dados de identificação, formação profissional, nacionalidade e tempo de trabalho na unidade. Além disso, apresentava a seguinte indagação: Os discursos emergidos das entrevistas foram gravadas

por meio de dispositivo celular e posteriormente foram transcritos na íntegra e apresentados em categorias segundo Minayo. Foram entrevistados 49 profissionais das 12 ESF previamente selecionadas por sorteio aleatório simples.

Foram excluídas aquelas que, após três visitas consecutivas à unidade, tornou-se impossível a realização da entrevista com pelo menos três dos profissionais integrante das equipes, em virtude de indisponibilidade de tempo ou afastados do trabalho por motivo de férias, licença, doença ou outras ausências durante o período de realização da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, mediante parecer nº 1.836.797, e os participantes da pesquisa, após serem esclarecidos sobre o processo investigativo e seus objetivos, aceitaram voluntariamente dela participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 49 profissionais entrevistados seis eram médicos, oito enfermeiros, dez técnicos em Enfermagem, nove cirurgiões-dentistas, seis auxiliar/ técnicos em saúde bucal e dez ACS. Três das unidades de saúde visitadas funcionavam com mais de uma equipe e, em duas destas, o médico, cirurgião- dentista e técnico em saúde bucal correspondiam à mesma equipe. Quase metade da amostra entrevistada correspondia a técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Já os profissionais da classe médica e os auxiliares ou técnicos em Saúde Bucal se mostraram em menor quantidade, fato relacionado a recusas e/ou indisponibilidade de tempo em participar da pesquisa. Os enfermeiros e os cirurgiões-dentistas se mostraram equiparados em quantidade. Houve predominância da população feminina.

Quatro médicos apresentaram nacionalidade estrangeira, mais especificamente cubana. As idades variam ente 20 e 65 anos, com contingentes entre 20 e 30 anos, 31 e 50 anos e, 51 e 65 anos, com predominância entre 31 e 50 anos.

Quando questionados sobre o que entendiam sobre acolhimento, as opiniões foram diversas entre os profissionais entrevistados. Alguns demonstraram visão mais ampliada e até empática. Outros, porém, evidenciaram concepção ainda limitada apenas à recepção do usuário. Entretanto, agregando as diversas opiniões sobre o tema, pôde-se observar familiaridade com o termo.

Na literatura, nota-se que não existe um consenso quanto aos sentidos sobre o acolhimento, que vão desde a recepção do usuário até a atenção resolutiva de seus problemas. Porém, mesmo diante de variados conceitos e definições, todos confluem para descrições que abordam o acolhimento como uma diretriz do processo de trabalho direcionada ao usuário, que organiza os serviços de saúde, visando a garantia dos princípios do SUS e o atendimento mais humanizado (BAIÃO et al., 2014).

Observou-se pelas falas que os profissionais que compõem a equipe de Enfermagem e/ou estão sob a supervisão de um enfermeiro não compreendem o termo na sua totalidade de significados, quando comparados às dimensões de acolhimento trazidas pelo Ministério da Saúde, como sendo prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde (BRASIL, 2010). Eles compreendem o acolhimento como modo de receber bem o usuário na unidade, direcionando-o ou referenciando-o. Percebe-se ainda nas falas o propósito de um acordo em comum para a resolução do problema de saúde apresentado pelo usuário.

Brasil (2013), explica que o mais importante não é encontrar uma definição que seja correta ou verdadeira sobre o acolhimento, mas sim uma compreensão e explicitação da noção do acolhimento utilizada situacionalmente por pessoas concretas, levando em consideração as perspectivas e intencionalidades.

Essa concepção de acolhimento entre estes profissionais da equipe de enfermagem, não foi pensamento compartilhado apenas por tais, essa compreensão foi observada nas falas, quase que unânime, dos demais de todas as equipes como mostra algumas das falas acima. Todavia, apesar da maioria dividir mesma concepção, ainda existem aqueles que valorizam a dimensão subjetiva do outro, o compreendendo em sua singularidade e como parte de um contexto cultural e socioeconômico, permitindo se ver mais que um simples problema de saúde.

Sabe-se que, no cotidiano das Estratégias de Saúde da Família, várias atividades são adaptadas às condições da unidade e, por isso, podem confundidas e chamadas de acolhimento. Assim acontece com as ações realizadas na recepção para ouvir e conversar com usuários e/ou resolver os seus problemas. Isso corrobora com a necessidade da educação permanente em saúde sobre a PNH, como conteúdo indispensável na formação profissional, desde a graduação, pós-graduação e extensão em saúde. (LIMA et al., 2014; BRASIL, 2006).

Assim, devem-se considerar e analisar tais situações, visto que o acolhimento é uma das principais diretrizes da PNH a ser trabalhada na unidade de saúde e a primeira ação a ser desenvolvida por toda a equipe. Todos os profissionais que trabalham na APS precisam desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes para este tipo de atendimento. Daí a importância da capacitação das equipes através de rotineiras estratégias educativas (BRASIL, 2006; COELHO; JORGE, 2009; TORRES; LELIS, 2010).



## CONCLUSÃO

Com a realização do presente estudo considera-se que a concepção de acolhimento predominante ainda é fragmentada, corroborando para o distanciamento da atenção integral à saúde. Possivelmente esta lacuna esteja relacionada à definição ainda falha e equivocada sobre o acolhimento, como evidenciado em muitos discursos.

Notou-se, assim, uma pluralidade de saberes e conceitos sobre o acolhimento, assimilado pelos profissionais como: atendimento, escuta, ajuda, triagem, acesso, solução de problemas e encaminhamentos. Trata-se de conceituações diretamente associadas ao método de trabalho e à organização dos serviços de saúde. Para ultrapassar essa fragmentação dos saberes, torna-se necessário que a Política Nacional de Humanização e a sua diretriz referente ao acolhimento sejam temas de debates em reuniões nas ESF e foco para a educação permanente em saúde.

Evidenciou-se, ainda, que a concepção validada de que o acolhimento é função específica dos atendentes de consultório e/ou recepcionistas, devendo esta prática ocorrer somente nos limites internos da unidade de saúde. Identificou-se, assim, a grande fragilidade existente nas ações cotidianas dos profissionais, distanciando-os cada vez mais de conduta acolhedora. Ressalta-se, portanto, que o trabalho deve ser pautado na construção e fortalecimento do vínculo com os usuários, na confiança e no respeito, elementos essenciais à garantia de uma assistência mais humanizada e com elevado nível qualidade.

## REFERÊNCIAS

- BAIÃO, B. S *et al.* Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. **Revista APS**, v. 17, n. 3, p. 291-302, jul-set, 2014. Disponível em < <https://aps.uff.emnuvens.com.br/aps/article/view/1870/820> Acessado em 20/10/2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4.<sup>a</sup> edição. Brasília – DF, 2010a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização - PNH. 1<sup>a</sup> edição. Brasília- DF, 2013a. Disponível em < [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf) >
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006b. Brasília(DF): Ministério da Saúde [atualizada em 2006]. Disponível
- Em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto\\_de\\_Gestao/portarias/GM-648.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html)>.
- COELHO, M. O; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc Saúde Coletiva**, vol. 14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009
- FARIA, R. S. R. Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha – MG [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2014.128f.
- GARUZI, M *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, [S.] v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.
- LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L.; DIAS, G. V. S.; BRUSCATTO, R. Burocracia e políticas públicas: a implementação da política nacional de humanização dos serviços de saúde em Porto Alegre/RS. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 4, p. 493-515, 2014.
- PEREIRA, R. C. A; RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface** (Botucatu), v.17, n.45, p.327-340, abr./jun. 2013.
- SANTOS, I. M. V; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de salud pública**, Bogotá, v. 13, n.4, Aug, 2011.
- TORRES, H. C, LELIS, R. B. Oficina de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. **Cienc. enferm.** v.16 n.2 Concepción ago. 2010.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimento aos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Iguatu-CE.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

**Sarah Dayanne de Lima Santos<sup>1</sup>, Fernanda Rocha Honório de Abreu<sup>2</sup>, Cybely Teixeira Vidal<sup>3</sup>, Ana Carolina Bezerra<sup>4</sup>, Aline Rodrigues Feitosa<sup>5</sup>**

*1 Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: sarinha.ls@hotmail.com*

*Palavras-chave: Sistema Cardiovascular. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem de Reabilitação.*

### INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de óbitos em todo o planeta. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 17,5 milhões de pessoas morrem todos os anos vítimas de doenças cardiovasculares, como ataques cardíacos e derrames com imensa probabilidade de óbito. Grande parte dessas vítimas tinha comportamentos considerados não saudáveis, como o tabagismo, o consumo de alimentos com excesso de sal e a prática de atividade física não adequada. A doença cardíaca coronária é a primeira causa de invalidez prematura e permanente entre adultos e trabalhadores.

Para a Organização Mundial da Saúde, um programa de Reabilitação Cardiovascular tem por objetivo promover um conjunto de ações que melhorem não somente os aspectos físicos, mas que concomitantemente garantam uma satisfatória reintegração do indivíduo na sua rotina familiar, social e profissional (OMS, 2012). Para Almeida e Rocha (1997), a enfermeira (o) é responsável pelo “[...] conjunto das ações assistenciais que competem à enfermagem e o enfermeiro em saúde coletiva é o profissional que visa à saúde coletiva, subordinando-se as necessidades sociais dos indivíduos”.

Neste estudo, o enfoque da pesquisa como acima exposto, trata da assistência da enfermagem na reabilitação cardiovascular, tendo em vista que numa era em que as doenças cardiovasculares são um flagelo para a sociedade, a intervenção dos profissionais de saúde a todos os níveis de prevenção é cada vez mais imperiosa. Para Crawford (2002), embora a esperança de vida da população tenha aumentado, fruto da melhoria de condições de vida das comunidades e da qualidade dos cuidados de saúde prestados, os hábitos de vida são menos saudáveis e como consequência constata-se um aumento considerável da prevalência das doenças cardiovasculares.

Para a Organização Mundial da Saúde, um programa de Reabilitação Cardiovascular tem por objetivo promover um conjunto de ações que melhorem não somente os aspectos físicos, mas que concomitantemente garantam uma satisfatória reintegração do indivíduo na sua rotina familiar, social e profissional (OMS, 2012). Os distúrbios cardiovasculares representam um conjunto de doenças e condições que envolvem o coração (cárdio) e vasos sanguíneos (vascular). Nesse contexto, a Enfermagem no âmbito de sua atuação contempla o atendimento em reabilitação da população com um programa de cuidados de saúde visando sua total e plena recuperação.

Desse modo, a Enfermagem vem buscando de forma permanente e constante maior e melhor aprimoramento e evolução, procurando melhorar sua atuação para proporcionar um cuidar melhor aos usuários. Nesse sentido, cabe a esse profissional especialista um papel igualmente importante. Responsável por um ambulatório que oferece todo um trabalho de suporte e com a diminuição do tempo de hospitalização, o planejamento de um programa de acompanhamento dos pacientes tornou-se essencial. A enfermeira (o), além de estabelecer vínculo com o paciente, realiza educação em saúde, orientando para melhoria das condições de vida e hábitos saudáveis, prestando, assim, um atendimento humanizado.

A enfermagem de reabilitação baseia-se em consistentes fundamentos teóricos e científicos, aplicados aos utentes para cuidar, numa perspectiva de saúde e ir ao encontro do outro para acompanhar na promoção da saúde, recorrendo-se a determinados meios, como seja a reeducação funcional, a reinserção social e a reintegração escolar ou profissional (PINHEIRO, 2012).

De acordo com Cruz (2012), a reabilitação cardíaca é um processo contínuo, pelo qual a pessoa com doença cardíaca recupera e mantém um ótimo nível fisiológico, psicológico, social, vocacional e emocional, responsabilizando-se pelo retorno a uma vida normal, ativa e produtiva, sendo parte integrante no processo de recuperação após um episódio de doença cardíaca. A sua eficácia depende de uma intervenção interdisciplinar, operada por técnicos especializados com vista ao apoio e orientação da qualidade de vida.

## METODOLOGIA

Trata-se uma pesquisa bibliográfica que segundo Gil (1991) a pesquisa bibliográfica é aquela “[...] desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Esta revisão bibliográfica sobre a assistência de enfermagem na reabilitação cardiovascular foi dividida em duas etapas: a primeira etapa consistiu na procura dos descritores no site Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>). Depois foram estabelecidos dois critérios para refinar os resultados: a abrangência temporal dos estudos definida entre os anos de 1998 e 2012, o idioma, textos em português e inglês. Foram excluídos os artigos fora da abrangência temporal e os artigos em outros idiomas. Essa busca foi feita no SCIELO.

Os descritores utilizados no SCIELO foram: Reabilitação Cardiovascular; Doenças cardiovasculares; Doença cardíaca coronariana.

A busca foi feita por meio das palavras encontradas nos títulos e nos resumos dos artigos. Todas as buscas (SCIELO /Literatura) foram realizadas no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012. A seleção de artigos foi feita em conformidade com o assunto proposto, sendo descartados os estudos que, apesar de constarem no resultado da busca, não apresentaram metodologia para assistência de enfermagem na reabilitação cardiovascular.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base em dados estatísticos investigados, verificou-se que o número de internamentos de doentes com patologia cardíaca, vem crescendo a cada ano. A gravidade dos sintomas do paciente, o ambiente de prática da enfermeira e a finalidade do histórico são segundo Smeltzer e Bare (2005), fatores que precisam ser considerados quando determinam a frequência e a extensão da avaliação de enfermagem necessária.

A avaliação do paciente cardíaco agudamente doente será diferente daquela de um paciente com condições cardíacas estáveis ou crônicas. Por exemplo, a avaliação realizada por uma enfermeira da Emergência que cuida de um paciente que está tendo um infarto agudo do miocárdio (IAM) deve ser muito dirigida e empreendida com rapidez. A enfermeira deve avaliar o paciente quanto às complicações associadas ao IAM, triá-lo para as contra-indicações para as estratégias de reperfusão da artéria coronária, incluindo a terapia trombolítica e a angioplastia.

Do ponto de vista de Cruz (2012), a reabilitação cardíaca é um processo contínuo, pelo qual “a pessoa com doença cardíaca recupera e mantém um ótimo nível de estabilidade fisiológico, psicológico e emocional, responsabilizando-se pelo retorno a uma vida normal, ativa e produtiva”.

De acordo com Souza-Rabbo (2010), em complementação com a atuação do enfermeiro e outros profissionais no papel de uma equipe multidisciplinar tem-se constatado que o avanço terapêutico e tecnológico em cardiologia, tem possibilitado uma maior sobrevida de pessoas acometidas por cardiopatias. A reabilitação é um processo dinâmico, contínuo, progressivo e principalmente educativo visando a restauração funcional. Acredita-se que a consulta de enfermagem venha a contribuir significativamente tanto para a avaliação e diagnóstico quanto para o processo de reabilitação do paciente.

Neste sentido, um ponto de destaque da atuação do profissional de enfermagem, em função de sua rotina profissional, é a capacidade de diagnosticar necessidades bio-psico-sociais de seus pacientes. Sendo assim, o assistir do enfermeiro reabilitador em cardiologia está voltado a implementar intervenções que promovam o desenvolvimento de habilidades, melhora funcional, reintegração social e familiar e maior autonomia como bem coloca Vila e Rossi, (2008). Em função de sua formação profissional o enfermeiro pode desenvolver atividades que envolvem desde a esfera gerencial, passando pela coordenação de programas educativos e de implementação de assistência, assim como atuar como agente educador de cuidados à saúde comunitária.

Deste modo, de acordo com as concepções de Nettina (2003) e Rabelo et al. (2007) o papel de educador do profissional de enfermagem projeta sua prática para além da mera função curativa, representando deste modo um papel fundamental nos processos de prevenção e reabilitação. Levando-se em consideração a ocorrência de doenças que, apesar de sua cura, promovem inúmeras incapacidades aos indivíduos, o processo de reabilitação deve contemplar múltiplas dimensões e abordar o ser humano em constante interação com a sociedade e seu meio ambiente.

A atuação do enfermeiro na reabilitação é norteada por uma assistência holística ao paciente, buscando melhores condições de vida, de integração social e independência para realizar suas atividades diárias. Além disso, a reabilitação do paciente cardíaco é um desafio tanto para ele e seus familiares como para o profissional enfermeiro, pois fazem um esforço conjunto para melhorar as funções perdidas ou diminuídas e, assim, preservar a capacidade de autocuidado de cada indivíduo.

Discorre Faro (2006), que o profissional enfermeiro estabelece um plano de cuidados a curto, médio e longo prazo, que deve ser condizente com as necessidades, expectativas e possibilidades clínicas e sociais dos pacientes, favorecendo sua participação no cuidado.

Nesse mesmo sentido, para o referido autor, outro aspecto importante a ser considerado pelo enfermeiro é a avaliação do suporte social do paciente com doença cardiovascular, pois este tem sido um fator facilitador para o enfrentamento da doença e recuperação dos mesmos. Além disso, poderá servir como subsídio para que o enfermeiro possa planejar melhor o preparo da alta visando uma melhor reabilitação desse paciente.

A especialização do profissional enfermeiro em áreas específicas, como a da insuficiência cardíaca, tem propiciado ao mesmo um cuidado personalizado e diferenciado principalmente no atendimento domiciliar. Neste tipo de atividade destaca-se a sua função de facilitador na comunicação entre o paciente e os demais profissionais participantes da equipe multidisciplinar (DAVIDSON et al., 2005).

Do ponto de vista de Micaelo et al (2011) a atuação da enfermagem na área da reabilitação cardíaca apresenta várias fases, ordenadas e sequenciais:

- a) avaliação inicial do risco;
- b) deambulação e atividade física precoce, respeitando os princípios de conservação da energia à medida que os exercícios de mobilidade articular evoluem de passivos para ativos;
- c) educação do utente/familiar que inclui habilitá-los com informação e conhecimento específico da doença, orientar e instruir sobre os níveis de atividade, exercícios específicos, medicamentos, tipo de alimentação e ainda, informação preparatória sobre o retorno ao trabalho, a reeducação do stress, a atividade sexual e as modificações do estilo de vida.

Para Carneiro *et al* (2007), nesse contexto do estudo o enfermeiro deve “[...] demonstrar interesse e empatia no momento da orientação, fundamental estimular a participação da família de algum modo na assistência ao paciente, ou apenas permanecer ao seu lado”.

Uma avaliação básica é necessária antes do programa de reabilitação ser iniciado. Esta avaliação inclui dados sócio-demográficos, dados do evento cardíaco, sinais e sintomas atuais, atividades ocupacionais e recreacionais e nível funcional atual ressalta Pryor et al (2002). Os benefícios potenciais do exercício incluem os seguintes: Melhoria da capacidade aeróbica do exercício; aumento da força muscular; redução da isquemia miocárdica, aumento potencial da perfusão miocárdica; redução da taxa de mortalidade e mobilidade; redução dos fatores de risco coronários; potencial redução progressiva ou regressão da aterosclerose coronária; redução potencial de arritmias ventriculares; redução da resposta do sistema nervoso simpático ao estresse mental e físico; redução da ansiedade e depressão emocional após o evento cardíaco.

Nesse processo, o papel do enfermeiro na atuação em reabilitação, pela sua formação, na área da reabilitação cardíaca (RC) é de extrema importância no sentido de conseguir o maior nível de autonomia possível para o indivíduo com incapacidade.

Para Figueiredo et al, (2009), esta atuação consiste em educação do doente e família; estímulo ao auto cuidado; avaliar sinais e sintomas das doenças crônicas; suporte emocional; promover retorno às atividades habituais; interface entre doente e equipe; prescrição de exercícios e supervisão dos mesmos; supervisão das sessões de reabilitação; assistência nas situações de emergência cardíaca; visita domiciliar.

Na visão de Spesia (2011), para que um programa de reabilitação cardíaca tenha o sucesso pretendido é necessário que a interação doente/equipa multidisciplinar seja construída na base da confiança e do respeito, de forma a manter o doente o mais motivado possível no cumprimento do programa. É nesta relação/interação que o enfermeiro tem um papel preponderante na reabilitação do doente cardíaco.

Considerando os resultados apresentados, faz-se ainda importante acrescentar que segundo Hu et al. (2005), na Finlândia, um estudo mostrou a associação de atividade física e FRDCV e mortalidade por DCV, em indivíduos com DM 2 durante 18,7 anos. Os resultados identificaram que um nível de atividade física moderada ou alta está associado a um menor risco para mortalidade por DCV, em indivíduos com DM, independente da idade, da educação, de níveis mais elevados de IMC, pressão arterial, colesterol total e tabagismo.

## CONCLUSÃO

Considerando as informações assimiladas, expectativas e benefícios da assistência da enfermagem em reabilitação cardiovascular, há evidências de uma gama de discursos que revelam de grande importância no sentido de promoção do auto-cuidado deve permear toda a assistência de enfermagem no processo de reabilitação da doença coronariana, com a finalidade de estender e melhorar a qualidade de vida do cliente. Para tanto, o envolvimento ativo da família nos cuidados domiciliares junto ao cliente pode ajudá-lo a aderir eficazmente ao regime terapêutico implantado (dieta, atividades e medicação).

Como conclusão desse estudo, pode-se observar que sistematicamente a literatura destaca que um desfecho satisfatório (considerado não somente como uma reabilitação biológica, mas também a integração satisfatória do indivíduo cardiopata na sua rotina familiar, social e profissional) de um programa de reabilitação cardiovascular, necessita-se, portanto ressaltar a importância de uma abordagem multidisciplinar, onde a avaliação, o diagnóstico,

a definição da melhor estratégia de atuação como também o acompanhamento da evolução do tratamento, devam contemplar as diferentes experiências e possíveis ferramentas disponibilizadas por estes agentes de saúde.

Destaca-se ainda a comprovada economia em termos de gastos públicos, quando da implantação de programas de reabilitação com estas características. Portanto, para esse atendimento, os enfermeiros de reabilitação e de cuidados intensivos devem possuir competência e conhecimento que facilite o papel de educador na relação empática com o doente. Os enfermeiros são os elementos da equipe multidisciplinar que mais tempo permanece ao lado do doente, tendo a capacidade de assisti-lo como um todo.

A atuação do enfermeiro na Reabilitação Cardiovascular ao doente coronário é de grande importância no sentido de observar, identificar e interpretar os sintomas, assim como orientar os doentes no que diz respeito às medidas para retardar a progressão da doença, bem como manter o doente motivado e colaborativo com o seu tratamento, cumprindo assim uma das metas da enfermagem, propostas por Florence Nightingale: a de colocar o doente na melhor condição para que a natureza possa agir sobre ele de maneira benéfica.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C.; ROCHA, S. M. M. (Orgs). O trabalho de enfermagem. São Paulo. Cortez, 1997.
- COREN-CE, Conselho Regional de Enfermagem. Legislação de enfermagem, Fortaleza: CE, 2004.
- CRUZ, Armênio Guardado. (et al). Manual sinais vitais. Técnicas de reabilitação II. 1. ed. Coimbra: Formasau, 1997. p. 137. Disponível em: <<http://www.fisiocardia.com/site/index2.php>>. Acesso 20.04.2012.
- CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. Semiologia: bases para a prática assistencial. Colaboração de Deborah Adris et al. Tradução de Carlos Henrique Cosendey. Revisão de Isabel Cristina Fonseca da Cruz. Rio de Janeiro: Guanabara Kpooagan, 2006.
- 6, FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de.; STIPP, Marluci Andrade Conceição.; LEITE, Joséte Luzia. Cardiopatias: avaliação e intervenção em enfermagem. 2. ed. São Caetano do Sul : Yendis, cop. 2009. 330p. 116-9.
- HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 1997.
- NETTINA, M. Prática de enfermagem. 7º ed.Vol.2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2003.p.1072.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. Estatísticas das doenças cardiovasculares. Disponível em: <<http://www.who.org>>. Acesso em: 24/03/2012.
- PINHEIRO, Maria João. Reabilitação cardíaca. Disponível em: <<http://www.fisiocardia.com/site/index2.php>>. Acesso 20.04.2012.
- POTTER PA & PERRY AG. Grande tratado de enfermagem: Clínica e prática hospitalar. São Paulo: Editora Santos, 1996.
- PRYOR, Jennifer A.; WEBBER, Barbara A. Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos. 2. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 2002. 366 p.
- SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. vol 2. 50 colaboradores. Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- AZAMBUJA, M.I.R; FOPPA, M; MARANHÃO, M. F.C, ACHUTTI, A.C. Economic Burden of Severe. Cardiovascular Diseases in Brazil: an Estimate Based on Secondary Data. Arq Bras Cardiol. 91(3):148-155, 2008.
- CARNEIRO, C. F.; POMATTI, D. M. BERTULETTI, A. Influência da orientação pré-operatória aos familiares de pacientes neurológicos. Revista Nursing. V. 108, nº 9, maio 2007.
- DAVIDSON, P; PAUL, G; REES, D; DALY, J; COCKBURN, J. Activities of home-based heart failure. Nurse specialists: a modified narrative analysis. Am J Crit Care, september 2005, Volume 14, No. 5, 426-433.
- FARO A.C.M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. Revista Escola de Enfermagem USP. 2006; 40 (1): 128-33.
- HU, G, JOUSILAHTI P, BARENGO N. C, QIAO Q, LAKKA T. A, TUOMILEHTO J. Physical activity, cardiovascular risk factors, and mortality among finnish adults with diabetes. Diabetes Care 2005; 28(4):799- 804.
- MICAELLO, Fernando José Freixo (et al). Reabilitação cardíaca. O papel do enfermeiro. Revista s de saúde Amato Lusitano, 2011; 29: 21-25.

RABELO, E.R; ALITI, G.B; DOMINGUES, F.B; RUSCHEL, K.B; BRUN, A.O. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: O papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. Revista Latino-am Enfermagem, 2007 janeiro-fevereiro; 15(1).

SOUZA-RABBO, Maristela Padilha de. (et al), O papel de uma equipe multidisciplinar em programa de reabilitação cardiovascular. Artigo de revisão. Revista Ciência em Movimento, Buenos Aires, ano XII, nº 23, p.100-105, jan. 2010/1.

SPESIA, F. A assistência de enfermagem na reabilitação cardiovascular ao paciente com doença coronariana. In: MICAELO, Fernando José Freixo (et al). Reabilitação cardíaca. O papel do enfermeiro. Revista s de saúde Amato Lusitano, 2011; 29: 21-25.

VILA, V.S.C. e ROSSI, L.A. A qualidade de Vida na Perspectiva de Clientes Revascularizados em Reabilitação: Estudo Etnográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2008, jan-fev; 16 (1).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CAPACITAÇÃO NA PREVENÇÃO E MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Weverton Rodrigues Martins<sup>1</sup>, Greice Gama de Meneses<sup>2</sup>, Antônia Regilene Pinto de Oliveira<sup>3</sup>, Taline Soares Freitas<sup>4</sup>, Anna Paula Sousa da Silva<sup>5</sup>, Isabella Lima Barbosa<sup>6</sup>

1 Acadêmico de Enfermagem, Fanor|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2 Acadêmica de Enfermagem, Fanor|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil.

3 Acadêmica de Enfermagem, Fanor|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil.

4 Acadêmica de Enfermagem, Fanor|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil.

5 Doutora em Enfermagem, Docente em Enfermagem na Fanor|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil

6 Doutora em Saúde Coletiva, Docente em Enfermagem na Fanor|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: wevertonjc2009@hotmail.com

Palavras-chave: Equipamento de Proteção Individual. Saúde do Trabalhador. Doenças Profissionais.

### INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo o modo de trabalho sofreu diversas modificações trazendo grande impacto na saúde dos trabalhadores. Em consequência, essas transformações no ambiente e nas condições de trabalho trouxeram diversos agravos à saúde dos indivíduos, tais como, acidentes e doenças ocupacionais com grande percentual nos Distúrbios Osteo Musculares Relacionados ao Trabalho (CORDEIRO et al., 2016).

Todo e qualquer trabalho envolve situações de risco, seja voltado a acidentes, adoecimento e até mortes, são os chamados agentes de riscos. O agente de risco pode ser caracterizado como um ato que provoca reação sobre outro que atua direta ou indiretamente e trazendo consequências físicas, fisiológicas, psicológicas, emocionais, dentre outros. Tem-se como agente de risco os materiais cortantes, máquinas e engrenagens, pois podem lesionar o corpo humano, acrescido, as substâncias químicas, a temperatura, vibrações e radiações presentes no trabalho (ANDRADE; PINTO; OLIVEIRA, 2002).

A segurança no trabalho está extremamente ligada ao modo de como esta é conduzida. A Organização Internacional do Trabalho estabelece os riscos no ambiente de trabalho devem ser identificados constantemente e que medidas de prevenção e proteção sejam implantadas seguindo prioridades no intuito de eliminar riscos, controlar as fontes de riscos, minimizar os riscos e onde não for possível evitar e/ou controlar os perigos, que os empregadores providenciem equipamentos de proteção para os trabalhadores (VEIGA et al., 2007).

Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que compreendem as máscaras, aventais, óculos de proteção e luvas são equipamentos utilizados pelo trabalhador durante suas atividades de modo a reduzir os riscos a segurança e a saúde do mesmo, devendo estes, estarem em boas condições e serem utilizados de forma correta. Ações de capacitações podem ser desenvolvidas para que os trabalhadores possam identificar riscos e a correta utilização do EPI, assim, estes podem desenvolver atitudes de responsabilidade e compromisso, a fim de que, sua segurança e saúde sejam preservadas (MARTINS et al., 2013).

O presente artigo tem como objetivo relatar a experiência através de uma capacitação na prevenção de doenças laborais e manutenção da qualidade de vida no trabalho.

### METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelos discentes da disciplina Metodologia do Ensino em Enfermagem, do Curso de Graduação em Enfermagem da Fanor|DeVry Brasil, no período de fevereiro a abril de 2017. Os sujeitos da pesquisa foram 09 profissionais dos serviços gerais que prestam serviço para a Fanor|DeVry Brasil.

No que se refere à sistematização desse processo, inicialmente ocorreu a organização do projeto para a realização do curso, onde definimos o público-alvo, tema, objetivos e a metodologia utilizada. Em seguida, ocorreu a organização do curso, que foi dividida em cinco partes.

A primeira com a solicitação do preenchimento do questionário, a segunda com a realização de uma dinâmica de integração, a terceira com a realização de uma aula expositiva sobre as normas de biossegurança e as doenças laborais associadas às práticas dos profissionais de serviços gerais, a quarta etapa com a realização de duas dinâmicas e por fim a quinta etapa com o preenchimento do segundo questionário.

Foi-se aplicado um questionário relacionado às normas de biossegurança, contendo perguntas objetivas e subjetivas sobre o nível de conhecimento, sobre as normas de biossegurança e sintomas de doenças relacionadas

ao trabalho e seus dados cadastrais neste. Os dados foram analisados a partir de uma literatura pertinente a temática em estudo.

A pesquisa foi norteada nos princípios éticos de acordo com a resolução 466/12, preservando a identidade da população abordada, observando a resolução acima citada.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Tabela 1** Análise da população estudada

Sexo	Nº	%
Masculino	03	33,0
Feminino	06	67,0
TOTAL	09	100,00

Participaram do curso 09 funcionários do setor de serviços gerais da Fanor|DeVry Brasil, sendo 03 do sexo masculino (33%) e 06 do sexo feminino (67%).

**Tabela 2** Análise da faixa etária dos funcionários

Faixa Etária	Nº	%
20-30 anos	03	33,0
30-40 anos	02	22,0
40-50 anos	04	45,0

A idade destes indivíduos teve maior incidência entre 40-50 anos de idade, sendo a idade média de 40 anos. (Tabela 2)

A pesquisa não atingiu um maior percentual dos funcionários, devido à dificuldade de liberação destes do setor de trabalho, visto as necessidades da Instituição.

É importante ressaltar que a utilização das normas de biossegurança para prevenir doenças laborais, devem ser abordadas e exigidas durante o horário de trabalho, visando à preservação da saúde.

**Tabela 3** Tempo de serviço

Tempo de Serviço	Nº	%
Menos 2 anos	02	22,0
Entre 2 – 5 anos	06	67,0
Entre 5 – 10 anos	00	11,0
Mais 10 anos	01	00,0
TOTAL	09	100,0

Com relação ao tempo de serviço prestado à Instituição, a maioria trabalha há mais de 2 anos (tabela 3).

**Tabela 4** Nível de escolaridade

Escolaridade	Nº	%
Ensino Fund. Completo	06	67,0
Ensino Fund. Incompleto	02	22,0
Ensino Sup. Completo	00	00,0
Ensino Sup. Incompleto	01	11,0
TOTAL	09	100,00



Quanto ao nível de escolaridade, 67% possuem o ensino fundamental completo. (tabela 4).

**Tabela 5** Local de trabalho

Local de Trabalho	Nº	%
Praça de alimentação	02	22,5
Banheiros e sala de aula	02	22,5
Coordenação	01	11,0
Corredores e piso	01	11,0
Portaria	01	11,0
Prédio de Engenharia	01	11,0
Manutenção	01	11,0
TOTAL	09	100,00

Quanto ao local de trabalho, foi possível alcançar representantes de vários setores, a fim de disseminar as informações sobre as normas de biossegurança (tabela 5).

Pode-se encontrar o profissional atuante no setor de serviços gerais, em diversos locais de trabalho como empresas de diversos ramos, escolas, universidades, supermercados, dentre outros (RIBEIRO; VIEIRA; BRAZ, 2013).

**Tabela 6** Utilização dos equipamentos exigidos pelas normas de biossegurança

Equipamentos de proteção	Nº	%
Luvas	05	55,0
Óculos protetor	00	0,0
Máscara	03	33,0
Roupas impermeáveis	02	22,0
Botas impermeáveis	00	00,0
Nenhum	02	22,0

Com relação ao levantamento da incidência do uso de equipamentos de proteção individual, podemos observar que a maioria utiliza apenas luvas (tabela 6).

É papel das empresas, de modo geral, promover a segurança do trabalhador. Sendo o mesmo respaldado por lei no que concerne aos seus direitos e deveres no ambiente laboral, visando diminuir a exposição dos trabalhadores aos ruídos e acidentes ocupacionais (MELO; GOMES; SÁ, 2014).

**Tabela 7** Sinais e sintomas

Sinais e sintomas	N.º	%
Dor nas costas	05	55,0
Dor de cabeça	04	44,0
Dor nos ombros	03	33,0
Insônia	00	00,0
Irritação	00	00,0
Falta de força nas mãos	01	11,0
Alergia nos olhos	00	00,0
Alergia de pele	02	22,0
Alergia respiratória	00	00,0
Nenhum	04	44,0

Na análise da prevalência dos sinais e sintomas, constatamos que 55% dos participantes apresentaram dores nas costas, 44% referiram dores de cabeça, 33% relatam dores nos ombros, 22% citam alergias de pele e 44% referiram ausência de sintomas (Tabela 7).

De acordo com Ribeiro, Vieira e Braz (2013), um dos principais sintomas que acometem os trabalhadores dos serviços gerais é a dor, onde seus efeitos variam em leve, moderado e grave. A dor deve ser considerada, por sua complexidade, como um quinto sinal vital, assim como a pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória.

**Tabela 8** Treinamento sobre normas de biossegurança

Treinamento sobre normas de biossegurança	Nº	%
Sim	05	56,0
Não	04	44,0
TOTAL	09	100,00

Em relação ao treinamento sobre as normas de biossegurança foi observado que (56%) dos sujeitos foi submetido a treinamento (Tabela 8).

**Tabela 9** Importância do uso dos equipamentos de proteção individual (EPI)

Importância do uso EPI	Nº	%
Sabem	09	100
Não sabem	00	00
TOTAL	09	100,00

Pode-se constatar na amostra de funcionários (100%) conhecem a importância do uso dos equipamentos de proteção individual para evitar doenças. (Tabela 9).

Ao finalizarmos a aplicação do questionário, foi dado início ao segundo momento, onde realizamos uma dinâmica de interação dos participantes com os palestrantes com o objetivo de integrar o grupo e fixar o nome dos indivíduos por um período de aproximadamente vinte minutos.

Deu-se início a terceira etapa, onde os discentes apresentaram uma aula expositiva sobre as normas de biossegurança e as doenças laborais mais frequentes nos profissionais de serviços gerais. Esta atividade deu oportunidade para solucionar dúvidas sobre estes assuntos, bem como ampliou a curiosidade dos profissionais sobre sua vivência no trabalho, tornando possível a construção de equipe disseminadora de informações, visando à divulgação das ações de prevenção da saúde dos profissionais.

Após o término da aula expositiva, dá-se início ao quarto momento, onde iniciamos as atividades de dinâmicas com o objetivo de desenvolver nos participantes a autoconfiança.

Na quinta etapa, realizamos a aplicação do segundo questionário e um lanche de encerramento. Sendo possível observar que o preenchimento das questões referentes aos conhecimentos sobre a importância do uso dos EPI's, foram respondidas de forma mais completa, de modo que, compreenderam os assuntos abordadas nas aulas expositivas, bem como a importância da utilização das normas de biossegurança para a prevenção da saúde.

## CONCLUSÃO

A qualidade de vida na ambiência dos diversos setores de trabalho assim como a oferta da segurança do trabalhador, surge como um dos principais enfoques, no que concerne com as ações de saúde na atualidade. O profissional de enfermagem entra nesse contexto, como um agente promotor de saúde, fornecendo orientações e esclarecimentos acerca dos acidentes de trabalhos e seus impactos na saúde do trabalhador.

O projeto realizado forneceu subsídios relevantes tanto ao público ao qual foi direcionado, como aos administradores do mesmo. Elaborar um plano de atividades, fazendo uso de instrumentos educativos condizentes com o tema e ao perfil dos participantes; foi de imensa contribuição para o aprimoramento do nosso processo de ensino/ aprendizagem. Como agentes educadores contribuimos para a aprendizagem dos participantes, através de uma metodologia de ensino pratica e resolutiva.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A., PINTO, SC., and OLIVEIRA, RS., orgs. Animais de Laboratório: criação e experimentação. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2002.

CORDEIRO, TMS. et al . Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 363-372, jun. 2016.

MARTINS, CL. et al. Equipamentos de proteção individual: a perspectiva de trabalhadores que sofreram queimaduras no trabalho. **Rev Enferm UFSM** 2013.

MELO VL, Gomes FB, Sá SPC. Implicações dos equipamentos de proteção individual na psicodinâmica do trabalho. **Rev enferm UFPE**. Recife, jun., 2014.

VEIGA, MM. et al . A contaminação por agrotóxicos e os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 32, n. 116, p. 57-68, dez. 2007.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à orientadora Isabella Lima Barbosa e Anna Paula Sousa da Silva por sua fundamental contribuição e disponibilidade na elaboração deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL SOCIODEMOGRAFICO E PRÁTICA SEXUAL EM HOMOSSEXUAIS COM SIFILIS

Cesário Rui Callou Filho<sup>1</sup>, Ethel Esthepane Alves Vieira<sup>2</sup>, Guilherme Alberto Camilo da Silva<sup>3</sup>

*1 Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR e Professor orientador do Grupo de Estudo em Saúde Coletiva-GESC  
2 Acadêmicos da Iniciação científica do Grupo de Estudo em Saúde Coletiva-GESC*

*E-mail: rufisio@gmail.com*

*Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde. Sífilis. Homossexualidade Masculina. Comportamento Sexual; Saúde Pública.*

### INTRODUÇÃO

A sífilis apresenta uma elevada prevalência na população de homens que fazem sexo com homens (HSH), sendo a doença sexualmente transmissível (DST) que está extremamente associada a infecção pelo HIV<sup>1,2</sup>. Estudos recentes mostram um aumento de 30% na prevalência de sífilis em HSH em alguns países da América Latina<sup>2,3,4,5,6</sup> e Ásia<sup>7</sup>. Os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, mostram que os casos de sífilis na população HSH no Brasil, quando se considera a transmissão sexual, tem se mantido elevado correspondendo a 13,6% em relação à população sexualmente ativa<sup>8</sup>.

O quadro das DST na população de HSH pode ser classificado a partir das dimensões (social, individual e programática)<sup>9,10,11</sup>, em que essas reúnem aspectos socioculturais, político-institucionais, características individuais, experiências, interações, subjetividades e trajetórias pessoais, assim como algumas peculiaridades das redes sociais onde os indivíduos estão inseridos<sup>1,12</sup>.

A vulnerabilidade para a aquisição das infecções sexualmente transmissíveis está relacionada ao início precoce da vida sexual, múltiplas parcerias sexuais na vida sem uso de preservativo e confiança no parceiro<sup>13</sup>. Dentre os locais indicados para busca de parceiros sexuais: bares (12%), boates (14%), casa de amigos (12%), uso da internet (12%), festas (8%), saunas (5%), cinemas (4%) e banheiros de “pegação” (2%)<sup>14</sup>.

Mediante o aumento de casos de infecções ligadas ao sexo em 1980, o CTA foi criado, com objetivo promover o acesso aos testes rápidos para sífilis, HIV e hepatite B e C, possibilitando assim o conhecimento do *status* sorológico, bem como a prevenção da infecção e monitoramento das sorologias positivas<sup>15</sup>. Com sua implementação este serviço passou a atuar com uma equipe multiprofissional, proporcionando um modelo de atendimento focado nos princípios de confidencialidade e escuta ativa das necessidades culturais e psicossociais dos usuários<sup>16,17,18</sup>.

Sob esta perspectiva, esta pesquisa teve como objetivo investigar os fatores relacionados à vulnerabilidade, comportamento e prática sexual entre homens que fazem sexo com homens com sífilis diagnosticados no Centro de Testagem e Aconselhamento.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal e documental retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA Carlos Ribeiro localizado no município de Fortaleza, referência em testagem rápida para sífilis, HIV e hepatites B e C.

O acesso do usuário ao CTA acontece de forma direta, não necessitando de agendamento ou indicação profissional. Inicialmente, o usuário preenche a ficha de entrada com seus dados pessoais para posteriormente participar de um momento coletivo denominado pré-aconselhamento, no qual recebe informações sobre doenças sexualmente transmissíveis e a importância do uso do preservativo.

O aconselhamento pré-teste coletivo acontece entre 20 a 30 minutos. O aconselhamento pós-teste, com entrega do resultado do exame, leva aproximadamente 25 minutos, podendo a se estender o tempo quando a entrega do resultado é reagente a doença. Dentre os testes rápidos utilizados no CTA de fortaleza, encontram-se os Rapid Check e o Bio-Maguinhos para identificação da infecção através da detecção de anticorpos para *Treponema Pallidum*. A aplicação dos testes seguiram as recomendações das portarias do Ministério da Saúde.

As informações dos usuários são preenchidas utilizando a versão antiga do formulário, tendo em vista que o preenchimento do Banco SI-CTA segue o padrão atualizado pelo Ministério de Saúde. É possível verificar na versão atualizada do sistema o número de parceiros para cada parceria.

A amostra foi composta por 137 prontuários de usuários do sexo masculino com prática sexual entre o mesmo sexo, faixa etária entre 18 e 59 anos, preenchidos no período de janeiro de 2013 à dezembro de 2014, e que apresentaram diagnóstico positivo para sífilis.

As variáveis utilizadas foram retiradas da ficha do SI – CTA, que corresponde ao prontuário do usuário, formando questões que norteiam: escolaridade, estado civil, origem da clientela, adquiriu doença sexualmente transmissível nos últimos 12 meses, tipo de exposição e o motivo de não usar o preservativo com parceiro fixo e eventual.

Os dados foram analisados de forma descritiva sendo calculadas as frequências absoluta e relativa para todas as variáveis categóricas. Os testes estatísticos utilizados adotaram um nível de significância de 5% com regra de decisão dos procedimentos. O teste Qui-quadrado foi utilizado para verificar associação significativa entre o comportamento de duas variáveis categóricas e o teste de Mann-Whitney utilizado para verificar associação estatisticamente significativa entre as variáveis numéricas, com valor significativo de p no cruzamento dos indivíduos que apresentam DST e mantiveram exposição através da relação sexual sendo valor de p referente a 0,038.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital São José de Doenças Infecciosas – HSJ com o parecer de número CAEE 37978614.9.00005044.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final da coleta de dados verificou-se um total de  $n = 137$  (100%) dos prontuários de HSH com testagem rápida para sífilis. Desses, 113 (82,4%) residem no município de Fortaleza, e 24 (17,6%) de outras localidades. Em relação à ocupação, 92 (73,7%) dos usuários possuíam alguma atividade remunerada, 9 (6,6%) desempregados, 26 (19%) estudantes e 10 (7,3%) não informaram.

Quanto ao estado civil 84 (61,3%) são solteiros, 37 (27%) estado civil em sigilo, 13 (9,5%) casados, viúvos 2 (1,5%) e separado 1 (0,7%). Na variável relacionada ao grau de escolaridade um quantitativo maior para aqueles que apresentam de 8 a 11 anos de estudo 58 (42,3%), mais de 12 anos de estudo 36 (26,3%), não informaram 30 (21,9%), entre 0 a 7 anos de estudo 13 (9,5%). Com relação à cor da pele auto-referida parda 62 (45,3%), não informaram 48 (35%), preta 16 (11,6%), branca 11 (8%).

Na variável em que foi analisado o tipo de exposição, com maior porcentagem 70 (88,6%) foram para aqueles em que o parceiro apresentava algum tipo de DST, dado estatisticamente significativo ( $p = 0,038$ ), quanto à exposição através da relação sexual 9 (11,4%) dos usuários relataram outras formas de exposição. Em contrapartida, 42 (75%) usuários não apresentaram DST apesar de ter mantido exposição através da relação sexual.

Da população investigada, 40 (29,2%) participantes relataram usar preservativo durante todas as relações sexuais com o parceiro fixo nos últimos 12 meses, contrariando com o diagnóstico positivo de sífilis apresentado por esses usuários.

A maioria dos indivíduos que apresentou DST conheceu o serviço do CTA através de amigos correspondendo a 53 (67,1%) (valor do  $p = 0,016$ ) participantes. Ao comparar ao grupo de homens que não apresentou IST, a maioria 30 (53,6%) conheceu o serviço do CTA através de outras fontes: internet, rádio, jornais, televisão, profissionais de saúde. Estudos mostram que pessoas infectadas pelo HIV podem apresentar simultaneamente outras doenças sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis devido ao compartilhamento dos mesmos fatores de risco tendo como risco predominante a prática sexual desprotegida<sup>19</sup> e a influencia dos aspectos da vida social, saúde mental, experiências afetivas e a baixa imunossupressão.

O não acompanhamento dos profissionais pode comprometer a qualidade das informações registradas no SI – CTA. Fornecer recursos e investir na formação profissional da equipe pode ajudar na produção de informações mais acuradas sobre o perfil epidemiológico dos usuários<sup>20</sup>.

No Brasil, a prevalência da infecção pelo HIV na população de homens que fazem sexo com homens (HSH) é 20 vezes superior a da população adulta brasileira e o dobro da encontrada entre os trabalhadores do sexo e usuários de drogas injetáveis<sup>21</sup>, principalmente nas regiões Sul e Sudeste. Fato este que está relacionado sobretudo a uma questão comportamental devido à adoção de práticas sexuais sem o uso do preservativo sendo agravado nesse grupo devido aos contextos social e institucional que vivencia como a dificuldade de acesso aos serviços<sup>21,22</sup>.

Os resultados nessa pesquisa não são representativos da população do Ceará, uma vez que só abrange aqueles usuários que frequentaram o CTA de Fortaleza, visto que nesse estudo somente 82,4% referem origem da capital. Em relação ao estado civil a maior frequência foi de solteiro 61,3%, corroborando com uma pesquisa conduzida em Belo Horizonte que identificou que 15% dos HSH eram diagnosticados com sífilis. Vale salientar que estado civil muitas vezes não correlaciona com o status social o que não significa dizer que as pessoas que se declararam solteiras elas não tenham parceria sexual fixa<sup>23</sup>.

Entretanto, artigos que descrevem a vulnerabilidade sexual quanto a cor da pele, relacionado a temática das DST, demonstrou como importante recurso para classificar e trabalhar as questões de estigma social na distribuição

do adoecimento e de seus determinantes<sup>24</sup>, assim ressalta-se que o risco de contaminação está relacionado ao comportamento de risco e não a raça/cor da pele.

## CONCLUSÃO

Como fator de limitação desse estudo, atribuímos mediante a ocorrência quanto a falta de algumas informações da ficha do serviço, uma vez que impossibilita outros aspectos que não puderam ser investigados, tais como se a prática sexual do usuário sendo ativo ou receptivo, se houve o uso de lubrificante na prática sexual, se durante as relações houve sangramento e assim, permitiria um perfil mais completo da prática sexual entre os HSH, o que de fato há alguns questionamentos quanto a fuga da resposta e em outros não tornar essa clara.

Assim, sugere-se uma revisão dessa ficha por parte das entidades competentes em verificar que para os grupos vulneráveis se faz necessário trazer questionamentos específicos.

## REFERÊNCIAS

Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet* 2012; 380:367-77.

Cáceres CF, Konda K, Segura ER, Lyerla R. Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003-2007 estimates. *Sex Transm Infect* 2008; 84 Suppl 1:i49-56.

Zou H, Fairley CK, Guy R, Bilardi J, Bradshaw CS, Garland SM, et al. Automated, computer generated reminders and increased detection of gonorrhoea, chlamydia and syphilis in men who have sex with men. *PLoS One* 2013; 8:e61972.

Pando MA, Balán IC, Marone R, Dolezal C, Leu CS, Squiquera L, et al. HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men recruited by RDS in Buenos Aires, Argentina: high HIV and HPV infection. *PLoS One* 2012; 7:e39834.

Zoni AC, González MA, Sjögren HW. Syphilis in the most at-risk populations in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Int J Infect Dis* 2013; 17:e84-92

Clark JL, Konda KA, Segura ER, Salvatierra HJ, Leon SR, Hall ER, et al. Risk factors for the spread of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men infected with HIV in Lima, Peru. *Sex Transm Infect* 2008; 84:449-54.

Chow EP, Wilson DP, Zhang L. HIV and syphilis co-infection increasing among men who have sex with men in China: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2011; 6:e22768.

World Health Organization. Progress report, 2010. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/GlobalData\\_cs\\_pregnancy.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/GlobalData_cs_pregnancy.pdf).

Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 121-43

Mann JM, Tarantola D. *AIDS in the World II*. Oxford: Oxford University Press; 1996.

Gruskin S, Tarantola D. Universal access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. *AIDS* 2008; 22 Suppl 2: S123- 32

Brignol SMS. Estudo epidemiológico da infecção por HIV entre homens que fazem sexo com homens no município de Salvador [Tese de Doutora - do]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Doenças Sexualmente Transmissíveis – Manual*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Brignol SMS, Dourado I, Leila DA, Miranda JGV, Kerr LRFS. Redes sociais de homens que fazem sexo com homens: estudo das cadeias de recrutamento com Respondent Driven Sampling em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Coletiva* 2015; 31: 1-13.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil*. Brasília: MS; 2010.

Minayo MC, Souza E, Assis S, Neto O, Deslandes S, Silva C. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/COAS da Região Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):1-13

Filgueiras S, Deslandes S. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):121-131

Pupo L. Aconselhamento em DST/Aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

Chesson HW, Heffelfinger JD, Voigt RF, Collins D. Estimates of primary and secondary syphilis rates in persons with HIV in the United States, 2002. *Sexually transmitted diseases* 325: 265-269, 2005

Monteiro SS, Brandão E, Vargas E, Mora C, Soares P, Daltro E. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19: 137-146.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva: World Health Organization; 2013.

International AIDS Society. Declaração de Com - promisso Washington D.C. Revertendo a maré em conjunto: uma declaração para acabar com a epi - demia do HIV/SIDA. <http://www.2endaids.org/lang/portugese.html> (acessado em 21/Dec/2012).

Guimarães MCD, Ceccato MBG, Gomes RMRF, Rocha GM, Camelo LV, Carmo RA, Acurcio FA. Vulnerabilidade e fatores associados a HIV e sífilis em homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, MG. *Rev Med* 2013; 23:412-426.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR PARA O SERVIÇO INSTITUCIONAL DE EXCELÊNCIA.

Níobe Guimarães Fernandes<sup>1</sup> Gleiciane Kelen Lima<sup>2</sup> Rayan Ibiapina Campos<sup>3</sup>

*1 Pós-Graduação em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza-CE-Brasil*

*2 Mestrado Acadêmico em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE-Brasil.*

*3 Pós-Graduação em Administração Hospitalar – Centro de Ciências Empresariais e Sociais Aplicadas, Universidade Norte do Paraná, Sobral-CE- Brasil.*

E-mail: [niobe\\_gf@yahoo.com.br](mailto:niobe_gf@yahoo.com.br)

Palavras-chave: Administração hospitalar. Gestão Hospitalar.

### INTRODUÇÃO

O hospital moderno é uma organização completa e complexa. Ele incorpora o avanço constante dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia representados pelas instalações e equipamentos. Emprega grande número de profissionais oferecendo serviços com alto grau de especialização (SILVA e CAMELO, 2013).

Para administração dessas instituições é importante que exista um profissional capacitado, com conhecimento suficiente para a organização nos parâmetros adequados em cada área, pois, de maneira bastante relevante, as instituições hospitalares não são formadas somente pela execução da assistência à saúde propriamente dita, havendo por trás disso uma pessoa com uma visão empírica sobre o funcionamento da instituição.

Devido ao crescimento constante da tecnologia e do conhecimento, o gestor ou administrador deve buscar manter-se informado sobre os assuntos que são de grande relevância para a execução do seu trabalho. A partir disso, revela-se importante o fato de o administrador estar atualizado quanto à produção científica relacionada à administração hospitalar, pois assim, será possível conhecer as problemáticas mais relevantes e presentes relatadas em estudos realizados em outras instituições, dando ao administrador parâmetros de avaliação e levantamento de ações corretivas para possíveis dificuldades encontradas em seu trabalho.

Este estudo objetiva realizar uma análise a cerca da literatura publicada sobre a administração hospitalar, consistido em uma revisão sistemática de literatura dos artigos publicados nos últimos anos. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritivo-exploratória. Assim, este estudo buscou responder aos seguintes questionamentos: quais são os principais assuntos tratados na literatura atualizada sobre a administração hospitalar? Existe algum assunto sendo subvalorizado ou sobrevalorizado pelos pesquisadores? Há algum tipo de problemática mais frequente relacionada às instituições hospitalares?

### METODOLOGIA

Sendo assim, a seleção dos artigos para a realização da seguinte revisão sistemática de literatura foi feita através de uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) utilizando como descritor o termo 'administração hospitalar'. A revisão de literatura é composta das seguintes etapas: elaboração da questão norteadora, busca na literatura (seleção da amostra), coleta de dados, avaliação e análise crítica dos estudos selecionados, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (HOFMEYER e MARCK, 2008).

Foram selecionados em filtro somente documentos do tipo 'Artigos'. E ainda, visando obter uma discussão integral e atual sobre o tema, exclusivamente os artigos que estivessem disponíveis em 'texto completo' e que foram publicados entre os anos de 2012 a 2015 foram eleitos. Além disso, foram selecionados os artigos que apresentaram a Administração Hospitalar como tema principal.

Após todo o sistema de filtragem, foram encontrados 27 artigos divididos entre as seguintes bases de dados: LILACS (24), MEDLINE (3). Em um primeiro momento, dois artigos foram excluídos por apresentarem repetidos com relação aos demais fornecidos pela BIREME. Ainda assim, é importante revelar que, fora os excluídos por repetição, nenhum outro artigo foi excluído por motivo de o seu tema proposto não estar em consonância com o tema proposto nesta pesquisa.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

A singularidade das organizações hospitalares tem sido destacada pela assistência a clientes em situações de saúde cada vez mais críticas que necessitam de respostas individuais e complexas às suas necessidades



de saúde. Dessa forma, o trabalho hospitalar exige novas competências dos profissionais que se deparam com mudanças tecnológicas e exigências de sua clientela provocando, muitas vezes, transformações no seu processo de trabalho (SILVA e CAMELO, 2013).

Essas transformações em busca de novas competências advêm principalmente do ampliado do conhecimento do Gestor perante as situações gerenciais de maior relevância. Assim, se permite uma abordagem focada na solução dos problemas apresentados com busca no aumento da qualidade assistencial e no ganho de tempo na resolução das dificuldades encontradas, obtendo um ganho no nível funcional em todos os pilares da instituição.

O aprimoramento constante do gestor deve ser, principalmente, dentro dos pontos onde a instituição mais precisa de melhorias. Para que isso ocorra, é necessário que o administrador tenha um amplo conhecimento a cerca das necessidades e operações da empresa. Somente assim, o mesmo obterá uma relação precisa dos pontos fortes e fracos da mesma.

Como supramencionado, depois de realizadas as filtragens necessárias, foram encontrados vinte e sete (27) artigos, onde dois (2) foram excluídos devido a apresentarem-se repetidos em relação ao restante, o que pode ocorrer devido ao relacionamento da Biblioteca Virtual em Saúde com várias bases de dados científicas, assim o total estudado foi de vinte e cinco (25) artigos. No caso desta pesquisa, os artigos se concentraram nas bases de dados LILACS e MEDLINE.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e a partir de sua abordagem principal foram separados de acordo com a temática apresentada. No total foram encontradas oito subcategorias, sendo estas: \*Planejamento de Gestão e Gestão Estratégica (10 artigos ~ 40% do total); \*Gerenciamento de Custos (2 artigos ~ 8%); \*Auditoria (3 artigos ~ 12%); \*Acreditação Hospitalar (3 artigos ~ 12%); \*Avaliação de Condições de Trabalho (2 artigos ~ 8%); \*Liderança em Enfermagem (2 artigos ~ 8%); \*Sistemas de Informação Hospitalar (2 artigos ~ 8%) e \*Cultura Organizacional (1 artigo ~ 4%). Abaixo, pode-se perceber na Tabela 1 a quantidade numérica de artigos de cada tema e a sua respectiva percentagem em relação à quantidade global de estudos encontrados.

A maioria dos artigos (40%) está diretamente relacionada a assuntos que envolvem o Planejamento de Gestão e Gestão estratégica. Admite-se que o grande número de artigos presentes nessa categoria se dá devido à amplitude de assuntos que podem se encaixar dentro da mesma. O que não quer dizer necessariamente que o tema esteja sendo sobrevalorizado ou que a literatura científica está saturada quanto ao assunto.

A Auditoria e a Acreditação hospitalar foram os segundos mais presentes, apresentando três (3) artigos cada um, ou 12% se visto em relação ao número total. De certo modo, considera-se esse número pequeno diante da relevância que esses assuntos têm para as instituições hospitalares, com destaque para a Auditoria, em todos os seus aspectos (auditoria financeira, auditoria quanto à assistência prestada, dentre outras).

Apresentando um número ainda menor de publicações estão as categorias de Gerenciamento de Custos, Avaliação das Condições de Trabalho, Liderança em Enfermagem e Sistemas de Informação Hospitalar; com dois (2) artigos publicados em cada categoria dentro dos últimos quatro anos.

Neste ponto, destaca-se que a aplicação de estudos sobre o Gerenciamento de Custos é bastante diminuta se comparada à relevância que essa parte da administração tem dentro das instituições hospitalares. Não se objetiva dizer com isso que a quantidade relacionada aos outros temas citados seja satisfatória. Apenas que um maior foco no estudo do comportamento gerencial de custeio das organizações hospitalares pode vir a colaborar de maneira mais significativa à assistência à saúde.

De maneira geral, o número de estudos realizados é relativamente pequeno, sendo que foram pesquisados os estudos publicados entre os anos de 2012 e 2015. Neste caso, foram publicados menos de sete estudos (6,25; mais especificamente) com descritor em administração hospitalar por ano. E, além disso, alguns assuntos de maior relevância foram menos estudados pelos pesquisadores, como no caso da Auditoria e do Gerenciamento de Custos. Indicando uma necessidade de aprofundar o conhecimento científico publicado a cerca desses temas.

Para *análise qualitativa*, os artigos foram separados em subcategorias de acordo com a sua temática principal e avaliados ainda dentro dessas divisões, facilitando assim o desenvolvimento e a compreensão do estudo. O sequenciamento dos temas foi feito de acordo com o número de artigos do mesmo e com a relevância do tema principal proposto.

## **Planejamento de Gestão / Gestão Estratégica**

Assuntos relacionados à gestão, estratégica ou de planejamento, rotineiramente aparecem em grande quantidade, pois quando se trata de gestão, diversos são os temas vertentes que pode ser atrelados a essa categoria. Diante disso, a variação do tema principal dos artigos dentro dessa categoria é um ponto importante a se notar.

Um dos artigos mais relevantes publicados buscou estudar a taxa de absenteísmo na equipe de enfermagem. O absenteísmo refere-se à frequência ou duração do tempo de trabalho perdido quando os profissionais não comparecem ao serviço. Corresponde às ausências quando se esperava que estivessem presentes no trabalho e constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, atraso ou outro motivo interveniente (FURLAN e STANCATO, 2013).

Tendo em vista de que a falta ao serviço causa um cascata de problemáticas na assistência e no gerenciamento da instituição, é importante estar atento aos seus causadores. Apesar de o artigo ter relatado somente as taxas relacionadas à equipe de enfermagem, é importante que o gestor compreenda os seus fundamentos abrangendo todos os colaboradores do hospital. A principal causa das faltas ao serviço pela equipe de enfermagem foi ocasionada por doenças que os acometeram (FURLAN e STANCATO, 2013). Assim, é importante relatar que os profissionais de enfermagem geralmente têm mais de um emprego em diferentes instituições e essa carga de trabalho semanal aumentada, com curtos intervalos de descanso, podem vir a acarretar mais doenças nesses profissionais, aumentando assim o absenteísmo dos mesmos.

## **Gerenciamento de Custos**

Sobre gerenciamento de custos ou temas relacionados à situação financeira institucional foram encontrados somente dois artigos. O que implica dizer que de acordo com o período estudado, somente um estudo é publicado a cada dois anos dentro da comunidade científica. Afirma-se que este número é pífio se relacionado à relevância que o gerenciamento financeiro de uma instituição hospitalar tem. Vale ressaltar que é impossível o funcionamento sadio de uma instituição, de saúde principalmente, sem que o seu sistema financeiro esteja adequado.

## **Auditoria**

Três foram os artigos que trataram de auditoria no âmbito da saúde. Atualmente, a maioria dos serviços de auditoria implantados nas instituições de saúde, principalmente no setor privado, tem como diretriz única e exclusivamente o controle de custos e a diminuição de glosas (cancelamento ou recusa, total ou parcial de pagamento). Porém, esse paradigma tende a ser remodelado e a auditoria passa a ser vista como um processo educativo que fornece elementos para a implantação e gerenciamento da assistência (LIMA, ÂNGELO e DEMARCHI, 2013). De um modo geral, a auditoria se revela importante em todos os aspectos de implantação. É importante lembrar que o seu processo existe para a verificação do funcionamento adequado do trabalho nas unidades. Além disso, o seu intuito não é de punição aos colaboradores 'não ajustados' e sim de orientação para a tomada do caminho certo em direção à realização de um trabalho de qualidade.

## **Acreditação Hospitalar**

A acreditação ficou conhecida como um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos, ou seja, uma entidade avalia a instituição de saúde para determinar se ela atende a uma série de requisitos (padrões) criados para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado (GASPARY, 2014).

Infelizmente, o processo de acreditação não é obrigatório para as instituições de saúde. Ficando a cargo de a instituição escolher concorrer ou não ao seu recebimento. Tendo em vista que o recebimento do selo de acreditação em geral exige das instituições um aumento no nível de qualidade operacional, a facultatividade da mesma por vezes pode chegar a ser um fator negativo perante, principalmente, às instituições públicas de saúde.

## **Avaliação de Condições de Trabalho**

Apenas dois estudos foram publicados com assuntos relacionados à avaliação das condições de trabalho perante instituições hospitalares. O primeiro estudo buscou analisar as condições de trabalho em 10 hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) localizados no Estado do Mato Grosso (SOUSA e SCATENA, 2014).

Os pesquisadores descobriram que os hospitais privados recebem melhor avaliação por parte dos médicos; no entanto, para a equipe de enfermagem não há grande diferença na avaliação, colocando em paridade semelhante às instituições da administração pública e privada.

## **Liderança em Enfermagem**

A equipe de enfermagem é a maior parte dos recursos humanos das instituições hospitalares. Desse modo, a assistência prestada pela equipe de enfermagem está integrada a maior parte dos serviços prestados. Por essa razão o administrador hospitalar precisa estar em sincronia com o funcionamento da equipe de enfermagem para que o mesmo esteja ciente do funcionamento dos processos assistenciais. Dentro das equipes de enfermagem, de

modo geral, há sempre um que se destaca como líder, representando a classe perante o administrador na maioria das vezes. Assim, destaca-se a importância do relacionamento do administrado com a liderança em enfermagem para uma gestão hospitalar eficiente.

Dentro desse conceito, dois artigos sobre o assunto foram publicados nos últimos quatro anos. Um dos estudos teve como objetivo analisar os significados de liderança em enfermagem, seus atributos e o papel do enfermeiro líder (SILVA e CAMELO, 2013). Os pesquisadores ratificaram a ideia de que o enfermeiro líder pode proporcionar uma equipe com desempenho mais eficiente, proporcionando uma melhor satisfação dos clientes, dos gestores e dos próprios profissionais de enfermagem em si.

### **Sistema de Informação Hospitalar**

O trabalho da gerência é caracterizado pelo processo de tomada de decisão. Para que esse processo seja realizado com qualidade é ideal seguir alguns passos como levantar os dados, gerar as informações, elencar propostas de decisão, escolher estratégias de implantação da decisão e avaliar se a decisão tomada foi capaz de suprir as demandas do problema (CAVALCANTE et al, 2012).

Apartir daí entra o Sistema de Informação Hospitalar (SIH). É do SIH a responsabilidade de fornecer informações ao gestor que possam ser utilizadas na tomada de decisão dentro da instituição. Sobre esse assunto, dois estudos foram publicados sobre o tema. O que pode ser considerado um número pequeno com relação à relevância que esse sistema tem no âmbito hospitalar. Um dos artigos objetivou descrever o quanto os administradores utilizam o SIH no seu processo de decisão durante o seu trabalho de gerenciamento da instituição e o outro teve como foco a Tecnologia da Informação (TI), buscando esclarecer quais os principais componentes que deve ter um SIH eficiente (PEREIRA et al, 2012).

### **Cultura Organizacional**

A cultura organizacional representa as práticas e valores de uma organização, as quais são adquiridas quando um novo membro se insere numa organização de trabalho, já sendo adulto e tendo seus valores pessoais firmemente consolidados. Os símbolos representam as manifestações mais superficiais da cultura de uma organização enquanto os valores são as mais fortes e profundas (GARCIA et al, 2015).

Somente um artigo foi encontrado tratando a cultura organizacional. Isso acaba por confirmar o que o autor já descobriu em sua pesquisa: a literatura científica a cerca da cultura organizacional é deficiente, apesar de ser um tema de bastante relevância dentro das instituições. Conquanto a cultura organizacional esteja presente em todas as instituições, pouco é debatido sobre ela nos meios acadêmicos de produção científica. De todo modo, os pesquisadores precisam estar mais atentos a outras oportunidades de produção científica visando à colaboração em todos os aspectos dentro dos assuntos relacionados à administração hospitalar.

### **CONCLUSÃO**

Para administrar hospitais é necessário ter uma série de habilidades e técnicas inerentes à profissão. Um dos principais pontos a que o gestor deve estar atento são as constantes mudanças tecnológicas que existem no meio hospitalar. Para isso é necessário que esteja constantemente em busca de ampliar o seu conhecimento e o reconhecimento das problemáticas proferidas na instituição sob sua administração e também nas seguintes. O estudo e leitura de periódicos científicos sobre o tema é um ótimo meio de o gestor manter-se atualizado e em constante desenvolvimento de seu conhecimento.

Sobre a literatura científica da administração hospitalar publicada nos últimos anos, a quantidade de periódicos é relativamente baixa. Embora a maioria dos artigos encontrados fosse bastante relevante, faz-se necessário uma abordagem mais íntegra de determinados assuntos dentro do contexto de Gestão Hospitalar de maneira universal.

Deste modo, recomenda-se a visão da produção científica com o enfoque para o gestor tanto quanto existem hoje sobre assuntos meramente assistenciais. Por fim, frisa-se uma vez mais que a constante evolução do gestor e o seu inter-relacionamento com toda a sua equipe é o que faz com que muitas instituições sejam referência em seu serviço prestado.

### **REFERÊNCIAS**

- SILVA, VLS, CAMELO SHH. A Competência da Liderança em Enfermagem: Conceitos, Atributos Essenciais e o Papel do Enfermeiro Líder. **Rev. enferm.** v. 21, n. 4, UERJ, Rio de Janeiro, out/dez. 2013.
- HOFMEYER A, MARCK PB. Building social capital in healthcare organizations: thinking ecologically for safer care. **Nurse Outlook.** V. 56, Jul-Aug, 2008.

- FURLAN, Jussara Aparecida da Silva. STANCATO, Kátia. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. **RAS** . Vol. 15, Nº 60 – Julho-Setembro, 2013.
- GASPARY, Lisiane Valdez. Processo de acreditação hospitalar internacional de um hospital geral público da Grande São Paulo. **RAS** \_ Vol. 16, Nº 62 – Janeiro-Março, 2014.
- SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. Satisfação do Usuário da Assistência Hospitalar no *Mix* Público-Privado do SUS do Estado de Mato Grosso. **REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE**. V.15, n. 3. Londrina, jul./set. 2014.
- VIEIRA, T. D. P.; RENOVATO, R. D.; SALES, C. de M. Compreensões de Liderança Pela Equipe de Enfermagem. *Cogitare Enferm*. V. 18, N. 2. Abril/Junho, 2013.
- LIMA, E C; ÂNGELO, M L B.; DEMARCHI, T M. Auditoria de qualidade: melhoria dos processos em um hospital público. **RAS** \_ Vol. 15, Nº 58 – Janeiro-Março, 2013
- CAVALCANTE, R. B.; et al. Sistema de Informação Hospitalar: utilização no processo decisório. **Journal of Health Informatics**. V.4, n. 3. Julho-Setembro, 2012.
- PEREIRA, S.R. et al. Sistemas de Informação para Gestão Hospitalar. **Journal of Health Informatics**. V.4, n. 4. Outubro-Dezembro, 2012.
- GARCIA, A. B. et al. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. V. 7, n 2. Abril-Junho, 2015.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONSUMO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR MULHERES: UMA ANÁLISE DOS ASPECTOS SOCIAIS E CLÍNICOS.

Arisa Nara Saldanha de Almeida<sup>1</sup>, Isabella Costa Martins<sup>2</sup>, Alcivan Nunes Vieira<sup>3</sup>, Paulo Cesar de Almeida<sup>4</sup>, Lia Carneiro Silveira<sup>5</sup>

*1* Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, Docente FAMETRO, Fortaleza-Ceará-Brasil.

*2* Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza-Ceará-Brasil.

*3* Doutor do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza-Ceará-Brasil.

*4* Doutor, Docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza-Ceará-Brasil.

*5* Doutora, Docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: arisanara@gmail.com

Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde da Mulher; Receptores de GABA-A.

### INTRODUÇÃO

O consumo de drogas benzodiazepínicas (BZD) emerge como um fenômeno crescente na atualidade sendo resultado da interação entre diversos fatores. Dentre eles destacam-se aqueles relacionados ao envelhecimento populacional e à excessiva medicalização do sofrimento frente às adversidades da vida contemporânea. Este uso também é maciçamente influenciado pelas estratégias midiáticas da indústria farmacêutica, a qual dissemina seus potenciais efeitos no alívio dos sintomas relacionados à depressão ou ao estresse, por exemplo. Entretanto, no conteúdo destas mensagens não há uma menção clara e explícita quanto aos riscos inerentes ao consumo deste tipo de droga; em geral as informações sobre a tolerância, a dependência e as reações adversas são omitidas (1).

Conseqüentemente instala-se o uso abusivo que se define por padrões de consumo onde as posologias e o tempo de uso são determinados fora daquilo que é preconizado cientificamente. Este padrão de uso também é constatado pelo fato de que este grupo farmacológico da classe dos ansiolíticos aparece entre os mais vendidos no mundo. No Brasil, entre setembro e agosto de 2011, foram consumidas 19.845.964 unidades (caixas) contra 23.470.193 unidades para o mesmo período em 2015, representando um aumento de 15,45 % no seu consumo (2).

Portanto, trata-se de fármacos cujo uso em determinadas condições clínicas deveria se aplicar na sua fase aguda, e apesar da sua variabilidade comercial nenhum tipo destina-se a um uso por período superior a seis meses. Mas estes aspectos não têm sido considerados e em consequência disto há um contingente de pessoas que utilizam o BZD em dosagens e por período fora do que é preconizado cientificamente.

Alguns estudos já sinalizam que este uso abusivo é mais expressivo em mulheres e que tem se destacado no âmbito da saúde pública pela sua incidência, pela prevalência e por refletir o uso crônico de uma droga fora dos padrões cientificamente recomendados (3-4). Em geral atribui-se uma vulnerabilidade à mulher em função do estereótipo sociocultural relacionado ao gênero feminino, onde este ainda é representado como sendo menos capaz de reagir às adversidades da vida. No cenário assistencial há um reforço desse estereótipo e conseqüentemente uma naturalização do uso abusivo de BZD por parte das mulheres (5).

As iniciativas destinadas a abordar esta problemática têm se mostrado ineficazes, porque em geral se limitam às tentativas de suspender o uso da droga sem uma avaliação criteriosa da prescrição, das possíveis indicações clínicas e das demandas de cuidado que culminaram em uma prescrição médica. A medicalização destas supostas demandas exclui outras abordagens do sofrimento manifesto pela paciente; uma vez diagnosticada a doença cria-se a demanda por uma cura medicamentosa. Outro aspecto a ser considerado são os dados pessoais, sociais e clínicos dessas mulheres, os quais possuem estreita relação com o uso abusivo (4,6).

Portanto, destaca-se a necessidade de se conhecer o padrão de uso do BZD em correlação com os dados pessoais, sociais e clínicos dessas mulheres. Este conhecimento se faz necessário no sentido de empreender uma assistência mais coerente com as demandas que motivaram o seu uso e, portanto, capaz de abordar o uso abusivo. Propõe-se neste estudo uma análise do padrão de uso de drogas benzodiazepínicas em mulheres através da correlação entre os seus dados pessoais e suas condições sociais e clínicas.

## METODOLOGIA

Este estudo integra a pesquisa “Uso abusivo de drogas benzodiazepínicas na atenção à saúde mental: um estudo sobre a vulnerabilidade e a subjetividade feminina”. Foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Fortaleza – CE, na proporção de uma UBS e um CAPS por Secretaria Executiva Regional. Participaram da pesquisa mulheres atendidas nesses serviços (n=520) que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: usar BZD por período superior a seis meses; ter idade igual ou superior a 18 anos; não ser caracterizada como “incapaz” que necessite de autorização da família ou outro responsável; estar em acompanhamento no serviço de saúde. Como critérios de exclusão foram adotados: ser portador de doença aguda ou crônica que limite a verbalização da fala; não estar em condições psíquicas ou econômicas de freqüentar os atendimentos.

Os dados foram produzidos entre os anos de 2015 e 2016 através de um formulário com a seguinte configuração: os dados pessoais correspondendo a idade, estado civil, escolaridade em anos de estudo e religião. Os dados socioeconômicos pesquisados foram: profissão, renda familiar em salários mínimos, condições de lazer; e os dados clínicos coletados a partir do prontuário dessas pacientes, sendo: benzodiazepínico utilizado, queixa/motivo de uso, tempo de uso, as tentativas de interrupção do uso e os motivos de insucesso.

A análise foi desenvolvida inicialmente no SPSS versão 20.0 onde foram calculadas as medidas estatísticas descritivas, médias e desvio padrão. As correlações foram feitas por meio do coeficiente de correlação linear  $r$  de Pearson ou do coeficiente de correlação linear  $r_s$  de Spearman. As médias de dois grupos foram comparadas pelo teste  $t$  de *Student* ou de *Mann-Whitney*; as médias de três ou mais grupos foram comparadas pelo teste  $F$  de Snedecor e, em sendo estatisticamente significativa, as comparações múltiplas foram realizadas pelo teste de *Tukey* ou de *Games-Howell*. Em todas as análises foram consideradas estatisticamente significantes aquelas com  $p < 0,05$ . A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com o parecer 690.266 de 09 de junho de 2014.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os benzodiazepínicos mais consumidos foram o Diazepam® (63,0%), seguido pelo Alprazolam® (16,6%) e Clonazepam® (13,4%). Já com relação às queixas que motivaram o uso da droga destacaram-se a depressão (36,9%), insônia (32,7%), estresse (21,0%) e angústia (20,0%). Em torno de 63,9% dessas mulheres fazem uso de BZD a mais de oito anos.

Constatou-se que 61,6% da amostra empreendeu alguma tentativa de interromper o uso do BZD, mas sem obter sucesso. Dentre essas tentativas de interrupção, os principais motivos de insucesso foram insônia (131; 25,2%), angústia (81; 15,6%), estresse (61; 11,7%) e ansiedade (48; 9,2%).

Quando se relaciona a tentativa de interrupção com o estado civil, as mulheres casadas/ em união estável apresentaram o maior percentual de tentativas de interrupção (63,9%). Quanto maior o tempo de união maiores as tentativas de interromper o uso do BZD (em média de 17,3 anos de união  $\pm$  DP 16,3 anos).

Daquelas que declararam uma religião o percentual registrado foi de 60,9% de usuárias que iniciaram algum procedimento de desmame da medicação.

A proporção de mulheres não casadas (39,8%), sem religião (42,9%) e com escolaridade até básica (40,8%) que não tentaram interromper foi igual a das casadas (36,1%), católica/evangélica (39,1%) e escolaridade média/superior (35,6%) ( $p=0,397$ ) ( $p=0,779$ ) ( $p=0,239$ ).

A média de idade das mulheres que não empreenderam tentativas de interromper o uso do benzodiazepínico ( $53,8 \pm 13,9$ ) foi igual a daquelas que interromperam ( $p=0,976$ ).

Tabela 01 – Distribuição do número de mulheres segundo a tentativa de interrupção do uso de benzodiazepínicos e as variáveis sócio clínicas. Fortaleza-CE, Brasil, 2017.

Tentativa de Interrupção							
Variáveis	NÃO		SIM		RC	IC%	p(1)
	Nº	%	Nº	%			
<b>Casada</b>							0,397
NÃO	123	39,8	186	60,2	1,2	0,8-1,7	
SIM	74	36,1	131	63,9	1,0		
<b>Religião</b>							0,779
Sem religião	6	42,9	8	57,1	1,2	0,4-3,4	
Católica/Evangélica	191	39,1	297	60,9	1,0		
<b>Escolaridade</b>							0,239
Até básica	125	40,8	181	59,2	1,2	0,8-1,8	
Média/ Superior	72	35,6	130	64,4	1,0		
<b>BZD utilizado</b>							
Bromazepam	16	45,7	19	54,3	1,6	0,8-3,2	0,193
Alprazolam	34	40,5	50	59,5	1,3	0,8-2,1	0,319
Clonazepam	31	46,3	36	53,7	1,6	1,0-2,8	0,072
Diazepam	109	34,6	206	65,4	1,0		
<b>Queixa/motivo de uso do BZD</b>							
Insônia	62	36,5	108	63,5	1,0	0,6-1,6	0,972
Estresse	45	41,7	63	58,3	1,2	0,7-2,0	0,457
Angústia	44	41,5	62	58,5	1,2	0,7-2,0	0,455
Depressão	70	36,6	121	63,4	1,0		
	Média ± DP		Média ± DP				P(2)
Idade	53,8 ± 13,9		53,7 ± 13				0,976
Anos de Casada	15,7 ± 16,4		17,3 ± 16,3				0,330
Nº de filhos	2,3 ± 1,6		2,4 ± 1,5				0,540
Renda per capita (SM)	1,5 ± 1,9		1,6 ± 1,2				0,354
Tempo de uso do BZD (meses)	95,5 ± 120		104,3 ± 105,2				0,387

(1) Qui-quadrado de Pearson; (2) Teste t de Student

Tendo em vista que a variável tempo de uso apresentou significância pelo teste ANOVA ( $p=0,029$ ). Aplicou-se então o teste de Tukey para saber quais pares diferenciaram-se. O resultado desse teste apontou que somente a média do tempo de uso de angústia foi maior do que a de insônia ( $p=0,022$ ).

As mulheres com maior nível de escolaridade (ensino médio ou ensino superior) registraram maiores percentuais de tentativa de interrupção (64,4%); enquanto que 59,2% das que afirmaram não possuir escolaridade ou possuir até a escolaridade básica declararam alguma iniciativa de suspensão do uso do medicamento.

A busca pela suspensão do uso foi mais frequente entre as usuárias de Diazepam® (65,4% das usuárias), Alprazolam® (59,5%), Bromazepam® (54,3% das usuárias) e Clonazepam® (53,7% das usuárias).

Aquelas que informaram uma renda per capita média de 1,6 salário mínimo ( $\pm 1,2$  DP) apresentaram maiores percentuais de tentativas de interrupção.

Dentre os motivos apontados para o insucesso na tentativa de interrupção do uso destacaram-se a depressão (63,4%), insônia (63,5%), a angústia (58,5%) e o estresse (58,3%).

Dentre as que mencionaram renda familiar entre 1,5 – 1,9 SM, 75,0% delas empreendeu alguma tentativa de suspender o uso do medicamento; entre 1,10-5,56 SM, 64,1% e entre 0,77-1,0, 60,4% das mulheres buscaram interromper esse uso.

Tabela 02 – Distribuição do número de mulheres segundo o motivo de insucesso do abandono do uso de benzodiazepínicos e as variáveis sócio clínicas. Fortaleza-CE, Brasil, 2017.



Motivo de insucesso do abandono									
Variáveis	Insônia		Angústia		Estresse		Ansiedade		p <sup>(1)</sup>
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Casada									0,042
Não	80	25,6	52	16,6	28	8,9	31	9,9	
Sim	51	24,8	29	14,1	33	16	17	8,3	
Religião									0,78
Não	2	14,3	1	7,1	1	7,1	0	0	
Sim	121	24,5	79	16	59	12	44	8,9	
Escolaridade									0,293
Até básico	74	24,1	48	15,6	32	10,4	29	9,4	
Médio/ Superior	54	26,2	31	15	29	14,1	19	9,2	
BZD utilizado									0,609
Diazepam	85	26,6	57	17,9	37	11,6	29	9,1	
Alprazolam	22	26,2	11	13,1	9	10,7	10	11,9	
Clonazepam	13	19,1	8	11,8	10	14,7	3	4,4	
Bromazepam	8	22,9	5	14,3	5	14,3	4	11,4	
Queixa/motivo de uso do BZD									0,235
Depressão	49	25,5	24	12,5	19	9,9	18	9,4	
Insônia	82	48,2	22	12,9	16	9,4	17	10	
Estresse	16	14,7	12	11	32	29,4	9	8,3	
Angústia	27	25,2	27	25,2	10	9,3	8	7,5	
		Média ± DP		Média ± DP		Média ± DP		Média ± DP	p <sup>(2)</sup>
Idade		54,56 ± 13,4		54,8 ± 12,8		51,3 ± 12,5		54,7 ± 11,3	0,124
Anos de Casada		19,78 ± 16,6		16,8 ± 15,7		16,8 ± 14,7		16 ± 13,1	0,975
Nº de filhos		2,8 ± 2,3		2,7 ± 2,4		2,6 ± 2,2		2,11 ± 1,73	0,965
<b>Renda per capita</b>		1212,3 ± 1016,5		1197,5 ± 728,6		1504,2 ± 1112,0		1365,3 ± 1569,3	0,023
Tempo de uso do BZD (meses)		99,68 ± 104,1		138,9 ± 113,3		82,8 ± 86,8		92,53 ± 91,3	0,202

(1) Qui-quadrado de Pearson; (2) ANOVA

Dentre os motivos apontados para o insucesso na tentativa de interrupção do uso destacaram-se a depressão (63,4%), insônia (63,5%), a angústia (58,5%) e o estresse (58,3%).

Quanto ao insucesso devido à Insônia, identificou-se que a maioria das mulheres não é casada (25,6%) e de declarou ter uma religião (24,5%). Quanto ao nível de escolaridade, a maioria que voltou tem nível médio ou superior (26,2%) e o ensino básico (24,1%). Além do mais, percebe-se que a maior parte das mulheres que apresentaram retorno da insônia faz uso do Diazepam® (26,6%), seguido pelo Alprazolam® (26,2%), Bromazepam® (22,9%) e Clonazepam® (19,1%). Em relação ao motivo do abandono relacionado a essa queixa, tem-se o retorno da insônia (48,2%), seguido pela depressão (25,5%), angústia (25,2%) e estresse (14,7%).

Neste mesmo grupo, dentre aquelas que mencionaram renda familiar têm-se uma variação entre 1212,3 ± 1016,5; o número de filhos variou entre 2,8 ± 2,3. A idade ficou entre 54,56 ± 13,4; 19,78 ± 16,6 são casadas e referiram um tempo de uso do BZD entre 99,6 ± 104,1 meses.

O segundo motivo de insucesso na tentativa de abandonar o uso do medicamento tem-se a angústia. Destas mulheres 16,6% são casadas. Afirmou frequentar uma religião. Acerca do nível de escolaridade, identificou-se que 15,6% tem o nível básico e (15%) tem nível médio ou superior. Percebe-se que a maior parte das mulheres que afirmam ter apresentado retorno da angústia faz uso do Diazepam® (17,9%), seguido pelo Bromazepam® (14,3%), Alprazolam® (13,1%) e Clonazepam® (11,8%). Em relação ao motivo do abandono tem-se o retorno da angústia (25,2%), insônia (12,9%), seguido pela depressão (12,5%), e estresse (11%).



Quando o motivo do abandono está relacionado ao retorno da ansiedade tem-se que 9,9% não são casadas e 8,3% são casadas e 8,9% disseram ter uma religião. Quanto ao grau de escolaridade 9,4% referiram ter cursado até o nível básico e 9,2% nível médio e superior. Quanto ao tipo de benzodiazepínico o medicamento mais utilizado é Alprazolam® (11,9%), Bromazepam® (11,4%), Diazepam® (9,1%), seguido pelo Clonazepam® (4,4%). Em relação ao motivo do abandono tem-se o retorno da insônia (10%), da depressão (9,4%), seguido pelo estresse (8,3%), e da angústia (7,5%).

Dentre as que mencionaram renda familiar têm-se entre 1365,3 ± 1569,3, número de filhos entre 2,11 ± 1,73, idade entre 54,7 ± 11,3 anos, as que são casadas entre 16 ± 13,1 anos e tempo de uso 92,5 ± 91,3 meses.

Quando o motivo de insucesso do abandono ocorreu devido ao estresse, tem-se que a maioria é casada 16%, têm uma religião 12%. Quanto ao nível de escolaridade, 14,1% afirmou ter concluído o ensino médio ou superior e 10,4% afirmou ter concluído o nível básico. Quanto aos tipos de benzodiazepínicos mais utilizados, neste caso, tem-se: o Clonazepam® (14,7%), Bromazepam® (14,3%), Diazepam® (11,6%), seguido pelo Alprazolam® (10,7%). Em relação ao motivo do abandono tem-se o retorno do estresse (29,4%), da depressão (9,9%), seguido pela insônia (9,4%) e por fim o retorno da angústia (9,3%).

Neste mesmo grupo, dentre aquelas que mencionaram renda familiar entre têm-se uma variação entre R\$ 1.504,2 ± R\$112,0; O número de filhos variou entre 2,6 ± 2,2. A idade ficou entre 51,3 ± 12,5 anos; 16,8% são casadas e referiram um tempo de uso do BZD entre 82,6 ± 86,8 meses.

## CONCLUSÃO

O uso abusivo caracterizou-se tanto pelo tempo de uso quanto pelos motivos que embasaram a prescrição medicamentosa. As queixas e os sintomas apresentados pelas mulheres foram traduzidos em um estado patológico cuja abordagem tem se restringido à terapêutica medicamentosa. Esta prática resulta em uso indiscriminado do BZD porque muitas dessas queixas e sintomas os não se enquadram nos critérios diagnósticos para a referida prescrição. Tomando a sociedade contemporânea como o lugar onde essas mulheres vivem e projetam sua existência, tem-se um contexto que lhe atribui estereótipos excluindo a sua própria forma singular de enfrentar os dilemas cotidianos. A não conformidade com este papel é precursora de justificativas para a prescrição do BZD, bem como da justificativa para o uso abusivo.

## REFERÊNCIAS

- Cunha CDA, Souza MCC, Cattanio GAA, Iahnn SR, Lima RC. Benzodiazepine use and associated factors in elderly in the city of Dourados, MS, Brazil. *J braspsiquiatr* [Internet]. 2015 [cited 2016 mar 11]; 64(3):207-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n3/0047-2085-jbpsiq-64-3-0207.pdf> DOI 10.1590/0047-2085000000080.
- BRASIL. Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade - nota técnica: o consumo de psicofármacos no Brasil, dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados ANVISA (2007-2014). [Acesso em: 29 maio 2016]. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/nota-tecnica/>.
- Kantorski LP, Jardim VMR, Porto AR, Schek G, Cortes JM, Oliveira MM. The supply and use of psychotropic drugs in psychosocial care centers in southern Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011[cited 2016 jan 20]; 45(6):1481-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/en\\_v45\\_n6a29.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/en_v45_n6a29.pdf) DOI 10.1590/S0080-62342011000600029.
- Carrilho CA; Silveira LC; Martins I; Dantas RA. Improper use of psychotropic substances amongst women: a study based on the female singularity. *REME. Revista Mineira de Enfermagem*, v. 19, p. 19(3): 664-672, 2015.
- Souza ARL; Opaleye ES; Noto AR. Contexts and patterns of undue use benzodiazepine among women. *Ciê. saúde coletiva*; 18(4): 1131-40, 2013.
- Vantour AL, Arzuaga AR, Romero JB, Fontela NO. Uso y abuso de lãs benzodiazepinas. *Medisan* [Internet]. 2010 [cited 2016 jun 11]; 14(4):555-66. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-3019201000040\\_0017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201000040_0017).

## AGRADECIMENTO

Agradecemos à FUNCAP pelo financiamento do projeto.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jaiana Aline Medeiros<sup>1</sup>, Midian da Rocha Medeiros<sup>2</sup>, Kiarelle Lourenço Penaforte<sup>3</sup>, Islene Victor Barbosa<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará- Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira Doutoranda em Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Enfermeira do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Fortaleza-Ceará-Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de Fortaleza – Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza -UNIFOR. Coordenadora do Grupo de Estudo Tecnologias de Cuidado em Saúde na Enfermagem – TECSAE – UNIFOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: jaianamedeiros@hotmail.com

Palavras-chave: promoção da saúde; instituição de Saúde; enfermeiro.

### INTRODUÇÃO

O conceito de *promoção da saúde* surgiu na década de quarenta do século XX e foi definida a partir da *Carta de Otawa*, produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em 1986 no Canadá, “como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”, situando a promoção da saúde não apenas no setor sanitário, mas também para que se alcance estado físico, mental e social adequados. (PIOVESAN, 2016.)

Nesse documento é apresentado condições de saúde e recursos essenciais para a promoção da saúde e identificados cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema e serviços de saúde. (PINHEIRO, 2015.)

Nesse contexto, a política de promoção da saúde aparece como uma proposta formal em um documento de 2002. Após aceitação e ampliação dessa proposta, foi lançada em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), propondo que as intervenções inclinadas à promoção da saúde estejam focadas nos problemas e nas necessidades de saúde da população centradas em seus determinantes, atuando não somente nos efeitos do adoecer, mas também integrando as comunidades e outros setores. Faz menção, ainda que a promoção da saúde reflete sobre as condições de vida da população e colabora para a expansão de escolhas saudáveis por meio dos sujeitos e das coletividades no âmbito onde vivem e trabalham (PIOVESAN, 2016 e ROCHA, 2014).

A partir dessa perspectiva, se faz necessário a capacitação de pessoas, famílias e comunidade para que tenham autonomia sob suas escolhas e uma melhor qualidade de vida no seu processo de viver. De igual modo, os profissionais de saúde, devem avaliar o seu *modus operandi*, incluindo os usuários de seus serviços nessas conquistas, as quais refletem nos indicadores de saúde.

Tendo em vista a relevância da temática citada, este estudo tem como objetivo conhecer e analisar as produções científicas acerca dos diferentes âmbitos de atuação da promoção da saúde.

### METODOLOGIA

Optou-se pela revisão integrativa da literatura, que tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema, de maneira sistemática e ordenada. As etapas utilizadas para a revisão integrativa foram as seguintes: identificação do problema (formulação da pergunta), pesquisa bibliográfica, avaliação dos dados, análise de dados e relatórios. (MENDES, et al. 2008).

Para nortear a revisão integrativa, formulou-se as seguintes questões: Quais os locais promissores para a prática das ações de promoção da saúde? Em quais ciclos de vida a promoção da saúde tem sido evidenciada? Quais são as formações dos profissionais envolvidos na promoção da saúde?

Para a realização do estudo foram selecionadas publicações em periódicos nacionais e internacionais do ano de 2013 ao período atual (2017). Os dados foram pesquisados nos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Elton B. Stephens Company* (EBSCO) e encontrados na Base de dados de enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *E- Journals*, *Del Mar Times*, *Academic Search Elite*, *Health Source Nursing Academic Editon*, *News Paper Source*, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Os descritores utilizados nas bases selecionadas

foram: promoção da saúde, health promotion, promoción de la salud AND instituição de saúde, health facilities, instituciones de salud AND enfermeiro, nurses, enfermeros.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, disponíveis gratuitamente na íntegra nas bases selecionadas; publicados no período de julho de 2013 a agosto de 2017; nos quais se fizesse referência ao conteúdo que responda aos objetivos do estudo.

Na primeira etapa, foram encontrados 1.213 artigos, posteriormente, prosseguiu-se a leitura minuciosa dos resumos, buscando determinar os critérios de inclusão e exclusão, a adequação e relevância dos assuntos abordados, considerando o objetivo deste trabalho, chegando-se a um total de 14 artigos.

Para a coleta de dados dos artigos incluídos na revisão integrativa, foi utilizado o instrumento validado de URSI, 2005. Este instrumento compreende os aspectos: identificação da publicação (título, autores, local, tipo de publicação, idioma); delineamento metodológico do estudo (objetivo, amostra, critérios de inclusão e exclusão, tratamento dos dados, resultados e conclusões) e avaliação no rigor metodológico (clareza durante a trajetória metodológica empregada, limitações e vies).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O **Quadro I** apresenta os artigos selecionados, junto com seus autores, ano de publicação, público alvo, caracterização do espaço, profissional envolvido e nível de evidência.

	Identificação do artigo	Autor (es) / Ano / Local	Público-alvo	Espaços de atuação	Profissional envolvido	Nível de Evidencia
1	Jogo educativo na promoção da saúde de adolescentes: revisão integrativa	MARIANO, M. R. et al. / 2013 / CE	Adolescente	Atenção Básica	Enfermeiro	I
2	Sickle cell disease: perspectives on the assistance provided in primary attention	MORAES, L. X. et al. / 2017 / PE	Portadores de doença falciforme	Atenção Básica	Médico e Enfermeiro	III
3	Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática	SILVA, COTTA, ROSA / 2013 / MG	Portadores de doença crônicas	Atenção Básica	Nutricionista, Terapeuta Ocupacional	I
4	Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?	MEDINA, M. G. et al. / 2014 / RJ	Portadores de doença crônicas	Atenção Básica	Não especificado	II
5	A escola como campo de promoção à saúde na adolescência: revisão	FAIAL, L. C. M. et al. / 2016 / RJ	Adolescente	Escolar	Enfermeiro	I
6	Small citizen project: health promotion and prevention of child nutrition and orofacial motricity disorders	SANTOS, J. C. et al. / 2016 / SP	Crianças	Escolar	Fonoaudióloga	III
7	Promoção da saúde no ambiente escolar no Brasil	HORTA, R. L. et al. / 2017 / RS	Crianças e Adolescentes	Escolar	Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta	II
8	A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas	CARVALHO, F. F. B. / 2015 / RJ	Crianças e Adolescentes	Escolar	Médico, Enfermeiro, Fonoaudióloga	IV

9	Em defesa dos direitos da criança no ambiente hospitalar: o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros	NEUTZLING, B. R. S. et al. / 2017 / RS	Crianças	Hospitalar	Enfermeiro	IV
10	Formação e atuação do enfermeiro como educador na promoção da saúde no contexto hospitalar	LIS, A. T.; AFONSO, M. L. M. / 2014 / PR	Não especificado	Hospitalar	Enfermeiro	IV
11	Mortalidade por quedas de leitos hospitalares: estudo retrospectivo	BAUSCH, A. B. / 2017 / RS	Paciente com risco de quedas no leito	Hospitalar	Enfermeiro	II
12	A promoção da saúde de crianças em espaço hospitalar: refletindo sobre a prática fisioterapêutica	SÁ, M. R. C.; GOMES, R. / 2014 / RJ	Crianças	Hospitalar	Fisioterapeuta	IV
13	Promoção da saúde de mulheres encarceradas: um relato de experiência	MOURÃO, L. F. et al / 2015 / CE	Mulheres	Penitenciária	Enfermeiro	IV
14	Ações de extensão para promoção da saúde em creche no município de Belo Horizonte (MG)	SILVA, A. V. M. / 2016 / RJ	Crianças	Creche	Bióloga	III

Os artigos analisados são originados de diversos estados: sendo 28,57% (4) do Rio de Janeiro, 21,43% (3) do Rio Grande do Sul, 14,29% (2) da Ceará, 7,14% (1) de Pernambuco, Minas Gerais, São Paulo e Paraná.

No tocante ao nível de evidência, 5 (35,71%) estudos apresentaram nível IV, 3 (21,43%) artigos demonstraram nível I, 3 (21,43%) nível II, como também 3 (21,43%) apresentaram nível III.

Quanto à caracterização dos locais promissores para a prática das ações de promoção da saúde, as pesquisas apontaram para diferentes espaços/ambiente, tais quais: atenção básica, hospitalar, escolar 28,57% (4), creche e penitenciária 7,14% (1).

Entende-se como espaços de PS, todos os locais onde se desenvolvem atividades de cuidado humano, sejam unidades de saúde ou outros espaços coletivos, a exemplo das escolas, creches e penitenciária, como bem mostra os achados nas literaturas, onde há a possibilidade de se realizar atividades educativas com vistas à PS das pessoas. (MARIANO, et al., 2013)

As instituições de saúde, tem se responsabilizado pela PS no setor de saúde pública, possibilitando mudanças no modo de pensar e agir as questões que envolvem a saúde.

Conforme apontam os estudos analisados, atenção básica (AB) é um cenário voltado para o desenvolvimento de ações que promovam a saúde dos usuários, individual ou coletivamente. Este *locus* justifica-se por ser o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde, no qual o sujeito deve ser considerado em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde (MORAES, et al., 2017).

O ambiente hospitalar, também se destaca ativamente comprometida com o planejamento para a PS. O hospital historicamente se constituiu um espaço para tratamento e cura, onde a clínica e a técnica predominaram e ainda predominam até hoje. Mediante ao que as pesquisas revelam, acredita-se que outra cultura tem sido cultivada no interior dos hospitais, tendo como objetivo a saúde ao invés da doença.

Nos demais espaços, as intervenções em saúde ampliam seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, e ao mesmo tempo, desenvolvendo ações e serviços que transcende os muros das unidades de saúde.

Com relação à formação dos profissionais envolvidos na promoção da saúde, dos periódicos analisados, 9 (64,29%) identificaram as ações de promoção sendo desenvolvidas por enfermeiros, 3 (21,43%) por médicos, 2 (14,29%) por fisioterapeuta, fonoaudiólogo e 1 (7,14%) por nutricionista, terapeuta ocupacional, biólogo e 1 (7,14%) não continha informações sobre a formação profissional.

A PNPS, tem como objetivo geral tais princípios: a redução de vulnerabilidades e os riscos para a saúde, devendo estar focados em determinantes e condicionantes, como modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços, devendo os profissionais atuar de modo a defender a saúde da comunidade, não apenas serviços assistenciais. (MORAES, et al., 2017). Assim, observou-se nos estudos a diversidade de formações profissionais participando do processo de promoção da saúde, predominando

o enfermeiro, como o principal articulador neste campo de atuação, pois está presente no dia a dia do serviço, atuando na assistência e na gerência do cuidado, prosseguindo para além de práticas individuais, contemplando as reais necessidades da comunidade a partir do contexto que estão inseridas.

Em relação aos sujeitos dos estudos da temática da promoção da saúde apresentaram-se diversificados, a maioria crianças 42,86% (6), seguido de adolescentes 28,57% (4), portadores de doenças crônicas 14,29% (2), portadores de doenças falciforme, pacientes com risco de quedas e mulheres encarceradas 7,14% (1).

Fortalecer a promoção da saúde nos ciclos de vida é uma das funções centrais da Organização Mundial de Saúde (OMS), garantindo a qualidade da assistência para cada grupo.

Com base nas publicações analisadas, foi possível perceber que o cuidado para a Promoção da Saúde perpassa todos os estágios do ciclo de vida, considerando a criança a fase de destaque, o que justifica as muitas recomendações da OMS, com relação a saúde das crianças, devendo esta ser uma das preocupações primárias de qualquer sociedade, fase única da vida onde o desenvolvimento e o crescimento têm lugar de destaque (SILVA, COTTA e ROSA, 2013).

## CONCLUSÃO

A revisão integrativa apontou avanços na intersetorialidade no que diz respeito a temática analisada. Ou seja, outros setores além do setor saúde vem desenvolvendo ações de promoção, conforme preconizado pela PNPS, atuando nos efeitos do adoecer, mas também integrando as comunidades e outros setores, nos diferentes ciclos de vida.

O enfermeiro se destaca como agente multiplicador dessas estratégias de promoção da saúde, ultrapassando os limites do tratamento e da cura. Estando mais próximo das famílias e comunidade tem a oportunidade de contribuir nos processos construtivos do seu dia a dia, por meio de métodos de ensino participativos e incentivando um viver mais saudável.

## REFERÊNCIAS

- MARIANO, M. R. et al. Jogo educativo na promoção da saúde de adolescentes: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 15(1):265-73. jan/mar; 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.17814>>. Acesso em: 28 ago. 2017
- MORAES, L. X. et al. Doença falciforme: perspectivas sobre assistência prestada na atenção primária. *Rev Fund Care Online*. 9(3):768-775. jul/set; 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.768-775>>. Acesso em: 28 ago. 2017
- SILVA, L. S., COTTA, R. M. M.; ROSA, C.O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 34(5):343– 50. 2013.
- MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? *Revista saúde em debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out; 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017
- FAIAL, L. C. M. et al. A escola como campo de promoção à saúde na adolescência: revisão literária. *Revista Pró-univerSUS*. 07 (2): 22-29. Jan/Jun; 2016. Disponível em: <<http://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/view/344>>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- SANTOS, J. C. et al. Projeto pequeno cidadão: promoção de saúde e prevenção dos distúrbios alimentares e miofuncionais orofaciais em pré-escolares. *Distúrb Comun, São Paulo*, 28(1): 151-161, março; 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/23939>>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- HORTA, R. L. et al. Promoção da saúde no ambiente escolar no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 51:27; 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006709>>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- CARVALHO, F. F. B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1207-1227, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400009>>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- NEUTZLING, B. R. S. et al. Em defesa dos direitos da criança no ambiente hospitalar: o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros. *Esc Anna Nery*. 21(1): e20170025. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-81452017000100224&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452017000100224&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- LIS, A. T.; AFONSO, M. L. M. Formação e atuação do enfermeiro como educador na promoção da saúde no contexto hospitalar. *Revista do centro de educação, letras e saúde da unioeste - campus de Foz do Iguaçu*. V 16,

nº 1 p. jun; 2014. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/9417>> Acesso em: 28 ago. 2017.

BAUSCH, A. B. Mortalidade por quedas de leitos hospitalares: estudo retrospectivo. *Rev. baiana enferm.* 31(2): e17023. 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17023>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

SÁ, M. R. C.; GOMES, R. A promoção da saúde de crianças em espaço hospitalar: refletindo sobre a prática fisioterapêutica. *Interface - Comunicação saúde educação.* 18(51):709-22; 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000400709&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000400709&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 28 ago. 2017.

MOURÃO, L. F. et al. Promoção da saúde de mulheres encarceradas: um relato de experiência. *Sanare.* Sobral, V.14, n.01, p.52-57, jan/jun; 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/608>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

SILVA, A. V. M. Ações de extensão para promoção da saúde em creche no município de Belo Horizonte (MG). *Interagir: pensando a extensão*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 32-45, jul/dez; 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/17548>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

COSTA, G. M. C. et al. Promoção de saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 15(2):506-15. abr/jun; 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15769>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

PIOVESAN, L. R. Promoção da saúde na perspectiva de enfermeiros de atenção básica. *Rev enferm UERJ.* Rio de Janeiro. 24(3): e5816. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.5816>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

SÁ, M. R. C.; GOMES, R. A promoção da saúde da criança: a participação da Fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4):1079-1088, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n4/21.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

PINHEIRO, D. G. M. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.1, p.180-188. 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0180.pdf>>. Acesso em> 29 ago. 2017.

ROCHA, D. G. et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4313-4322, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4313.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Inserir os agradecimentos às pessoas, entidades e/ou agências de fomento ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CUIDADO HUMANIZADO AOS FAMILIARES DE PESSOAS HOSPITALIZADAS EM UTI ADULTA

Francisco Elinaldo Santiago Bastos<sup>1</sup>, Viviane Cunha de Abreu<sup>2</sup>, Benival Neres de Vasconcelos<sup>3</sup>, Lívia Mara de Araújo<sup>4</sup>, Silvana Maria Magalhães Andrade<sup>5</sup>, Antônia Eliana de Araújo Aragão<sup>6</sup>

1 Enfermeiro, Egresso das Faculdades - (INTA), Sobral-Ceará-Brasil, Especialista em Urgência e Emergência Adulto e Pediátrico(FIB) SC,

2 Enfermeira, Egressa das Faculdades - (INTA), Sobral-Cear-a-Brasil, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família, Assistencialista de UBS pela Prefeitura Municipal de Moraújo-CE ;

3 Enfermeiro, Egresso das Faculdades - (INTA), Especialista em Obstetrícia e Neonatologia, Assistencialista do Serviço de Urgência e 4 Emergência na Santa Casa de Misericórdia de Sobral-Ceará-Brasil;

4 Enfermeira, Egressa das Faculdades - (INTA), Especialista em Saúde Pública e Vigilância Sanitária, Sobral-Ceará- Brasil,

5 Enfermeira, Especialização em Centro de Terapia Intensiva - (UECE), Assistencialista na UTI Adulto na Santa Casa de Misericórdia de Sobral-Ceará-Brasil;

6 Enfermeira, mestre e doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará- (UFC), Coordenadora do curso de Enfermagem do Centro Universitário -(UNINTA).

E-mail: elinaldo.santiago@hotmail.com

Palavras-chave: Humanização hospitalar. UTI. Cuidado humanizado. Família. Paciente.

### INTRODUÇÃO

A atmosfera hospitalar está associada à tensão, ao sofrimento e muitas vezes ao confronto com a morte, esses aspectos causam na maioria das vezes desconforto em sabermos que em algum momento de nossas vidas iremos vivenciar tal experiência, seja por meio de um simples exame de rotina até uma internação curta ou de longa duração (FEITOSA, 2015). Para o paciente hospitalizado, o ambiente hospitalar é percebido como uma experiência desagradável, de maneira, que os pacientes internados enfrentam muitas dificuldades, entre elas, o ambiente desconhecido, à distância do grupo familiar, o convívio com pessoas estranhas, os procedimentos invasivos, as limitações impostas pela enfermidade, bem como a perda da autonomia de seu próprio corpo (ANDRADE; MARCON; SILVA, 2013).

No momento de fragilidade, ter a família por perto é tão importante quanto à participação do Profissional. A condição enferma não atinge somente o paciente hospitalizado, a doença atinge a toda a família que tem um papel fundamental no processo de cuidado deste paciente. Segundo Penna (2014), as famílias exercem grande influência sobre o curso da doença no paciente, sobretudo quando este é uma criança. Porém, se forem bem orientadas, poderão auxiliar as pessoas hospitalizadas na utilização de seus recursos de adaptação de forma mais eficaz, respeitando suas possibilidades e limitações individuais, daí a importância de uma equipe bem qualificada para oferecer ao paciente e sua família o acolhimento de que necessitam.

A família precisa ser trabalhada e orientada da sua importância no processo de cuidado e entender que a evolução patológica de seu ente querido depende em parte da sua saúde emocional e física. É importante que a família não deixe transparecer qualquer tipo de preocupação, que possa ser percebida pelo enfermo, como por exemplo, o cansaço físico e mental que esse familiar enfrenta em uma internação. Isso já são motivos mais que suficientes para causar preocupações ao paciente. Na linha de frente de batalha no processo de cuidado, encontra-se o profissional cuidador, que é aquele que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, e zelo, é o que vai fazer uso de tecnologias e técnicas para se chegar ao processo de cura (DELGADO, 2010).

Para isso faz-se necessário que, paciente e familiar entenda todo processo de cuidado e que haja a participação efetiva de ambos. O Profissional envolvido no processo de cuidado, na maioria das vezes, é submetido à alta sobrecarga emocional, é muitas vezes obrigado a lidar com situações diretas de agressão e incompreensão do tratamento, o comportamento violento de pacientes hospitalizados ou mesmo de seu familiar pode acabar interferindo ou mesmo impedindo-os de receber tratamento adequado ou mesmo, tornar-se obstáculo para que os profissionais possam salvar suas vidas, por meio do cuidado humano (ELSEN; MARCON; SILVA, 2002).

Segundo Waldow (2001) trata-se de uma atitude em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Pessoas se relacionam de uma forma a promover o crescimento e o bem estar da outra. Dessa forma torna-se um grande desafio para a enfermagem a construção do fazer, agir e acolher, considerando sempre as dimensões éticas, subjetivas e institucionais, não deixando esquecidos os valores, sentimentos e os limites do ser cuidado e do ser cuidador (DAL PAI; LAUTERT, 2015).



## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pelos acadêmicos, profissionais, docentes integrantes do projeto de pesquisa e extensão Humanização: Humanizando-se para humanizar do Curso de Graduação em enfermagem das Faculdades INTA. A experiência ocorreu de janeiro a dezembro do ano de 2016, realizado na unidade de terapia intensiva- adulto, de um hospital de referência na cidade de Sobral/CE, durante o ano de 2016. Semanalmente eram realizados encontros com o grupo, com o intuito de discutir tudo que fora observado durante as visitas. Teve como objetivo realizar um cuidado voltado para a humanização dos familiares de pessoas internadas na Unidade de Terapia Intensiva, as ações do grupo caracterizam-se por meio das ações humanizadoras, por meio do acompanhamento e orientação aos familiares, no sentido de tranquilizá-los quanto ao estado dos pacientes.

No período de vivência, os discentes participantes do projeto desenvolveram atividades como: participação do seminário Humanizando a UTI, promovido pela Pastoral da Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e o treinamento básico em UTI, realizado pela Coordenadora da UTI da Santa Casa de Misericórdia.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trabalhar a humanização com os familiares nos remete a um olhar amplo, com vistas a atender as necessidades do ser humano em sua totalidade. Essa intervenção foi de grande relevância na garantia de um cuidado humanizado, onde mostrou que os familiares apresentaram maior segurança e conhecimento sobre o problema de seu familiar, apresentando-se mais confortados no momento da visita, visto que, todas as informações necessárias eram repassadas de forma clara e com linguagem de fácil compreensão antes da entrada dos mesmos à UTI.

Essa forma de cuidar e acompanhar esse familiar diminuiu bastante o número de ligações telefônicas que o setor de UTI recebia, muitas dúvidas foram possíveis de serem solucionadas no ato da visita, já que cada familiar era acompanhado por um acadêmico, disponível a resolver suas inquietações e dúvidas existentes. Compreendem-se, portanto, que a presença dos acadêmicos está contribuindo para a efetivação da humanização aos cuidadores, familiares, profissionais e pacientes da UTI.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que os aspectos qualitativos presentes na vida humana são de suma importância na compreensão das necessidades de cada pessoa. Pelo fato do processo do cuidar envolver vidas não podemos realizar apenas atribuições técnicas profissionais, e sim usarmos a capacidade de perceber e compreender o ser humano em seu meio. Portanto o cuidado à vida não pode está desvinculado de uma atenção humanizada, pois somente será possível exercê-lo, se compreendermos o ser humano na sua totalidade, com um olhar voltado a compreender suas diferenças no pluralismo e na diversidade. O universo hospitalar mergulha em um misto de sentimentos que não expira aproximação, e os profissionais cuidadores envolvidos neste ambiente podem ser vistos como parte da causa dessa rejeição. É preciso trabalhar paciente e familiar fazendo com que os mesmo entendam que o universo hospitalar não se trata de um ambiente somente de sofrimento e dor, mas sim, de um lugar onde existem seres humanos cuidadores que cuidam e merecem serem cuidados também, pode muitas vezes tratar-se de um lugar de renascimento da vida.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, O. G; MARCON S.S; SILVA D. M. P. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2013 jul; 18(2): 123-32. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034700988998021&lng](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034700988998021&lng)>. Acesso em 27 mar. 2014
- DAL PAI, D.; LAUTERT, L. **Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem.** **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 58, n. 2, abr. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672005000200021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672005000200021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 27 mar. 2014.
- DELGADO, J. A. A família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. **Rev. bras. enferm.** Brasília. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=9999974646363800S003471672005000200021&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em 27 mar. 2014.
- ELSEN, I.; MARCON, S. S; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá (PR): EDUEM; 2002.
- PENNA, T. L. M. **Dinâmica Psicossocial de famílias de pacientes com câncer.** 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/sciel974646363800S003471672005000200021&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em 27 mar. 2014.



FEITOSA, L. **Humanização nos Hospitais**. Ceará-Fortaleza: Livro Técnico, 2015.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Ed. Sagra Luzatto. 2001

### **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus primeiramente por ter realizado esse trabalho gratificante, a Santa Casa de Misericórdia de Sobral e especialmente ao Centro Universitário-(UNINTA), Sobral-CE junto ao curso de graduação em Enfermagem.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IMPLEMENTAÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE EM CASOS DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO CEARÁ

**Jaiana Aline Medeiro<sup>1</sup>, Midian da Rocha Medeiro<sup>2</sup>, Kiarelle Lourenço Penaforte<sup>2</sup>, Islene Victor Barbosa<sup>3</sup>**

*1 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará- Brasil.*

*2 Enfermeira Doutoranda em Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Enfermeira do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Universidade de Fortaleza – Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza -UNIFOR. Coordenadora do Grupo de Estudo Tecnologias de Cuidado em Saúde na Enfermagem – TECSAE – UNIFOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

E-mail: jaianamedeiros@hotmail.com

Palavras-chave: promoção da saúde; doenças cardiovasculares; enfermagem.

### INTRODUÇÃO

Doença Cardiovascular (DCV) é um termo generalizado que descreve uma patologia que provoca uma alteração no funcionamento do aparelho circulatório.

Não existe uma causa principal ou única para a (s) DCV, mas é sabido que existem elementos que podem provocar um aumento da probabilidade de ocorrê-las. Estes elementos são denominados fatores de riscos cardiovasculares (FR). Dentre estes podemos destacar etnia, histórico familiar, estresse excessivo, idade, bebida alcoólica, colesterol elevado, sedentarismo, tabagismo, diabetes, hipertensão, dentre outros.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano, 17,3 milhões de pessoas falecem devido a DCV. A estimativa para 2030 é que o montante possa chegar a 23,6 milhões. (FATORES, 2017). No Brasil, segundo o DATASUS, nos últimos anos 5 anos (2012-2016), mais de 535 mil pessoas chegaram ao óbito com doenças no aparelho circulatório.

Visando a diminuição dessas estatísticas, essa patologia foi inserida no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O plano visa a preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. (BRASIL, 2017.)

Nos últimos 10 anos, notou-se uma redução de quase 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que provavelmente é conferido aos programas de expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e diminuição do tabagismo desde os anos 1990, despontando como admirável avanço na saúde dos brasileiros (BRASIL, 2017)

O estudo é relevante pois pretende demonstrar que os óbitos por doenças do aparelho circulatório, apesar da diminuição no último biênio, ainda têm grandes proporções como também as propostas de programas que o estado do Ceará tem promovido como respostas ao plano de estratégia nacional. Com isso, objetivo-se identificar a implementação de estratégias de saúde pública, utilizadas para reduzir os indicadores das Doenças Cardiovasculares, promovendo, assim, uma melhoria na qualidade de vida dos mesmo, bem como os índices de saúde no estado.

### METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada através de informações obtidas junto a Secretaria de Saúde Pública do Estado do Ceará (SESA) como também do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados foram coletados do serviço de Informações de Saúde (TABNET) sobre Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS), a partir dos registros de óbitos por doenças do aparelho circulatório desde 2011 até o primeiro semestre de 2017 da faixa etária de menor de 1 ano a mais de 80 anos. O SIH/SUS é um banco de internação hospitalar destinado ao pagamento de procedimentos realizados no SUS, a partir do preenchimento da Autorização da Internação Hospitalar (AIH-SUS).

Após a coleta dos dados necessários, os mesmos foram dispostos em planilhas no programa Microsoft Excel versão Office 2016 e, em seguida, feita análise estatística descritiva das frequências absolutas, como também relativas, mostradas conforme disposição no texto, representadas por meio de tabelas e gráficos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, realizou-se uma explanação da taxa de óbitos por internações hospitalares por agravos cardiovasculares no estado do Ceará. No Brasil, se revelou um valor crescente nos últimos 6 anos, totalizando 573.421 óbitos no país. No caso do Estado do Ceará, esse valor é de 17.493 (3,05% do total do país) desses óbitos. Dentre estes, predomina faixa etária maior de 50 anos, com 15.430 (88,21%) casos de e óbitos, prevalecendo o sexo masculino (50,27%) com 8.793 casos, destacando-se a cor/raça parda com 8.999 (51,44%). Vide Tabela 1.

**TABELA 1 – Óbitos por doença do aparelho circulatório no BRASIL e CEARÁ por FAIXA DE IDADE e COR/RAÇA.**

<b>ÓBITOS POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO</b>									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	%
BRASIL	88.596	86.792	87.395	87.082	91.473	94.639	37.444	573.421	
CEARÁ	347	3.036	2.990	3.129	3.344	3.354	1.293	17.493	3,05
CE-MASCULINO	184	1.499	1.525	1.527	1.691	1.713	654	8.793	50,27%
CE -FEMININO	163	1.537	1.465	1.602	1.653	1.641	639	8.700	49,73%
<b>ÓBITOS POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO NO CEARÁ POR FAIXA DE IDADE</b>									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	%
MENOR 1 ANO	3	13	5	15	9	11	5	61	0,35%
1 A 4 ANOS	1	2	4	2	3	4	2	18	0,10%
5 A 9 ANOS	1	1	3	3	0	5	2	15	0,09%
10 A 14 ANOS	0	7	4	3	2	10	1	27	0,15%
15 A 19 ANOS	5	17	17	20	21	24	8	112	0,64%
20 A 29 ANOS	6	41	55	47	43	63	13	268	1,53%
30 A 39 ANOS	17	92	73	87	96	101	29	495	2,83%
40 A 49 ANOS	25	202	193	178	191	203	75	1.067	6,10%
50 A 59 ANOS	39	355	321	365	393	407	165	2.045	88,21%
60 A 69 ANOS	63	555	561	642	688	656	269	3.434	
70 A 79 ANOS	95	752	799	822	881	854	342	4.545	
80 ANOS E MAIS	92	999	955	945	1017	1016	382	5.406	
	17.493								
<b>ÓBITOS POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO NO CEARÁ POR RAÇA</b>									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	%
BRANCA	8	104	137	152	179	207	77	864	4,94%
PRETA	0	21	14	19	27	27	8	116	0,06%
PARDA	128	1594	1672	1874	1625	1486	620	8999	51,44%
AMARELA	0	4	20	35	95	181	81	416	2,38%
INDÍGENA	1	0	0	0	1	1	1	4	0,02%
SEM INFORMAÇÃO	210	1313	1147	1049	1417	1452	506	7094	40,55%
									17493

Tais achados podem ser justificados devido aos homens não possuírem o hábito de procurar os serviços de saúde de forma preventiva. Essa preponderância corrobora com o estudo de VIEIRA et al (2015). Os autores LOPES et al. (2014) e DUTRA et al. (2016) complementam que a prevalência das DCVs no idoso está relacionado ao curso natural da vida, que predispõe ao desenvolvimento de doenças, principalmente as cardiovasculares, os quais, podem gerar elevados custos para o Sistema Único de Saúde – SUS, considerando que idoso de amanhã é consequência do jovem de hoje. A cor parda se destaca por representar 45% do total populacional do país, logo a probabilidade de doenças cardiovasculares será maior nessa raça. (IBGE,2014)

Sabe-se que para a tendência de queda da mortalidade por essa causa, se faz necessário a elaboração e implementação de estratégias de saúde pública que venham reduzir os indicadores desse adoecimento. Desta

forma, o Governo do estado do Ceará, por intermédio da Secretaria da Saúde do estado Ceará (SESA), órgão da administração direta do Governo estadual que Gerencia no Estado o Sistema Único de Saúde (SUS), tem se articulado para desenvolver ações preventivas e promocionais de saúde, associadas à detecção precoce e ao tratamento oportuno e ao reordenamento dos serviços de saúde do SUS, baseando-se no que estabelece as diretrizes, estratégias e ações para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil.

Essas ações e/ou estratégias estão voltadas para intervir nos fatores de riscos das DCNTs, de acordo com o monitoramento populacionais sobre incidência, prevalência, morbimortalidade e fatores de risco de cada município. Dentre estas, destacaremos as principais: garantir o comprometimento das Secretarias relacionadas às ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT; estabelecer acordo com setor produtivo e parceria com a sociedade civil visando a prevenção de DCNT e a promoção à saúde respeitando o artigo 5.3 da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (Decreto 5658/06) e suas diretrizes; criar estratégia de comunicação com o tema de promoção da saúde; prevenção de DCNT e seus fatores de risco e promoção de modos de vida saudáveis; ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável; ações de regulamentação para promoção da saúde; avançar nas ações de implementação e internalização das medidas legais da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, articular ações para prevenção e para o controle da obesidade; fortalecer ações de promoção à saúde e prevenção do uso prejudicial do álcool; implantar um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo.

Apesar das ações do plano serem multifatorial, faz-se necessário ressaltar a linha de ação relacionada a alimentação, pois esta quando é ingerida de forma inadequada potencializam os riscos para DCV, diabetes Mellitus, neoplasias e outras doenças crônicas não transmissíveis. Deste modo, as dietas hipersódica e hipercalóricas afetam o tratamento dos portadores de DCV, elevando o risco de complicações e até de morte. (DUTRA et al., 2016). Vale salientar, que alimentação saudável é considerada um tratamento não farmacológico, concomitante ou não com o medicamentoso, são utilizados no tratamento das comorbidades em gerais.

## CONCLUSÃO

Podemos perceber, através da pesquisa a proporção dos óbitos por internações hospitalares por agravos cardiovasculares no estado do Ceará, fato que afirma que nos óbitos por doenças cardiovasculares de pessoas com idade acima de 50 anos e da raça parda, seguiram o mesmo padrão dos óbitos nacionais e estaduais por doença.

A alta prevalência das DCV, tem confrontado o setor saúde, exigindo que as políticas públicas envolvidas no combate aos seus fatores de risco, além de bem formuladas e abrangentes, ultrapassem o papel e se estenda dos consultórios para os locais públicos, acompanhando não só tratando a doença com fármacos, mais que tenham uma equipe multiprofissional aptos para trabalhar a educação nutricional e física e o fator psicológico desses pacientes inseridos nesse grupo de doenças, só assim poderemos apresentar melhoras nas taxas de morbimortalidade.

## REFERÊNCIAS

LOPES, F. A. M. et al. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. *REAS [Internet]*. 3(1):84-94. 2014. Disponível em: <<http://uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/933>> Acesso em: 30 ago. 2017.

DUTRA, D. D. et al. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. *J. res.: fundam. care. online*. 8(2):4501-4509. abr/jun; 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4787>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

VIEIRA, M. S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com doenças cardiovasculares e pulmonares atendidos em uma upa (unidade de pronto atendimento). *Revista Inspirar - movimento & saúde movimento & saúde*. Vol. 7 - n 2. abr/jun; 2015. Disponível em: <<https://www.inspirar.com.br/novosite/wp-content/uploads/2015/08/perfil-epidemol-416-v7-n2-2015.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. *Arq Bras Cardiol [online] ahead print*, PP.0-0. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt\\_0066-782X-abc-20160077.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160077.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2017.

BRASIL. DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET), 2017**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis(DCNT), 2011-2022**. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2014**. IBGE, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

FATORES de risco para doenças cardiovasculares. Diário do Nordeste, 2017. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/vida/online/fatores-de-risco-para-doencas-cardiovasculares-1.1748241>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo cuidado constante!

A Universidade de Fortaleza, pela oportunidade de iniciação à pesquisa. A Kiarelle Lourenço Penaforte, pela orientação, apoio e confiança.

A nossa família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. A todos que direta ou indiretamente contribuíram para elaboração desse trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DETECÇÃO PRECOCE

Aimêe Veras Alexandre<sup>1</sup>, Cleciana Alves Cruz<sup>2</sup>, Carla Ruthielly de Lima Freitas<sup>3</sup>, Fernanda Mota de Castro<sup>4</sup>, Andréia Cristina Almeida de Medeiros<sup>5</sup>, José Pereira da Cruz Filho<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>2</sup> Graduanda em Fisioterapia, Centro Universitário Christus, Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>3</sup> Graduanda em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado (FVS), Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>4</sup> Graduando em Medicina, Faculdade de Medicina de Juazeiro (FMJ), Juazeiro do Norte-Ceará-Brasil.

E-mail: aimeeveras@hotmail.com

Palavras-chave: Detecção Precoce de Câncer. Mulheres. Neoplasia do colo do útero.

### INTRODUÇÃO

O Útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino, constituído de tecido fibromuscular. Está localizado no abdome inferior entre a bexiga e o reto (BRASIL, 2012). É dividido em três partes: o colo (subdivide em endocérvix e ectocérvix), o seguimento inferior e o corpo. Com peso médio de 50g e medição de 8,0cm (ROBBINS & COTRAN, 2010). O colo uterino é formado pelo epitélio escamoso estratificado não queratinizado cujo mesmo é constituído por três camadas; basal, espinhosa, e superficial. A Junção Escamocolunar (JEC) é a área de transformação do epitélio pavimentoso estratificado em epitélio colunar mucossecretor (RICCI *et al.*, 2008).

A Neoplasia, nome dado cientificamente ao câncer, quer dizer “novo crescimento”. A diferença de uma célula normal para uma neoplásica é principalmente a invasão de tecidos circunvizinhos (ROBBINS; COTRAN, 2010). Segundo o INCA (2012) o processo de formação do câncer (carcinogênese), acontece geralmente de forma lenta, podendo levar anos até que o tumor venha a ser visível.

O câncer do colo do útero (CCU) frequentemente tem origens na JEC, sendo acompanhado, na maior parte, por Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) e carcinoma *in situ*, que se não tratado adequadamente evolui para carcinoma invasivo em até 30% dos casos. O tumor do colo uterino na sua fase inicial é assintomático ou tem poucos sintomas, isso faz com que as mulheres não procurem ajuda no início da doença. Devido à procura médica tardia, tumor pode atingir vulva, vagina, bexiga, ureter e reto, a sua manifestação depende de sua localização (FREITAS *et al.*, 2011).

O uso de anticoncepcionais orais, o tabagismo, iniciação precoce de atividade sexual, multiparidade, número de parceiros sexuais, idade, principalmente as infecções pelos tipos oncóticos do papilomavírus são fortes fatores de risco para o acometimento da patologia (INCA, 2016b). O HPV é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), pode contaminar homens e mulheres. São mais de 100 tipos de HPV conhecidos, sendo que 30 a 40 deles acometem a região genital causando diversas doenças e vários tipos de cânceres, dentre eles o CCU (INSTITUTO-HPV, 2013).

Nos anos 1930 o Dr. George Papanicolau descobriu uma técnica para analisar as células do colo uterino, com a finalidade de identificar lesões percursoras ou sugestivas de câncer a partir da coleta de células epiteliais (GASPARIN *et al.*, 2016).

Para o tratamento das neoplasias, existem hoje três tipos de intervenções, cirurgia, radioterapia e quimioterapia, podendo ser usadas em conjuntos para a realização do tratamento correto (BRASIL, 2016).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem papel importante no controle do CCU, a prevenção desse tipo de neoplasia tornou-se mais eficaz através das ações desenvolvidas pelas ESF's que tem práticas de prevenção e promoção de saúde da atenção primária. As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) são consideradas porta de entrada dos usuários para a busca de atenção primária à saúde. A ESF é uma importante ferramenta que está inserida nas UAPS, que possibilita a realização dos exames nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais de saúde capacitados para realizá-lo. Diversas campanhas educativas têm sido realizadas, voltada para a população e para os profissionais da saúde, incentivando o exame preventivo para toda mulher que tenha ou haja tido atividade sexual, especialmente se estiver na faixa etária dos 25 aos 64 anos de idade. Entretanto uma grande parte de mulheres nunca realizou, ou não tem o hábito de realizar o exame. Logo, o estudo teve por objetivo investigar a periodicidade da realização do exame de detecção do câncer do colo do útero.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no município de Lavras da Mangabeira. O cenário da pesquisa foi a Estratégia Saúde da Família Sinharinha Ferrer – SEDE III localizada na zona urbana da cidade, que é responsável por assistir 1.346 famílias, com uma considerável demanda de mulheres cadastradas (cerca de 500 a 600). Participaram da pesquisa 15 mulheres, em que a coleta foi dada por encerrada mediante o critério de saturação das respostas. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: sexo feminino, idade de 25 a 64 anos, estar cadastrada na UBS pesquisada, concordar em participar do estudo espontaneamente mediante apresentação dos objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Pós-esclarecido. Utilizou-se como método de exclusão: mulheres que estavam ou já tiveram câncer de colo de útero e que desistiram de participar da entrevista no decorrer da realização da mesma.

O instrumento utilizado para a pesquisa foi um roteiro de entrevista semiestruturada, o qual continha questões objetivas e subjetivas, abordando os objetivos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no mês de Abril de 2017. A entrevista seguiu a rotina de atendimento da UBS, dias de realização do Papanicolau que se deram todas as quintas-feiras. As mulheres foram abordadas na sala de espera, com explanação dos objetivos da pesquisa, após aceitarem participar, foram encaminhadas para a Sala de Reuniões da unidade. As informações obtidas através das entrevistas foram transcritas viabilizando a compreensão das respostas. A análise deu-se pela Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefevre e Lefevre. A pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovada conforme parecer de número 2.192.683.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados mostram que se tem uma boa adesão das mulheres cuja periodicidade é anual. Optou-se pela manutenção da realização anual do exame, pois as mulheres alegam maior segurança e tranquilidade na prevenção do câncer do colo do uterino, como mostra os discurso a seguir.

“Faço anualmente”. “Eu realizo anualmente”. “De ano em ano eu faço o exame”. “Uma vez por ano”. “Nunca passa mais de um ano”.

No Brasil, apenas 15% das mulheres acima de 20 anos realizam o Papanicolau, mesmo considerando um percentual de mulheres que utiliza serviços não públicos. Por isso é importante identificar os motivos que interferem na hora de procurar ou não um serviço de saúde para realizar o exame de prevenção do CCU (GUERRA *et al.*, 2010).

Apenas algumas das mulheres afirmam realizar o Papanicolau em datas diferenciadas como, a cada dois anos, ou quando notam a presença de alguma alteração.

“Sempre faço, de dois em dois anos”. “Vou fazer de dois em dois anos, ou quando tem alguma coisa estranha”. “Realizo, mas só a cada dois anos”.

O desconhecimento sobre a doença e representações do Papanicolaou, assim como a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde; as práticas de cuidado da saúde sexual; as atitudes dos parceiros, e o medo da dor e os pudores relacionados à exposição do corpo dificultam as práticas preventivas (DIAS *et al.*, 2015). Na análise das respostas obtidas observou-se que as maiores dificuldades encontradas pelas mulheres para realização do Papanicolau são: a vergonha, demora dos resultados e a falta de material, e que as clientes se deslocam até as UBS e quando chegam não há material para realização do exame. Também se pôde observar a vergonha que as mulheres sentem ao realizar o procedimento, principalmente quando é um profissional do sexo masculino, muitas vezes deixam de ir realizar o exame por esse fator.

As orientações sobre periodicidade de realização do exame citopatológico são dois exames consecutivos que devem ser feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o exame deve ser feito a cada três anos. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. Os exames devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas sem história prévia de lesões pré-neoplásicas, devem ser interrompidos quando, após esta idade (BRASIL, 2016).

## CONCLUSÃO

No Brasil, ainda é pequeno o número de mulheres que realizam o Papanicolau anual, por isso, é importante identificar os motivos que interferem na hora de procurar ou não um serviço de saúde para realizar o exame de

prevenção do CCU. Essas variáveis são relevantes, principalmente, em relação ao conhecimento sobre a doença e a importância da prevenção, ou seja, para a representação social sobre o Câncer do Colo do Útero.

## REFERÊNCIAS

- \_\_\_\_\_. Instituto Nacional De Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos de atenção básica a saúde da mulher**. 1 ed. Brasília – DF. Editora do Ministério da Saúde, 2016.
- DIAS, E. G; SANTOS, D. D. C; DIAS, E. N. F; ALVES, J. C. S; SOARES, L. R; Avaliação do conhecimento em relação à prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres de uma Unidade de Saúde. **Ver. Epidemiol. Control. Infect. Santa Catarina – RS, 2015; v.5, n.3, p 136-140.**
- GASPARIN, V. A; PITILIN, E. D. B; BEDIN, R; METELSKI, F. K; GEREMIA, D. S; FILHO, C. C. D. S. Fatores associados à representatividade da zona de transformação em exames citopatológico do colo uterino. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 2, p. 01-09, jun. 2016.
- GUERRA, M. R; MOURA, G. C. V; MENDONÇA, G. A. S; Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. Juiz de Fora – MG, 2010, v.51, n.3, p 227-234.
- RICCI, M. D; PIATO, J. R. M; PIATO, S; PINOTTI, J. A; **Oncologia ginecológica: aspectos atuais do diagnóstico e do tratamento**. 1. ed. Barueri: Manole, 2008.
- ROBBINS & COTRAN. **Patologia: Bases patológicas das doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- \_\_\_\_\_. Instituto Nacional De Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016b.
- INSTITUTO DO HPV. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia das Doenças do Papilomavírus Humano. **Guia do HPV: Entenda de vez os papilomavírus, as doenças que causam e o que já é possível fazer para evitá-los**, 2013. Disponível em: <[http://www.incthpv.org.br/upl/fckUploads/file/Guia%20do%20HPV%20Julho%202013\\_2.pdf](http://www.incthpv.org.br/upl/fckUploads/file/Guia%20do%20HPV%20Julho%202013_2.pdf)> Acessado em: outubro de 2016.
- LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014.

## AGRADECIMENTOS

Aos professores do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, por todo suporte e incentivo à pesquisa.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONSTRUÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMPARTILHADO E INTERDISCIPLINAR COMO ESTRATÉGIA FORMATIVA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Dayse Lôrrane Gonçalves Alves<sup>1</sup>, Josualdo Araujo Lima Ribeiro<sup>2</sup>

*Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE.*

*Residente Multiprofissional em Saúde da Família - Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Fortaleza-Ceará-Brasil,*

*E-mail: dayselorranealves@gmail.com.*

*Palavras-chave: Projeto Terapêutico Singular. Estratégia Formativa. Residência Multiprofissional.*

### INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Integrada em Saúde, oferecido pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), objetiva formar lideranças técnicas, científicas e políticas por meio da interiorização da Educação Permanente Interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das Redes do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, além de formar profissionais qualificados, humanizados e comprometidos para atuação no SUS, esse programa também busca gerar melhorias nos serviços, instituições e municípios onde atua.

Os profissionais-residentes estão imersos nos serviços das redes de atenção e sua formação dar-se no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, no ciclo ação - reflexão - ação. Dessa forma, o processo formativo da Residência acontece baseado em atividades disparadoras, que, como o nome indica, trazem em si um modelo diferenciado de educação, pois criticam modelos prontos, verticalizados e descontextualizados do SUS de formação na área da saúde e, ao invés disso, procuram ativar-estimular processos reflexivos, críticos e de aprendizagem de aspectos teóricos e práticos a partir das necessidades dos serviços e da população.

Neste contexto, no Módulo de Atenção Integral à Saúde do Adulto na Saúde da Família, específico da ênfase comunitária, os residentes trabalharam com ferramentas da Clínica Ampliada que ajudam as equipes de saúde na operacionalização do Cuidado Integral no cotidiano do serviço: como o Genograma, o Ecomapa e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Ante ao exposto, a atividade proposta no final do módulo tratava-se da construção coletiva e interdisciplinar de um PTS, que contribuísse para efetivação da Clínica Ampliada e do Cuidado Integral no cenário de prática dos residentes.

Para a efetivação do cuidado integral, torna-se imprescindível que os serviços ofereçam atividades inovadoras e diferenciadas, tanto de cunho preventivo, quanto assistencial, as quais estejam de acordo com as necessidades dos usuários e dos territórios. Dentro desta perspectiva, a clínica ampliada surge como uma proposta de atenção integral à saúde, pois considera o usuário como o centro do cuidado, o que diz respeito à urgente necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas clínicas, e leva em consideração a complexidade dos indivíduos e a multicausalidade das doenças na análise e diagnóstico dos problemas de saúde (BRASIL, 2010). Dessa forma, a clínica ampliada constitui-se em um compromisso ético e radical com o usuário e em uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) caracteriza-se como uma instrumento da clínica ampliada, o qual promove cuidados integrais e longitudinais em saúde por meio da construção compartilhada de condutas terapêuticas. Geralmente, é desenvolvido com indivíduos, famílias ou grupos e utilizado para intervenções em casos complexos e emblemáticos do território (BRASIL, 2010).

Historicamente, o PTS desenvolveu-se no campo da atenção à saúde mental, atrelado às práticas de saúde interdisciplinares que questionavam o modelo psiquiátrico hegemônico, pois as mesmas procuravam respeitar os usuários em suas diferenças e em todas as suas dimensões constitutivas, além de considerá-los como sujeitos ativos dos seus tratamentos (PINTO *et al.*, 2011). A referida ferramenta de atuação clínica é, atualmente, utilizada em outros espaços de atuação de equipes interdisciplinares, como na Estratégia de Saúde da Família. Neste contexto, é um recurso de trabalho diferenciado que os profissionais da atenção primária podem apropriar-se para dar respostas resolutivas às necessidades de saúde da população.

O PTS deve envolver o usuário, sua família, sua história, sua cultura, sua vida cotidiana e sua qualidade de vida, já que busca promover a autonomia e a cidadania dos usuários frente aos seus processos de saúde-adoecimento e cuidado. Para a construção do PTS, escolhe-se um coordenador, o qual será o profissional que possui maior vínculo com o usuário e sua família, para facilitar a efetivação do projeto terapêutico em quatro momentos: Diagnóstico da situação, Definição de ações e metas, Divisão de responsabilidades e Reavaliação (BRASIL, 2010).

O Diagnóstico envolve uma visão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo, família ou grupo e ocorre por meio da avaliação dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, considerando os riscos e vulnerabilidades da situação singular de saúde. A equipe procura compreender como o usuário posiciona-se e se coproduz diante da vida e da situação de adoecimento ao levar em conta suas singularidades, desejos e interesses, assim como o trabalho, a cultura e a rede de apoio social. É relevante que não sejam elencadas somente as vulnerabilidades do caso, mas também as potencialidades. Na construção do diagnóstico, a opinião do usuário deve sempre ser levada em consideração, inclusive na definição do que é saúde, adoecimento e problema (BRASIL, 2010).

Na Definição de ações e metas, todos os participantes do PTS, em especial, o próprio usuário, são envolvidos na construção de propostas para serem desenvolvidas a curto, médio ou longo prazo, que respondam às necessidades de saúde apontadas no diagnóstico. A negociação das metas ocorrerá por meio da facilitação do coordenador. As metas devem ser pactuadas, exequíveis, claras e adequadas. Logo após esse momento, acontece a Divisão de Responsabilidades, na qual os participantes são responsabilizados pela condução do caso e pelo alcance das metas estabelecidas. Por último, ocorre o momento de Reavaliação, o qual é posterior ao cumprimento das ações planejadas e tem o objetivo de discutir a evolução do caso e o alcance das metas. Também é nessa parte do PTS que se faz as devidas correções dos rumos tomados e o replanejamento das atividades, caso sejam necessários (BRASIL, 2010).

Ante a este contexto, este trabalho tem como objeto de estudo as ações desenvolvidas pelos residentes para a construção compartilhada de um PTS e objetiva relatar estas experiências de concretização de um espaço de colaboração interprofissional e de promoção de autonomia dos usuários, além de destacar a contribuição desse processo para a formação dos profissionais-residentes.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência profissional dos residentes multiprofissionais do município de Crateús-Ceará. A construção do Projeto Terapêutico Singular foi realizada no período de novembro de 2015. Para a sistematização das experiências, tomou-se como base o modelo de Oscar Holliday (HOLLIDAY, 2006), o qual está estruturado em cinco etapas: o ponto de partida, as perguntas iniciais, a recuperação do processo vivido, a reflexão de fundo e os pontos de chegada. O referido modelo promove o ordenamento e a reconstrução dos processos vividos, com os objetivos de gerar uma interpretação crítica sobre a experiência, o compartilhamento dos aprendizados e a produção de conhecimentos a partir de práticas sociais concretas.

Para a interpretação e análise das experiências, Holliday utiliza-se da Concepção Metodológica Dialética, que compreende a realidade social como histórica, em permanente movimento, e produto da atividade transformadora dos seres humanos. A partir da perspectiva dialética, é possível aproximar-se das experiências produzidas e apreender as suas dinâmicas, compreendo-as como produtos históricos, contraditórios e inseridos em um contexto social amplo. Assim, os fenômenos retratados na sistematização não estão dissociados dos contextos histórico, social, econômico e político aos quais pertence, e os sujeitos que os descrevem foram participantes ativos no desenvolvimento das práticas (HOLLIDAY, 2006).

Nesse contexto, segundo Holliday, para que se realize uma adequada sistematização da experiência, é necessário que se tenha participado da execução da mesma e que existam registros consistentes e qualificados do processo vivido (HOLLIDAY, 2006). Assim, este trabalho contou com algumas fontes de dados seguras, como diários de Campo e relatórios.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Inicialmente, realizou-se um estudo aprofundado e em grupo sobre a clínica ampliada, sobre Projeto Terapêutico Singular, Genograma e Ecomapa. Após isso, construiu-se um plano geral para a construção do PTS: escolha de um caso complexo do território, que fosse acompanhado tanto pelos residentes de Saúde da Família, quanto pelos residentes de Saúde Mental, contato com o usuário e sua família, autorização do usuário para a construção do PTS e construção do PTS.

A escolha do caso seguiu o seguinte roteiro: Relevância do caso e motivação da equipe (Por que discutir esse caso e não outro? Qual a pertinência desse caso no contexto do serviço/território? É um caso emblemático para o serviço, território? Que motivações e afetações o caso trouxe a equipe/residente que influenciou na escolha do

caso?). Neste sentido, a usuária escolhida foi uma senhora de 39 anos, solteira, usuária do Benefício de Prestação Continuada (BPC), com diagnóstico de Distrofia muscular/Atrofia muscular e óssea/Agravo motor severo/deficiência física e de transtorno depressivo recorrente.

Logo após a escolha do caso, foram realizados, por meio de visitas domiciliares, a estruturação dos dados de identificação do usuário: sexo, idade, estado civil, religião, renda, ocupação, histórico clínico, estrutura familiar, localização territorial, etc; a construção dos GENOGRAMA E ECOMAPA; a apresentação e contextualização da demanda clínica (problema de saúde) apresentada; e a identificação das potencialidades e Fragilidades do caso na perspectiva da Clínica Ampliada.

Com a autorização da usuária e de seus familiares, o PTS foi elaborado seguindo o seguinte roteiro: Diagnóstico e análise; Definição de ações e metas; Divisão de responsabilidades; e Reavaliação (BRASIL, 2010). As ações realizadas pela equipe para a construção do PTS foram: reuniões de equipe para a discussão do caso; visitas domiciliares à usuária e sua família; entrevista com os profissionais da Equipe de Referência em Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial responsáveis pelo caso no município; pesquisa no prontuário de Saúde da Família e de Saúde Mental; pesquisa de artigos sobre Distrofia Muscular, da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, da Portaria da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e do Estatuto da Pessoa com Deficiência; entrevista com o Coordenador do Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria (CARA) sobre a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (Rede de Cuidados) na Regional de Crateús-CE.

Os objetivos do PTS elencados em conjunto com a usuária e seus familiares foram: promover a saúde e autonomia da usuária, visando a sua inclusão social e cidadania plena e efetiva; promover a melhoria da qualidade de vida usuária; fortalecer os vínculos comunitários, familiares e com os serviços de saúde; e garantir o acesso às políticas públicas (saúde, educação...).

Diante da experiência adquirida pelos residentes, a partir da inserção no município para a construção e execução do PTS, percebeu-se que os problemas de saúde são complexos e que necessitam de uma Equipe Multiprofissional e de espaços de discussão de caso nas equipes, articulações com outros serviços de Saúde e Redes de Atenção, além de rede intersetorial e rede comunitária de apoio ao usuário, para a resolução dos problemas de Saúde; a fragilidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência (rede de cuidados), a ausência de pactuação de linhas cuidados relacionadas às pessoas com deficiências (fluxos assistenciais enrijecidos e confusos); o desconhecimento dos fluxos assistenciais pelos profissionais e usuários; a invisibilidade das pessoas com deficiência nos serviços de saúde (principalmente, de atenção primária); e olhar dos profissionais de saúde para a usuária somente a partir da perspectiva da situação de deficiência (principalmente, na Estratégia Saúde da Família).

## CONCLUSÃO

OPTS possibilitou empreender a construção de responsabilidades entre a equipe promovendo o restabelecimento do vínculo que havia se perdido entre a paciente/família e a equipe. Cada profissional se responsabilizou em cumprir determinada meta estabelecida em curto, médio ou longo prazo e assim os resultados foram alcançados com mais facilidade, visto a importância do trabalho multiprofissional.

A construção do PTS como estratégia formativa constitui-se em um método eficaz e um instrumento facilitador da aprendizagem do residente, pois proporciona ambientes de trocas de saberes, de humanização do cuidado, de ampliação dos objetos de estudo, de corresponsabilização, de colaboração interprofissional, que além de promoverem o desenvolvimento de competências para atuação qualificada no SUS, possibilitam aos residentes a produção do Cuidado integral aos usuários, junto a outros profissionais, na perspectiva da Clínica Ampliada, integrando Redes de Atenção e construindo Linhas de Cuidado no cenário de prática.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e compartilhada**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- HOLLIDAY, O. J. Para sistematizar experiências / Oscar Jara Holliday; tradução de: Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. Brasília: MMA, 2006. 128 p. (Série Monitoramento e Avaliação, 2).
- PINTO, D.M. *et al.* **Projeto Terapêutico Singular na produção de cuidado integral**: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 20, n.3, Jul-Set, 2011. p. 493-302.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e a Secretaria de Saúde do Município de Crateús-CE.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AValiação DAS Condições Físicas E Emocionais DE Mulheres Com Câncer DO Colo DO Útero

Ariane Pontes Soares<sup>1</sup>, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup>, José Manuel Peixoto Caldas<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza- Ceará-Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza- Ceará-Brasil.

E-mail: arianepontess@hotmail.com

Palavras-chave: Saúde da mulher; Câncer de colo de útero; Condições emocionais.

### INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é o terceiro tipo mais incidente na população brasileira feminina, exceto os casos não melanoma. Foram esperados cerca de 16.340 novos casos para o ano de 2016, no Brasil, apresentando um risco estimado de 15,85 casos a cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2015).

A infecção por vírus *Papilomavírus Humano* (HPV) é uma das principais causas que contribui para o desenvolvimento do CCU. Exercendo grande relação com os tipos 16 e 18, que possuem um alto poder carcinogênico, sendo responsáveis por cerca de 70,0% dos cânceres cervicais. O CCU invasivo afeta predominantemente mulheres que não tem acesso aos serviços de saúde (WHO, 2014).

A realização do exame citopatológico é a principal estratégia para o rastreamento (BRASIL, 2015). Alcançar a população alvo, é um fator importante para que haja uma redução da incidência por esta neoplasia (BRASIL, 2013).

Diante desse atual cenário que se encontram a saúde de muitas mulheres, em meio aos elevados índices de novos casos e óbitos por este grave, despertaram o interesse em investigar o impacto do câncer de colo do útero nos aspectos físicos e emocionais das mulheres com suas implicações sociais, psicológicas, laborativas, biológicas e nível de saúde e de bem-estar.

Mediante a problemática deste agravo na saúde da mulher, indaga-se: qual a repercussão do câncer do colo do útero nas condições físicas e emocionais nas mulheres que o vivenciam? Diante deste questionamento, optou-se por este estudo, com o objetivo de avaliar as condições físicas e emocionais das mulheres com câncer do colo do útero.

### METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem quantitativa do tipo transversal, realizado no Instituto do Câncer do Ceará (ICC) em Fortaleza-Ceará.

Participaram do estudo, 113 mulheres com diagnóstico de CCU, com idade a partir de 20 anos, atendidas nos ambulatórios da instituição citada no período de janeiro a julho de 2016.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de janeiro a julho de 2016 na instituição citada, por meio do formulário (dados sociodemográficos e sanitários) e aplicação da Escala de *Hamilton* (HAM-D) e do Índice de *Karnofsky* ou *Karnofsky Performance Status Scale* (KPS).

A Escala de Depressão de *Hamilton* (HAM-D) é utilizada para avaliar sintomas sugestivos de depressão, foi criada por Max Hamilton na década de 1960 para ser utilizada na identificação de transtorno afetivo do tipo depressivo (GALUCCI *et al*, 2001). A escala HAM-D é amplamente utilizada no Brasil, tanto em pesquisas quanto na prática clínica (MARQUES *et al*, 2006).

O Índice de *Karnofsky* (KPS) é utilizado para classificar pacientes relativamente à sua capacidade funcional KARNOFSKY e BURCHENAL, 1949). É uma escala que avalia o grau de comprometimento funcional, que foi inicialmente desenvolvida para avaliar a capacidade física em pacientes oncológicos, mas que tem seu uso ampliado para avaliação de outras doenças crônicas incapacitantes. Representa uma medida geral da independência do indivíduo em exercer o autocuidado e suas atividades diárias. Foi elaborado por dois médicos pesquisadores americanos nos anos 40, David *Karnofsky* e Joseph *Burchenal*, como uma tentativa de medir o lado mais subjetivo do resultado do tratamento do câncer (VESZ *et al*, 2013). Os dados foram organizados no *Statistic Package for Social Science* (SPSS, versão 20), representados em quadros e tabelas e analisados pela estatística descritiva e analítica, e fundamentado na literatura selecionada.

A pesquisa atendeu aos princípios éticos preconizados pela Resolução nº466/12 da Comissão Nacional de Ética-CONEP/CNS/MS (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o processamento da análise, agrupou-se os dados em: caracterização sociodemográfica, descrição sanitária e avaliação das condições físicas e emocionais.

### Caracterização sociodemográfica das mulheres

Houve predomínio de mulheres adultas na faixa etária de 24 a 59 anos (61,6%), casadas (46,9%), com filhos (95,6%), naturais (60,5%) e residentes (71,68%) na Macrorregião Fortaleza-Ce, com ensino fundamental incompleto ou completo (67,3%), renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos vigente (81,4%), e do lar (38,1%).

Foi evidenciado que a faixa etária predominante, das mulheres estudadas foi de 24 a 59 anos, equivalendo a (61,6%). A idade também interfere no processo de infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), o principal fator de risco para o surgimento do câncer do colo uterino (CCU) (BRASIL, 2016), sendo que a maioria das infecções em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (BRASIL, 2015; WHO, 2007).

### Descrição sanitária

As mulheres apresentaram menarca entre 12 e 15 anos de idade (89,3%); de uma a sete gestações (62,8%), um a sete partos (66,3%); não informaram abortamento (59,3%), um parceiro nos últimos três anos (68,2%), último exame preventivo foi realizado entre 04 e 10 anos (36,4%); sangramento transvaginal em 44,2%, carcinoma de Células Escamosas (CEC) em 89,4%, e quanto ao estadiamento, IIB (37,2%) e IIIB (40,7%) foram os mais predominantes.

### Descrição das condições físicas e emocionais das mulheres

Evidencia-se que a maioria das mulheres não apresentavam depressão, segundo o parâmetro encontrado na Escala de *Hamilton* (HAM-D). Quanto ao Índice de *Karnofsky* (KPS), sobressaíram 46 (40,7%) mulheres que atingiram 80,0% desse índice, que significa que elas tinham “*Atividade normal, com alguma dificuldade, alguns sinais e sintomas*”, seguida de 45 (39,8%) em que foi constatado um índice de 90,0%, que consiste em ser “*Capaz de atividade normal, poucos sinais ou sintomas da doença*”.

Os achados evidenciados, pela ausência de depressão nas mulheres, assemelham-se com os resultados de uma investigação que analisou a prevalência de depressão em 50 pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial, utilizando a Escala de depressão de *Hamilton*, evidenciando que a prevalência de depressão foi de 16,0%, predominado a ausência de depressão (MARTINHO *et al*, 2009). Concordando com os resultados do presente estudo.

A menor prevalência de depressão evidenciada, nas pessoas que vivenciam o câncer, pode ser explicada pela busca da espiritualidade. Fator este que representa forte aliado para superar o diagnóstico de câncer, as incertezas que afloram, o estigma de vivenciar uma doença grave que requer cuidados e a possibilidade do risco da morte (SALES *et al*, 2014).

Em relação a presença de sintomas depressivos nas pessoas com câncer, estes nem sempre constituem doenças psiquiátricas clássicas, mas sim desordens psíquicas que interferem na QV do indivíduo (JUVER e VERÇOSA, 2008).

Quanto à capacidade funcional, esta foi caracterizada com o uso do KPS que busca indicar o bem-estar do indivíduo, ou seja, da capacidade de desempenhar as suas atividades de vida diária. O seu escore varia de 0 a 100 (MOREIRA *et al*, 2015).

Em estudo longitudinal e retrospectivo realizado com 438 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico, em tratamento quimioterápico, foi usado o KPS, tendo como resultados que a capacidade funcional se apresentou em torno de 70, significando que as pacientes mostraram incapacidade de realizar suas atividades diárias ainda que tenham preservado a capacidade de realizar o autocuidado (ELIAS *et al*, 2015). A capacidade funcional da população estudada apresentou escore médio de 70, utilizando o mesmo KPS. Constatando-se maior impacto pontual no declínio da capacidade funcional das pacientes com câncer ginecológico.

Estes dados mostram que o CCU pode trazer comprometimentos na capacidade funcional dos portadores deste agravo.

Com o cruzamento entre o Índice de Karnofsky e a Escala de Hamilton sobressaíram-se as mulheres sem depressão. Destacando-se aquelas que estavam com KPS de 90,0 % correspondendo a 39 (34,5%) das mulheres, seguidas de Depressão leve, com KPS de 80,0 %, correspondendo a 10 (8,84%) das mulheres, depressão moderada, foi evidenciada em maior proporção nas mulheres que apresentaram KPS 80,0%, correspondendo a cerca de 8 (7,07%) das mulheres.

Portanto, constatou-se que o câncer do colo do útero, nas mulheres participantes do estudo, pode trazer impactos, nos aspectos emocionais e capacidade funcional. Embora a maioria, não tenha apresentado depressão, uma parcela apresentou depressão com variação de leve a moderada.

## CONCLUSÃO

As diversas abordagens expostas no presente trabalho, acerca de uma temática tão relevante, possibilitaram reflexões, em vários âmbitos. Ainda nos deparamos com um Sistema Único de Saúde marcado por fragilidades, onde os seus princípios doutrinários, que defendem a integralidade, universalidade e equidade da garantia aos serviços de saúde à população brasileira, não são atendidas conforme preconizado pela Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080/ 1990.

Essa realidade vai de encontro a problematização do câncer do colo do útero e seu contexto social. Onde mulheres de baixa escolaridade, baixa renda, desempregadas, são as mais vulneráveis. Estratégias resolutivas que visem a redução da incidência do câncer de colo uterino, necessitam maior atenção e adequabilidade às carências, realidades e contextos que esta população mais vulnerável está inserida.

A realização deste trabalho representou uma possibilidade de conhecer sobre os principais aspectos relacionados ao câncer de colo uterino, sua incidência, e o impacto deste, nos aspectos físicos e emocionais das mulheres aqui representadas.

Ainda nos deparamos com grandes desafios a serem superados em relação às barreiras de acesso ao exame preventivo, a falta de informação que grande parcela da população feminina do Brasil ainda apresenta sobre os riscos e as formas de prevenção, deste agravo e sua forte relação com o HPV.

A promoção da saúde é uma estratégia que precisa ser mais fortalecida entre os profissionais da saúde. Estes devem utilizar recursos estratégicos e eficazes que promovam a educação em saúde das mulheres, de forma a estimular e fazerem-nas empoderarem-se como agentes transformadoras de sua saúde.

Buscou-se com os resultados aqui apresentados, conhecer o impacto do câncer do colo do útero e sua relação com os aspectos físicos e emocionais. Pretende-se com esse estudo, contribuir para mudanças na maneira da condução de pacientes diagnosticados com câncer. Onde os atores do processo, não sejam vistos como coadjuvantes. Onde estratégias sejam criadas, com o objetivo de promover o bem-estar destas mulheres.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Avaliação de Indicadores das Detecções Precoce dos cânceres do Colo do útero e de Mama-** Brasil e Regiões. Rio de Janeiro – RJ, 2015.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Controle dos Cânceres do Colo do útero e da Mama.** 2º ed. Cadernos de Atenção Básica, nº 13. Brasília- DF, 2013.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016 - Incidência de câncer no Brasil / INCA**, Rio de Janeiro – RJ, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>> Acesso em: 10 de jan. 2016.

ELIAS, Thaís Cristina et al. Characterization and functional capacity in women with breast cancer, gynaecological cancer and gestational trophoblastic disease. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. 4, p. 37-42, Dec.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 de outubro 2016.

HAMILTON, Max. Development of a rating scale for primary depressive illness. **Br. J. Soc. Clin. Psychol.**, v.6 278-96, 1967.

JUVER, Jeane Pereira da Silva; VERCOSA, Núbia. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas , v. 58, n. 3, p. 287-298, June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 6 de outubro 2016.

KARNOFSKY, D.A; BURCHENAL, J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Macleod CM, ed. Evaluation of Chemotherapeutic Agents. 1<sup>st</sup> ed. New York: Columbia University Press; 1949: 191-205.

MARQUES, Amélia Pasqual et al . Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).

**Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 24-31, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 20 de outubro 2016.

MARTINHO, Ariane Fadel; REIS, Natália Ivanoff dos; NOVO, Neil Ferreira; HÜBNER, Carlos von Krakauer. Prevalência dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos no ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Rev. Bras.Clin. Med.**, v.7, p.304-308, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 08 de outubro 2016.

WHO (World Health Organization). **Weekly epidemiological Record. Human papilomavírus vaccines: WHO positionpaper.** October ,2014. Disponível em:< <http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>> Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

A cada Mulher que participou deste estudo, mesmo vivenciando o diagnóstico de câncer do colo do útero, um momento tão difícil, cedeu o seu tempo para responder cada questionamento. Vocês foram essenciais para a concretização deste trabalho.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## OFICINA EDUCATIVA SOBRE O ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE

**Samy Loraynn Oliveira Moura<sup>1\*</sup>, Germana Maria da Silveira<sup>2</sup>, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro<sup>3</sup>.**

*1 Mestranda do Programa do Mestrado Profissional em Estratégia Saúde da Família (MPSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral-Ceará-Brasil. Email:*

*2 Especialista em Gestão em Saúde. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – PPCCLIS-UECE, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela AAA UECE- UFC-UNIFOR, Mestre em Educação em Saúde, docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*E-mail: loraynn\_25@hotmail.com.*

*Palavras-chave: Capacitação. Equipes de saúde. Classificação de risco.*

### INTRODUÇÃO

Considerando-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) objetiva promover uma abordagem integral do indivíduo e que há uma crescente demanda nos serviços de atenção básica, é necessário buscar alternativas que priorizem o atendimento àqueles usuários com maior gravidade, mas também não basta olhar somente o risco em termos biológicos, é essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas, e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado, pois é um momento em que o usuário está buscando ajuda e, em geral, está mais aberto e com a intenção de criar algum diálogo com a equipe de saúde (BRASIL, 2009).

O acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma Unidade Básica de Saúde diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, pois a Atenção Básica trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (BRASIL, 2013).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, em que o profissional deve reconhecer o usuário como protagonista no processo de saúde e doença, e que pela troca de saberes deve mostrar ao usuário que ele também é responsável pela resolução do seu problema, sendo assim o acolhimento não tem local nem hora certa para acontecer, deve ser realizado com o usuário que chega a unidade em busca de atendimento, no domicílio através da visita domiciliar pelos profissionais da ESF em qualquer lugar ou momento que o profissional entra em contato com o usuário. O Acolhimento não tem que ser realizado por um profissional específico, pois não é função exclusiva de uma única categoria profissional, devendo ser realizado por qualquer profissional que atue dentro do serviço (BRASIL, 2006).

O acolhimento também implica prestar, um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. A equipe da Estratégia Saúde da Família também é responsável por estabelecer vínculos de compromisso com a população, operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (ABBES et al., 2007).

A atenção à demanda espontânea é um dos desafios das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e vem buscando alcançar os princípios de universalidade, equidade e integralidade que norteiam o Sistema Único de Saúde; contudo, essa evolução não tem sido suficiente para assegurar uma efetiva acessibilidade aos serviços pois as expectativas na sua implantação voltam-se, em geral, para atividades de promoção e proteção da saúde. O cotidiano das equipes é, entretanto, marcado pela busca de soluções para problemas interpretados como urgências/emergências pelos usuários e suas famílias, gerando discordâncias e conflitos entre estes e as equipes ou mesmo entre os diferentes profissionais (OLIVEIRA et al., 2008).

O Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Cartilha da Política Nacional de Humanização – PNH, o qual vê a classificação de risco como um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento



ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço (ABBES et al., 2007).

Apesar da triagem com classificação de risco ser mais utilizada nos prontos-socorros, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é a forma de reorganização da Atenção Básica a Saúde incorporando como princípios as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização e integralidade do cuidado –, para garantir a equidade no acesso, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos e superar as desigualdades, também apresenta a necessidade de organização do seu acolhimento com a devida classificação (SANTANA, 2011).

Em vista do exposto o objetivo dessa pesquisa é relatar a experiência de uma oficina educativa sobre o acolhimento a demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade realizada com os auxiliares/técnicos de enfermagem que atuam na Unidade Básica de Saúde Alto dos Feitosas, no município de Tururú – Ce, visando capacitar os profissionais para que possam realizar um atendimento humanizado, resolutivo, conforme a classificação de risco e vulnerabilidade, o que contribuirá para a melhoria da qualidade do serviço ofertado e assim elevar o nível de satisfação da comunidade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, de uma oficina sobre o acolhimento a demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade, realizada com auxiliares/técnicos de enfermagem, visto que são os membros da equipe já naturalmente envolvidos no primeiro contato com os usuários na unidade, conduzindo as pré-consultas e realizando procedimentos diversos, no período de março de 2017, na Unidade Básica de Saúde Alto dos Feitosas, no Município de Tururú – CE.

A técnica metodológica do trabalho em oficinas constitui-se na formação de espaços de promoção da aprendizagem que inclui a participação coletiva, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade mediante o diálogo, contribuindo para a construção de novos conhecimentos, fortalecendo os objetivos da educação em saúde (TORRES; LELIS, 2010; LACERDA, 2013)

Realizou-se dois encontros. No primeiro foi realizada uma reunião com a equipe, envolvendo a participação dos profissionais, para apresentação e discussão da proposta de trabalho, solicitando-os que manifestassem suas opiniões a respeito do assunto e sugestões de temas a fazerem parte da capacitação.

No segundo encontro foi realizada a oficina desenvolvida em três momentos: abordagem inicial, desenvolvimento e avaliação. Durante a oficina realizou-se dinâmica de grupo com objetivo de interação, reflexão e co-participação efetiva; abordagem expositiva e dialogada; com utilização de recursos audiovisuais.

O modelo pedagógico adotado foi baseado na educação problematizadora de Paulo Freire, sustentada pela metodologia participativa e dialogada que favorece uma relação crítica e transformadora dos indivíduos envolvidos. Permitem aos participantes e pesquisadores elaborar processos de conhecimento e ação a partir de suas reais necessidades e, em conjunto, articular alternativas para resolvê-los, facilitando o processo de cuidado (FREIRE, 1987).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde Alto dos Feitosas, se caracteriza com foco na demanda espontânea e programada. O atendimento dos profissionais de saúde à demanda espontânea tem como critério de prioridade a ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidade. Esse tipo de regulação da demanda, além de contrariar o direito fundamental de acesso universal à saúde, ignora a vulnerabilidade de cada indivíduo e produz situações perversas como a formação de filas madrugadoras para garantir atendimento médico e o aumento do tempo de espera no serviço de saúde.

Conforme a realização de um diagnóstico situacional e um levantamento das principais necessidades dos profissionais de saúde e dos usuários foi possível identificar, que uma das principais problemáticas é a necessidade de qualificação do processo de trabalho e do acesso ao serviço, especificamente com relação ao fluxo de atendimento, logo que o acolhimento é considerado um dos principais entraves para a realização de um atendimento humanizado, qualificado e resolutivo (BRASIL, 2013; SANTANA, 2011). Nesse prisma considera-se que a construção coletiva de novos fluxos de atenção e instrumentos auxiliares pode ser empregada para qualificar o serviço segundo os princípios da equidade e integralidade.

Nessa perspectiva, surgiu à ideia de realizar uma oficina sobre o acolhimento a demanda espontânea com classificação de risco e vulnerabilidade, visto que esse serviço busca agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2009; TORRES; LELIS, 2010)

No primeiro momento da oficina abordou-se conceitos, no segundo foi a apresentação da proposta da implantação do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade e no terceiro realizou-se treinamento e reflexão, através da aplicação de estudo de casos e atividades práticas. Durante essa etapa evidenciou-se que estes profissionais perceberam claramente o significado e as implicações da implantação do acolhimento no cotidiano das práticas de saúde demonstraram interesse, disponibilidade, iniciativa e credibilidade, aderiram a ideia de serem responsáveis primários pelo acolhimento, ressaltando que a capacitação foi importante, por possibilitar a transformação das práticas profissionais baseada na reflexão e no conhecimento científico, além da revisão e atualização dos conteúdos teóricos.

Verificou-se que o método de oficinas é uma estratégia eficaz para debater e capacitar os profissionais de saúde sobre a implantação da classificação de risco na atenção primária, por formar espaços de discussão, propiciando aprendizagem, fomentando a participação coletiva, além de contribuir para construção de conhecimento.

## CONCLUSÃO

Espera-se que este trabalho contribua para uma reflexão dos profissionais e usuários no sentido de aprofundar conhecimentos e instigar mudanças no modo como os serviços de saúde vêm sendo oferecidos à população. É preciso que cada um assuma sua responsabilidade enquanto profissional de saúde e transforme o acolhimento em ação concreta e capaz de acionar mudanças no processo de trabalho em saúde.

## REFERÊNCIAS

ABBES C, MASSARO A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético estético no fazer em saúde. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília- dF. Série B. **Textos Básicos em Saúde**. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 44 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comum na atenção básica**; 2013.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**. 27ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

LACERDA, Adriana Bender Moreira de et al . Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 85-92, June 2013.

OLIVEIRA L.M.L. et al. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Revista APS** [Internet]. 2008 [Acesso em 20 de março de 2017]; Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/394>.

SANTANA M.L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, v.6, n. (19), p. 133-41, Abr-Jun, 2011.

TORRES H.C., LELIS R. B. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. **Cienc Enferm**. v. 27, n. (2), p.107-13, 2010.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e ao corpo docente pelo incentivo a pesquisa e aos co-orientadores pela contribuição na construção dessa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## FACILIDADES E DIFICULDADES PARA A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Maria Regilânia Lopes Moreira<sup>1</sup>, Raimunda das Candeias<sup>2</sup>, Cristina Kelly de Souza Rodrigues<sup>3</sup>, Ingrid Grangeiro Bringel Silva<sup>4</sup>, Alissan Karine Lima Martins<sup>5</sup>**

*1 Mestrado em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-Ceará-Brasil*

*2 Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Iguatu-Ceará-Brasil*

*3 Doutorado no Programa de Pós graduação da Rede Nordeste de Biotecnologia RENORBIO, Universidade Federal do Ceará- Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do cariri - URCA, Crato, Ceará. Brasil.*

*E-mail: mregilania\_enf@hotmail.com*

*Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Humanização da Assistência.*

### INTRODUÇÃO

O acolhimento, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), se caracteriza como uma atividade fundamental para uma assistência humanizada à saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta assistência, quando construída por uma equipe multiprofissional compromissada, torna-se instrumento importante do cuidado e propicia o desenvolvimento de práticas mais acolhedoras e significativas na relação profissional/ usuário (GARUZI et al., 2014).

O Programa de Saúde da família (PSF), oficialmente modificado para ESF em 2006, surgiu como uma estratégia significativa para a reorganizar as práticas na Atenção Primária à Saúde (APS), além de reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer seus princípios. É um projeto dinamizador que possibilita o desenvolvimento de um cuidado dirigido ao usuário, além de oportunizar mudanças nas formas engessadas de cuidar e produzir resultados positivos em indicadores de saúde e qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2006a; 2006b; TEIXEIRA, 2011; COSTA et al., 2013).

Para que os princípios do SUS sejam alcançados, a ESF precisa de uma equipe multiprofissional conhecedora da realidade da população abrangida, compromissada com a qualidade do serviço e com as normas técnicas, sociais e humanas (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Foi com o objetivo de fomentar debates sobre uma assistência à saúde digna aos usuários e com profissionais compromissados com a ética, intencionada em modificar o cenário de assistência fragmentada para uma mais resolutiva e humanizada, o Ministério da Saúde propôs a criação da PNH. Esta vem priorizar a integralidade do cuidado e almeja melhor resolubilidade às necessidades apresentadas pelos usuários, destacando o acolhimento como principal diretriz norteadora do trabalho na APS (BRASIL, 2004; JUNGUES et al., 2012).

Tendo em vista o cenário atual, pode-se identificar atendimento mínimo e necessário para uma assistência de qualidade prejudicado, a saber: predominância do mecanicismo na assistência prestada pelos profissionais, o despreparo frente a algumas situações adversas, insensibilidade e/ou falta de empatia e outras habilidades pessoais.

Acredita-se que profissionais capacitados, motivados, sensíveis e preocupados com a vida e a qualidade da assistência prestada, tendem a manifestar uma postura mais humana com o usuário. Com esta perspectiva, anseia-se que o estudo também colabore na compreensão desta atuação, bem como subsidie mudanças de postura dos profissionais inseridos na assistência à saúde, com vistas a protagonizar uma assistência singular, individualizada e qualificada, orientada pelas reais necessidades dos usuários do serviço.

Diante do exposto, o presente estudo objetiva descrever as facilidades e dificuldades para a prática do acolhimento por profissionais de saúde da APS.

### METODOLOGIA

Delineou-se aqui um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, proposto para reconhecer as facilidades e dificuldades para a prática do acolhimento por profissionais da APS. A pesquisa foi desenvolvida em 12 Estratégias de Saúde da Família entre zona urbana e rural do município de Iguatu- CE, localizado na Região Centro-Sul do estado do Ceará, a 377 Km da capital Fortaleza. Compõe a Macrorregião do Cariri, sede da 18ª microrregião de Saúde e, atualmente, conta com 29 Equipes de Saúde da Família (CEARÁ, 2015). Utilizou-se como

técnica para coleta de dados a entrevista semiestruturada direcionada por meio de um roteiro especificamente elaborado para a pesquisa, abordando informações sobre a caracterização dos participantes, bem como sobre as suas práticas de acolhimento. A coleta se deu entre os meses de fevereiro e abril de 2017.

Foram entrevistados 49 profissionais das 12 ESF previamente selecionadas por sorteio aleatório simples. As equipes em que, após três visitas consecutivas, tornou-se impossível a entrevista com, no mínimo, três profissionais, foram excluídas. O presente estudo encontra-se em conformidade aos preceitos éticos e legais contidos na Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e tem parecer favorável no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, sob o Nº 1.836.797. Os discursos foram transcritos na íntegra e apresentados em categorias segundo análise hermenêutico-dialética operacionalizada por Minayo (2010).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresenta-se a caracterização dos participantes, seguida da descrição e análise dos relatos.

### Caracterização dos profissionais

Dos 49 profissionais entrevistados, seis eram médicos, oito enfermeiros, dez técnicos em Enfermagem, nove cirurgiões-dentistas, seis auxiliares/técnicos em saúde bucal e dez Agentes Comunitários em Saúde (ACS). Três das unidades de saúde visitadas funcionavam com mais de uma equipe e, em duas destas, o médico, cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal correspondiam à mesma equipe.

Quase metade da amostra entrevistada correspondia a técnicos de Enfermagem e ACS. Já os profissionais da classe médica e os auxiliares ou técnicos em saúde bucal se mostraram em menor quantidade, fato relacionado a recusas e/ou indisponibilidade de tempo em participar da pesquisa. Os enfermeiros e os cirurgiões-dentistas se mostraram equiparados em quantidade. Houve predominância da população feminina. Quatro médicos apresentaram nacionalidade estrangeira, mais especificamente cubana.

As idades variam entre 20 e 65 anos, com predominância entre 31 e 50 anos. A maioria dos participantes possuíam mais de dez anos de formação profissional e atuavam em ESF entre um e dez anos, com menos de um ano de atuação na ESF atual.

### Descrição e análise dos relatos

#### FACILIDADES/ DIFICULDADES NO ACOLHER

O acolhimento deve estar integrado na rotina dos profissionais das ESF. Assim, quando questionados sobre as facilidades encontradas para acolher os usuários em suas demandas, foram identificados os seguintes aspectos que influenciavam positivamente um acolhimento fácil e espontâneo. Veja:

“Compreensão dos pacientes, né? Graças a Deus, os nossos pacientes são bastante compreensíveis, né?” - ENFERMEIRA 2

“Assim, eu já acho que já conta o meu tempo de serviço. Já me ajuda, porque a experiência já nos coloca mais aptas a atender aquilo ali, né?” – TÉCNICA EM ENFERMAGEM 10

“Eu acho que las facilidades que eu encontro para acolher mejor aos usuários son los recursos necessários para atender de forma apropiada aos pacientes: medicamentos, privacidad, boa iluminação, ventilação... essas coisas.” - MÉDICO 12

“O vínculo que eu tenho com a minha comunidade [é uma facilidade]. [...] Conhecê-los bem, eles confiarem em mim e eu ter respaldo pra isso, entendeu? De eu ser [...] primeiro elo que eles vão correr atrás até pra [...] falar da própria vida familiar, da própria vida pessoal dele... Até porque eu tenho muita ética profissional.” - ACS 11

O primeiro discurso demonstra que, quando paciente e profissionais se mostram dispostos e acessíveis ao diálogo, a situação passa a ser mais facilmente compreendida pelos usuários quando da inviabilidade da assistência. Assim, o acolhimento também pode acontecer à medida que se tem a preocupação em explicar as condições que impedem o atendimento.

No segundo relato, as experiências adquiridas em decorrência do enfrentamento das situações difíceis e inesperadas do trabalho favoreceram o aprendizado tão quanto o conhecimento teórico. Pois são os saberes da experiência que instrumentalizam o profissional a partir do que se vivencia e aprende cotidianamente com os outros e consigo mesmo (EPS, 2014).

A terceira fala revela a importância do ambiente de trabalho, corroborando com Baggio (2010) ao afirmar que, se as condições do ambiente não forem agradáveis e adequadas às expectativas dos usuários e profissionais, configuram-se em frustrações e insatisfações para ambos.

No discurso da ACS 11, percebe-se a contribuição positiva da formação do vínculo, da empatia, da confiança e da ética profissional. Em seu estudo, Vegas e Penna (2012) consideram o vínculo como diretriz para a construção da integralidade na ESF e posicionam os ACS como os profissionais com mais facilidade e propriedade na construção deste vínculo. Por atuarem na comunidade e mais próximos da realidade dos indivíduos, os ACS se beneficiam com a construção de confiança e representam uma maior abertura com a ESF.

A respeito das dificuldades, as equipes elencaram diversos desafios, como o imediatismo, a falta de capacitação profissional, o desconhecimento dos usuários sobre o processo de trabalho na ESF, a grande demanda e a sobrecarga burocrática. Muitas destas dificuldades foram comumente compartilhadas pelas equipes, sobressaindo, entretanto, os aspectos relacionados aos usuários, conforme a seguir:

“[...] a população dificulta o acolhimento porque ela quer um atendimento imediato. [...] O pessoal tem muito aquela coisa do imediatismo, né?” - ENFERMEIRA 3

“[...] muitas vezes também o paciente não entende a dinâmica do PSF e cria confusão. Aí, se não tiver paciência, tem briga.” - TECNICO EM ENFERMAGEM 3

O desconhecimento dos usuários sobre o serviço de saúde, segundo o guia do usuário do SUS de Mato Grosso (2002), está associado ao protagonismo de cada indivíduo diante das situações. Acredita-se que o usuário mais informado sobre os serviços de saúde e sua utilização, bem como sobre seus direitos e deveres, se torna um indivíduo mais disposto ao acordo e mais ativo na busca de melhorias.

Também foram apontadas como fator que inviabiliza o acolhimento as sobrecargas pessoais de cada profissional. O preenchimento do dia com atividades acumuladas e o estresse diário, bem como problemas de ordem pessoal e a necessidade de usufruir de vida social, são algumas demandas que os profissionais precisam gerenciar. A capacidade de organização de cada item é algo muito particular e seu enfrentamento inadequado pode ocasionar desajustes, recaindo em consequências que podem afetar a relação profissional-usuário, conforme demonstram o seguinte relato:

“[...] algum profissional que venha a ter algum [...] tipo de problema pra acolher. [...] Porque tem alguns profissionais que são complicados, são difíceis de lidar... São impacientes, tão cansados, estressados e, às vezes, acolhem o paciente da forma indevida, né? Não escuta bem, né? - ENFERMEIRO 1

Na equipe de saúde bucal, a peculiaridade que se destaca é o não comparecimento dos usuários nas consultas devido à visão errônea de buscar seus serviços somente em situações de urgência.

“[...] posso dizer que [as dificuldades para o acolhimento] é mais em relação ao paciente que não quer ser atendido. A gente faz de tudo, a gente disponibiliza muitos meios dele ser atendido, sem muita burocracia, [...] não precisar vim marcar aqui, mas tem gente que não quer!” – CIRURGIÃO-DENTISTA 3

“Às vezes você marca e ele não vem. Isso é uma grande dificuldade. Eles faz a fila, você marca e, no dia do atendimento, eles não vêm.” – TECNICO EM HIGIENE BUCAL 7

Situações como essas normalmente podem estar relacionadas ao desconhecimento da população sobre a importância da promoção saúde bucal e prevenção dos agravos orais, ou ainda remeter a um pensamento sólido de uma odontologia mutiladora. Neste sentido, é eminente a orientação destes aspectos aos usuários (MAIA, 2016).

## CONCLUSÃO

A apresentação e discussão dos dados permitiu considerar sobre a necessidade urgente de estratégias que promovam o avanço na construção de uma assistência pautada nos princípios do acolhimento. A concepção de acolhimento predominante ainda é fragmentada, corroborando para o distanciamento da atenção integral à saúde. Possivelmente esta lacuna esteja relacionada à definição ainda falha e equivocada sobre o acolhimento.

No processo de trabalho das equipes, evidenciou-se a concepção validada de que o acolhimento é função específica dos atendentes de consultório e/ou recepcionistas, evidenciando a grande fragilidade existente nas ações cotidianas dos profissionais, distanciando-os cada vez mais de conduta acolhedora.

De forma complementar, alguns pontos foram levantados como prejudiciais a uma assistência mais acolhedora. Assim, pode-se afirmar sobre o comprometimento da qualidade da assistência quando de um atendimento fundamentado em práticas burocráticas e com sobrecargas de trabalho, revelando despreparo, desmotivação, indisponibilidade de tempo. Consequentemente, têm-se usuários insatisfeitos por não conseguirem suprir imediatamente suas demandas, muitas vezes, por desconhecimento do processo de trabalho na ESF.

Neste sentido, deve-se compreender que o acolhimento ainda se configura como um grande desafio na estruturação de um cuidado integral na APS, apesar de ser reconhecido como essencial para construção de

vínculos, satisfação dos usuários, bem como para a instrumentalização e operacionalização da gestão dos serviços de saúde. Ainda, a mobilização para a formação dialógica de profissionais para o acolhimento pode também reconfigurar a concepção dos usuários a respeito ESF como um espaço de pronto atendimento, contribuindo para solidificar a APS brasileira.

Algumas limitações no estudo, como a recusa de quantidade significativa de profissionais em participar do estudo comprometeu a representatividade da amostra, podendo prejudicar a generalização dos resultados obtidos.

Sugere-se que o acolhimento ainda seja tema de pesquisas e debates entre os profissionais das equipes e a gestão. Com isso, oportuniza-se a reflexão das práticas e a identificação das prioridades no âmbito da assistência. É recomendável ainda que as instituições formadoras dos diversos profissionais de saúde estimulem e fortaleçam as discussões sobre os processos de trabalho na APS, pois apesar da autonomia de cada profissional, as práticas requerem um trabalho interdisciplinar, na busca da consolidação desta proposta de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: MS; 2006a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006b. Brasília(DF): Ministério da Saúde [atualizada em 2006]. Disponível Em: . Acessado em 20/09/2016.
- CEARÁ. Prefeitura de Iguatu/CE. A cidade, [S.D]. Disponível em < <http://iguatu.ce.gov.br/acidade/> > Acessado em 08/10/2016.
- COSTA, S. M et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013. Disponível em > <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/530/552> < Acessado em 23/11/2016.
- GARUZI, M et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. Rev Panam Salud Publica, [S.l.] v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf> > Acessado em 15/09/2016
- JUNGES, J. R et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. Saude soc. v. 21 n. 3, São Paulo Jul/Set. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300014)> Acessado em 15/09/2016.
- PEREIRA, R. C. A; RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. Interface (Botucatu), v.17, n.45, p.327-340, abr./jun. 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop0613.pdf> > Acessado em 20/11/2016.
- TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: < [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf) > Acessado em 07/10/2016.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MAIA, CC. H. M et al. Percepção e cuidados em saúde bucal de moradores da comunidade Cafundó de Choró, Ceará in: Jornada odontológica dos acadêmicos da católica – JOAC, v. 2, n. 2, 2016.
- Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Guia do usuário. Sistema Único de Saúde. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde; 2002.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimento ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Regional do Cariri (PIBIC/URCA), pelo fomento e financiamento da pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA A PACIENTE PORTADORA DE CISTO OVARIANO

Weverton Rodrigues Martins<sup>1</sup>, Taline Soares Freitas<sup>2</sup>, Francisco Railony Vieira Coutinho<sup>3</sup>, Natália Maria Nogueira de Lima Sena<sup>4</sup>, Anna Paula Sousa da Silva<sup>5</sup>, Isabella Lima Barbosa<sup>6</sup>

1 Acadêmico de Enfermagem, Fano|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2 Acadêmica de Enfermagem, Fano|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil.

3 Acadêmico de Enfermagem, Fano|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil.

4 Acadêmica de Enfermagem, Fano|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil.

5 Doutora em Enfermagem, Docente em Enfermagem na Fano|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil

6 Doutora em Saúde Coletiva, Docente em Enfermagem na Fano|DeVry Brasil, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: wevertonjc2009@hotmail.com

Palavras-chave: Assistência Perioperatória. Enfermagem Perioperatória. Cistos Ovarianos.

### INTRODUÇÃO

Até alguns anos atrás, o papel do Enfermeiro no centro cirúrgico (CC) era dirigida pelos cuidados com o instrumental, com prioridade às solicitações da equipe médica e pela manutenção de um ambiente limpo e pelas ações básicas para o ato anestésico, afastando-os do contato com o paciente e seus familiares. (ANDREU; DEGHI, 2009).

Com o passar dos anos, houve um intenso desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e instrumentais, grandes descobertas e tecnologias tiveram papéis importantíssimos, tornando atualmente a enfermagem no centro cirúrgico bem mais complexa, sendo o enfermeiro responsável pelas questões administrativas, por prover materiais e recursos humanos e assistir ao paciente como um todo, desencadeando a necessidade de embasamento científico. (ANDREU; DEGHI, 2009).

A resolução COFEN – 358/2009 dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implantação do processo de enfermagem nas instituições hospitalares, considerando que este instrumento metodológico orienta o cuidado de enfermagem, contribuindo para a identificação de situações de saúde/doença que visa à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e/ou comunidade. (COFEN, 2009).

Vindo ao encontro desta metodologia, foi proposto o modelo assistencial denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que se fundamenta na realização da prática de enfermagem de modo organizado e planejado com o intuito de promover uma assistência integral, individualizada, avaliada e documentada, buscando a satisfação das necessidades da pessoa em condição cirúrgica. (FONSECA; PENICHE, 2008).

Segundo Lasaponari e Bronzatti (2009) a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória envolve uma sequência de etapas que devem ser respeitadas para se ter um resultado satisfatório, dentre eles, a visita pré-operatória, o planejamento e a implantação da assistência perioperatória, a avaliação da assistência-visita pós-operatória e a reformulação da assistência a ser planejada de acordos com os resultados obtidos.

A SAEP compreende três períodos assim designados: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. A fase pré-operatória inicia-se na véspera da cirurgia e vai até o momento em que o cliente é recebido no centro cirúrgico. Compreende o período onde o enfermeiro realiza uma entrevista com o cliente internado acerca do problema atual, das doenças pregressas, dos hábitos, realiza um histórico familiar e faz realização de exame físico, observando alguns protocolos antes de o paciente ser encaminhado à cirurgia. A fase transoperatória inicia-se quando o cliente é recebido no centro cirúrgico e estende-se até o encaminhamento para a sala de recuperação pós-anestésica. O enfermeiro vai atuar diretamente com o paciente no ambiente cirúrgico, realizando conferência dos dados, confirmar informações sobre doenças anteriores, alergias, colocar o paciente na mesa cirúrgica de modo confortável, auxiliar o anestesiolologista durante a indução anestésica, registrar todos os cuidados prestados ao paciente, entre outros. O período pós-operatório inicia-se na admissão do paciente na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e alonga-se até as primeiras 48 horas do pós-operatório, assegurando a prevenção de riscos e complicações decorrentes do ato anestésico-cirúrgico. (GRITTEM, 2007).

A implantação da SAEP com enfoque na assistência individualizada do paciente é um instrumento imprescindível que possibilita ao enfermeiro uma aproximação do cliente, avaliar o cuidado e proporcionar maior segurança ao paciente cirúrgico, tendo também a possibilidade de o cliente expressar seus medos, angústias e ansiedades. (GRITTEM, 2007). Para Tossati (2011) a sistematização da enfermagem perioperatória traz como benefício à

diminuição do tempo para os resultados diagnósticos e o tratamento dos problemas de saúde potenciais ou vivenciais, reduzindo a incidência e a duração da permanência dos pacientes no hospital.

Cabe à instituição hospitalar padronizar o modelo de assistência de enfermagem perioperatória, atendendo as necessidades específicas e características individuais do paciente tendo como conceito primordial a SAE.

O artigo tem como objetivo implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem na paciente portadora do cisto ovariano.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso, coletado com o objetivo de descrever e explorar situações reais de uma portadora de Cisto de Ovário.

A pesquisa foi realizada tendo como embasamento científico o banco de dados da SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e livros, através do qual foi possível coletar informações sobre o Cisto de Ovário.

O estudo foi realizado junto a um hospital terciário de alta complexidade e ensino de Fortaleza/CE e abordou uma paciente internada no referido hospital. O estudo aconteceu no período de 22 de outubro a 24 de novembro de 2015.

A coleta de dados foi feita através de anamnese da paciente, análise do prontuário, acompanhamento de procedimento cirúrgico e visita pós-cirúrgica imediata. Para facilitar a coleta de dados e análises foi utilizado um roteiro para colher informações, tais como, dia de admissão, motivo da internação, antecedentes familiar, doenças pregressas, entre outras. Os dados sofreram uma análise descritiva.

Foram respeitados, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, os aspectos éticos e legais a serem seguidos nas investigações que envolvem seres humanos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Paciente M.E.B.S.M, casada, natural de Quixeré e procedente de Fortaleza. Admitida no setor, deambulando, consciente, orientada, verbalizando, acompanhada do esposo com história clínica de dor em baixo ventre próximo e durante a menstruação, com ciclos irregulares. Evidenciado em ultrassom pélvico ginecológico, cisto complexo em anexo esquerdo. Relata que realizou cirurgia para retirada de cisto de ovário que melhorou das dores em baixo ventre. Em 2015, paciente relata que os ciclos começaram a ficar irregulares que cessou em agosto de 2015. Apresenta dor em baixo ventre no lado esquerdo, com característica de um aperto, melhorando com uso de analgésicos. Encaminhada para realização de procedimento cirúrgico de Salpingectomia Videolaparoscópica. Antecedentes: Endometriose.

Entre os principais diagnósticos de Enfermagem apresentaram-se: dor aguda relacionada à doença preexistente e/ou pós-operatório, risco de choque relacionado à hipotensão, risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos, risco de sangramento relacionado à cirurgia e náusea relacionada a fármacos (dipirona) e/ou pós-operatório.

As principais intervenções propostas de acordo com os diagnósticos de Enfermagem encontrados foram: avaliar intensidade da dor, proporcionar conforto e medidas que amenizem a dor, administrar medicamentos conforme prescrição médica, observar sinais e sintomas de hipovolemia (hipotensão, taquicardia, cianose de extremidades), manter paciente monitorizado, lavar as mãos antes e após a assistência, monitorar sinais flogísticos (dor, edema, calor, rubor) de ferida operatória e dispositivos (AVP, cateteres), monitorar e registrar sinais vitais, monitorar e registrar presença de sangramentos, orientar repouso absoluto, comunicar enfermeiro sobre desconforto gástrico e anotar resíduo gástrico e suas características.

Paciente segue consciente, orientado, verbalizando, eupneica em ar ambiente, níveis pressóricos normais, normotensa, normocárdica e normotérmica.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo de caso possibilitou avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de uma paciente com Cisto de Ovário, conhecer e aprender acerca da rotina do ambiente hospitalar em centro cirúrgico como também as especificidades dos diversos tipos de cirúrgicas realizadas na instituição e reconhecer a necessidade de conhecimento técnico - científico para que se possa aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória de forma ampla, objetiva e individualizada em todos os pacientes sejam eles de baixa, média ou alta complexidade, contribuindo de forma bastante positiva para meu aprendizado enquanto acadêmico.



## REFERÊNCIAS

ANDREU, João Márcio; DEGHI, Larissa Paschoal. Enfermagem Perioperatória. In: MALAGUTTI, William; BONFIM, Isabel Miranda. **Enfermagem em Centro Cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico**. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2009.

BRASIL. Cofen. **Resolução n. 358 de 15 de outubro de 2009**. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 30 out. 2015.

FONSECA, Rosa Maria Pelegrini and PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta paul. enferm.** [online]. 2009, vol.22, n.4, pp. 428-433.

GRITTEM, Luciana. **Sistematização da Assistência Perioperatória: uma tecnologia de enfermagem**. 2007. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

LASAPONARI, Elaine Ferreira; BRONZATTI, Jeane Aparecida Gonzales. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). In: MALAGUTTI, William; BONFIM, Isabel Miranda. **Enfermagem em Centro Cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico**. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2009. p. 19-28.

TOSATTI, Maiara. **Sistematização de Assistência de Enfermagem: uma visão da equipe de enfermagem no período perioperatório**. 2011. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado de Santa Catarina.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa et al. Ensino de enfermagem em centro cirúrgico: transformações da disciplina na Escola de Enfermagem da USP (Brasil). **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2012, vol.46, n.5, pp. 1268-1273.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos às orientadoras Isabella Lima Barbosa Campelo e Anna Paula Sousa da Silva por sua fundamental contribuição e disponibilidade na elaboração deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## HUMANIZAÇÃO E RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

Angelita Livia da Silveira Brito<sup>1</sup>, Ismaelle Ávila Vasconcelos<sup>2</sup>, Mateus Moura da Silva<sup>3</sup>, Raíssa Emanuelle Medeiros Souto<sup>4</sup>, Ryvanne Paulino Rocha<sup>5</sup>, Cinthia Gomes Escoto Esteche<sup>6</sup>.

*1 Residentes do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza- Ceará-Brasil*

*2 Orientadora. Enfermeira Obstetra da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail : angelitasilveira89@gmail.com*

*Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Parto normal. Humanização da assistência.*

### INTRODUÇÃO

O conceito de atenção humanizada ao parto envolve inúmeros significados. No entanto, quando direcionado à assistência obstétrica e neonatal, compreende perspectivas acerca dos conhecimentos científicos, práticas e atitudes que contemplam a promoção do parto e do nascimento saudáveis, prevenindo e reduzindo taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2011).

Recentemente, somente a partir de 2013, foi criado o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) como uma ação estratégica da Rede Cegonha. Tal programa objetiva capacitar profissionais enfermeiros para a assistência à saúde da mulher no pré-natal, parto, nascimento e puerpério, com a inclusão da família em todas as fases do cuidado (BRASIL, 2012).

Este cuidado deve ser orientado pelas boas práticas, evidências científicas, diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas recomendações da Rede Cegonha, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) é uma instituição de referência nacional, sendo o primeiro Centro de Apoio às Boas Práticas em Obstetrícia e Neonatologia a ser reconhecido pelo Ministério da Saúde (MS). Parte deste título se deve à implementação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento assistidos por residentes em enfermagem obstétrica.

Destaca-se que o programa de Residência em Enfermagem Obstétrica (RESENF) da Universidade Federal do Ceará atua na MEAC desde 2013. Atualmente, tem duração de dois anos e é composto por 12 enfermeiros que desempenham atividades que envolvem assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

O processo de parir é conduzido em leito PPP (pré-parto, parto e pós-parto), onde é estimulada a participação ativa do acompanhante escolhido pela parturiente. Vale ressaltar que o quarto PPP assegura mais conforto e privacidade, incentivando o parto humanizado (ANVISA, 2013).

Durante a condução do processo de parturição, algumas práticas baseadas em evidências científicas, segundo WHO (1996), são ofertadas e incorporadas, como adoção de posições verticais: semi-sentada, sentada (banqueta), cócoras e quatro apoios, por exemplo. Além da verticalização, são oferecidos métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Técnicas de respiração, massagens, banho de aspersão, cavalinho, bola suíça, escada de Ling, musicoterapia e penumbra são algumas das ferramentas disponíveis, a depender da avaliação clínica e obstétrica realizada pelo enfermeiro residente aliado à equipe multiprofissional, levando em consideração a autonomia e protagonismo da mulher (GOIS; INAGAKI; RIBEIRO, 2016).

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa acerca de dados relacionados ao número de partos realizados por residentes de enfermagem obstétrica de uma maternidade de referência localizada em Fortaleza- Ceará durante o período de janeiro de 2015 a julho de 2017.

A realização do estudo e a coleta de dados foram feitas durante o mês agosto de 2017 por meio de uma pesquisa no site da instituição, bem como através da consulta ao livro de registros de partos dos residentes da RESENF.

De acordo com o Conselho Nacional de ética em Pesquisa, não são necessários aprovação do Comitê de ética em pesquisa e estudos que não envolvam seres humanos, bem como trabalhos que venham a utilizar material disponível na rede universal de dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2015, houve 2.537 partos vaginais na MEAC, destes, apenas 123 (5%) foram conduzidos por enfermeiros residentes em obstetria; já em 2016, de um total de 2368 partos vaginais, o número de partos normais assistidos pelos residentes de enfermagem foi de 242 (10%). De janeiro a julho de 2017, dos 1.207 partos vaginais, 158 (13,09%) foram assistidos pela RESENFO.

Segundo Nascimento et al. (2010), a enfermeira obstétrica, ao implantar suas práticas obstétricas nos serviços de saúde com a proposta de humanização recomendada pela OMS, coloca à disposição das usuárias um conhecimento profissional específico, caracterizado por ser essencialmente relacional e derivado de um saber estruturado da enfermeira. Por ter como instrumentos básicos os corpos, proporciona conforto e autonomia ao incentivar as mulheres a reconhecerem e desenvolverem suas próprias habilidades.

Dessa forma, a equipe de enfermagem possui papel decisivo no processo de mudança de paradigma na assistência obstétrica, visto que são os profissionais que mais se envolvem e se relacionam com a parturiente (SOARES et al, 2010).

O profissional enfermeiro é contemplado com diversas competências profissionais como, por exemplo, a criatividade, a proatividade, a responsabilidade com o paciente durante a oferta do cuidado, o compromisso com a ética profissional, entre diversas outras. O enfermeiro deve fazer uso dessas competências e aplica-las em função de uma boa prática, da satisfação do paciente e focada na atenção humanizada. O profissional deve unificar o uso das tecnologias em saúde com suas competências a favor de uma prática qualificada e humanizada, onde a satisfação da paciente será apenas uma consequência de todo seu empenho.

Dentro deste contexto, a enfermagem obstétrica assistencial busca incorporar os princípios de cuidado de estímulo à fisiologia do parir, de expressão da sensibilidade, da subjetividade e da intersubjetividade no ambiente do cuidado. Deste modo, o protagonismo feminino pode ser vivenciado com respeito à cidadania, direitos e autonomia das mulheres, sendo colocadas em prática as tecnologias leves do cuidado (PEREIRA; BENTO, 2011). Por meio do acolhimento, vínculo, orientações realizadas e satisfação profissional, há um reconhecimento e oferta de novas práticas não farmacológicas que garantem um parto com o mínimo de dor e mais humanizado para as mães e seus bebês (SOUZA et al., 2013).

A tecnologia e a humanização podem estar interligadas para proporcionar um cuidado adequado à saúde, pois uma não extingue a outra. Quando combinadas essas duas vertentes da assistência abrem-se caminhos para uma maior satisfação dos usuários e melhores resultados no atendimento ao parto (SANTOS et al., 2012).

Vale ressaltar que o número relativamente baixo de partos assistidos por enfermeiros residentes em comparação com quantitativo total de partos normais pode ser justificado pelo fato de que se trata de uma instituição de referência, a qual assiste a uma grande quantidade de partos de alto risco, os quais, por lei, não podem ser assistidos por enfermeiros na ausência de profissionais médicos.

## CONCLUSÃO

A quantidade de partos vaginais de risco habitual assistidos por enfermeiros residentes vem crescendo substancialmente. Uma das explicações pode ser o fato de que a assistência executada é realizada de forma humanizada, como preconiza a instituição referida.

Além disso, é possível ressaltar que, apesar de dificuldades existentes, muitos profissionais médicos apoiam e reconhecem o trabalho da enfermagem no centro obstétrico, tornando o processo de parir menos institucional e com menos intervenções desnecessárias. Isso deve facilitar a criação de um vínculo maior entre os residentes e a equipe de saúde, bem como com a paciente, ao lhe transmitir confiança e tranquilidade, oriundas das estratégias para humanização da atenção no parto institucionalizado.

Portanto, a RESENFO se estabelece como peça fundamental para o compartilhamento de saberes e práticas neste contexto do parto e nascimento. Ademais, viabiliza a implementação de intervenções que permitam o manejo adequado dentro do ambiente de trabalho, com foco na satisfação da mulher, na segurança do binômio mãe- filho e na qualidade da assistência.

Nesse sentido, as equipes de saúde vêm se adaptando ao modelo de atenção humanizada e à presença de residentes de enfermagem no parto institucionalizado, respeitando as escolhas da parturiente, tornando o parto um evento mais natural possível e de forma responsável.

Este estudo sugere que a Enfermagem vem ganhando espaço e reconhecimento na referida instituição por meio do programa de residência. Assim, tal fato pode ser utilizado como fonte de encorajamento para gestores de outras maternidades fornecerem condições que assegurem assistência ao parto por enfermeiros, contribuindo para a adoção de boas práticas durante o parto e nascimento, diminuição do número excessivo de cirurgias cesarianas, bem como de outras intervenções desnecessárias.

Além disso, é importante destacar que o parto pode ser considerado como um evento social e que, muitas vezes, gera uma expectativa e medo em relação à parturiente e sua família. Diante disso, os profissionais desempenham função ímpar neste processo.

Deste modo, os enfermeiros residentes no campo da obstetrícia devem estar preparados para acolher a grávida de forma profissional e com segurança em relação ao conhecimento. Devem, ainda, buscar fontes de pesquisa e basear a assistência em evidências científicas para que a Enfermagem continue atuando, de forma crítica e respaldada, no cuidado ao parto e nascimento.

Apesar da humanização da assistência, juntamente com os programas de residência em enfermagem obstétrica, ser um tema amplamente discutido, ainda há dificuldades nas relações interprofissionais.

Desta forma, é imprescindível que haja propagação de informações acerca da atuação dos residentes em enfermagem obstétrica e sua importância no âmbito da saúde da mulher, parto e nascimento para o fortalecimento de práticas humanizadas e adequadas, contribuindo, assim, para a melhoria dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Disponível em: [www.anvisa.gov.br/legis](http://www.anvisa.gov.br/legis) Acessado em: 29 jul 2017.

Brasil, 2011. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011.

Edital nº 21, de 5 de setembro de 2012 (BR). **Processo seletivo destinado à oferta de bolsas para o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF)**. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 6 set. 2012: Seção 3:136-7.

GOIS, A. C. F.; INAGAKI, A. D. M.; RIBEIRO, C. J. N. Implementação da prática humanizada no alívio da dor durante o trabalho de parto. **Enfermagem Obstétrica**, v. 3, n. 52, 2016.

NASCIMENTO, N. M.; PROGIANTI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T. R.; VARGENS, O. M. C.

Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, set. 2010.

PEREIRA, A. L. F.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**, Fortaleza. v. 12, n.3, p: 471-7, jul./set., 2011.

SANTOS, L. M.; CARNEIRO, C. S.; CARVALHO, E. S. S.; PAIVA, M. S. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Rev Rene**. v.5, n.13, p: 994-1003, 2012.

SOUZA, C.M.; FERREIRA, C.B.; BARBOSA, N.R.; MARQUES, J. F. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. **J. res.: fundam. care. Online**. v. 4, n.5, out.-dez, p.743-54, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: WHO; 1996.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Maternidade Escola Assis Chateaubriand, local de prática em que podemos compartilhar e adquirir conhecimento. Às pacientes, pois sem elas nossa prática não haveria sentido. Aos colegas profissionais de saúde da referida instituição pelo trabalho realizado em equipe. Às preceptoras do Programa de Residência em Enfermagem da UFC pela teoria repassada e pelo exemplo de profissionais que são.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS

**Geysa Maria Nogueira Farias<sup>1</sup>, Danielle Malta Lima<sup>2</sup>, Geraldo Bezerra da Silva Júnior<sup>3</sup>, José Reginaldo Pinto<sup>4</sup>, Laurineide de Fatima Diniz Cavalcante<sup>5</sup>, Lara Gurgel Fernandes Távora<sup>6</sup>**

1,4,5 *Doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará, Brasil.*

2. *Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará, Brasil.*

3. *Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará, Brasil.*

6. *Docente do curso de medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará, Brasil.*

E-mail: [geysafarias@unifor.br](mailto:geysafarias@unifor.br)

Palavras-chave: HIV/AIDS. Prevenção Primária. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

Atualmente no mundo existem 34,9 milhões de pessoas vivendo HIV/Aids. No ano de 2016, houve 2,7 milhões de novos casos e dois milhões de óbitos relacionados ao HIV/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida) (UNAIDS, 2016).

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), de 2007 até junho de 2016, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos e Notificações (SINAM) 136.945 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 71.396 no Sudeste (52,1%), 28.879 no Sul (21,1%), 18.840 no Nordeste (13,8%), 9.152 no Centro Oeste (6,7%) e 6.868 na Região Norte (6,3%). Já nos últimos cinco anos, o Brasil registrou 41,1 mil casos de AIDS (BRASIL, 2016).

No Ceará, foram notificados 16.790 casos de aids entre os anos de 1983 a junho de 2016\*. A partir da publicação da Portaria Nº 1.271 de 06 de junho de 2014, passaram a ser notificados também casos de HIV, o que pode ter impulsionado o aumento do número de notificações da doença/condição. No ano de 2016\* foram notificados 460 casos, dentre estes 44% (202/460) são casos de aids e 56% (258/460) de HIV. Na série histórica da taxa de detecção de casos de aids em adultos percebe-se gradativo aumento até o ano de 2012 chegando a 12,4 casos por 100 mil habitantes, com discreto declínio nos anos posteriores, podendo representar aumento de diagnóstico precoce da infecção pelo vírus HIV. A maior ocorrência da doença se dá na faixa etária adulta de 30 a 39, seguida dos adultos jovens de 20 a 29 anos (CEARÁ, 2017).

O maior número de casos entre os anos de 2007 a 2016\* concentra-se no sexo masculino, no entanto 23 municípios do Estado (12,5%) apresentam maior número de casos de aids em mulheres quando comparada aos homens, sugerindo o início da feminização da aids nesses municípios (CEARÁ, 2017).

Na última década, com o advento da terapia antirretroviral de alta potência- HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*), a evolução dos pacientes infectados pelo HIV mostrou uma acentuada diminuição nas taxas de morbimortalidade (MORENO; SIQUEIRA; NORONHA, 2010).

Com a ampla adoção da terapia antirretroviral (TARV), os desafios emergentes das infecções crônicas pelo HIV são condições associadas com a inflamação, envelhecimento crônico, doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doença hepática, doença óssea e renal crônica de diversas etiologias. (HADIGAN et al., 2013).

Um dos aspectos importantes na promoção da saúde para diminuir o surgimento destas doenças é a mobilização destes indivíduos, em ações integrativas de saúde com o apoio de uma equipe multiprofissional.

Com a maior expectativa de vida faz-se necessário trabalhar a prevenção das doenças imunopreveníveis. O programa de Imunização do Ministério da Saúde (PNI) ampliou a oferta de vacinação para a Hepatite B independentemente da idade e ou condições de vulnerabilidade e introduziu no calendário de vacinação a vacina contra o HPV para indivíduos de ambos os sexos na faixa etária de 9 a 26 anos vivendo com HIV/Aids com o objetivo de diminuir as infecções sexualmente transmissíveis (PNI, 2017).

O objetivo deste estudo foi demonstrar como é realizado o trabalho preventivo e promotor da saúde para pacientes com diagnóstico de HIV/Aids em um centro especializado na cidade de Fortaleza, Ceará.

### METODOLOGIA

Este estudo descreve um relato de experiência a cerca das ações de promoção da saúde desenvolvidas no Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids do Núcleo de Atenção Médica Integrada SAE/NAMI/UNIFOR

voltadas para pacientes soropositivos para HIV. O SAE NAMI foi criado em 2010 contando, atualmente, com uma equipe multiprofissional composta por três médicos infectologistas, uma enfermeira, duas assistentes sociais, um farmacêutico e um bioquímico. Atualmente estão em acompanhamento 602 pacientes cadastrados no serviço.

O atendimento no SAE NAMI vai desde consultas médicas, análises laboratoriais e imunização até serviços especializados em diagnósticos por imagem. Além disso, existem ainda diversos grupos onde são trabalhados temas como saúde mental, climatério, alongamento, acompanhamento a gestantes, entre outros.

Desde 2010 tem sido oferecido um atendimento diferenciado ao paciente portador de HIV que busca atendimento naquela unidade. Esta experiência mostra como é a dinâmica desse atendimento e como as equipes desenvolvem ações voltadas para esse público.

## RELATO E DISCUSSÃO DA EXPERIÊNCIA

Durante as consultas ambulatoriais são realizadas orientações a cerca dos fatores de risco para o HIV dentre elas o incentivo ao uso do preservativo nas relações sexuais com a distribuição do método para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), a importância da prática de atividades físicas, enfatizando os prejuízos e problemas de saúde relacionados ao uso excessivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas e orientações sobre alimentação saudável. Para a prevenção das doenças imunopreveníveis é realizada avaliação e seguimento das vacinas recomendadas pelo Ministério da Saúde às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), sendo oferecidas: Influenza, Hepatite B, Pneumocócica 23 valente, Difteria e Tétano (DT) e HPV. Para a prevenção da tuberculose é realizado semanalmente a prova tuberculínica (PPD) nos pacientes com indicação (pacientes sem história prévia de tuberculose com último PPD há 1 ano ou mais arreator) (Ministério da Saúde, 2011)

Desde 2015 foi criado o grupo de adesão ao serviço com frequência de reuniões semanais enfocando palestras de promoção da saúde com especialistas da área e com temas diversos pontuados a partir de suas próprias necessidades, tais como: direitos humanos das PVHA, manutenção de uma alimentação saudável, lipodistrofia, resgate da cidadania no contexto do HIV, rodas de conversa sobre depoimentos das PVHA, medidas de adesão a terapia antirretroviral, práticas saudáveis de atividades físicas, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), tratamento sobre hepatites virais, fatores psicológicos associados ao HIV, experiências vividas pelos indivíduos com HIV, dentre outros.

## CONCLUSÃO

As intervenções executadas para promover o acesso e a inclusão de pacientes que estão em tratamento para HIV/Aids no NAMI demonstram como os profissionais de saúde devem procurar inovar as formas de atendimento voltadas para esse público. Essas ações reduzem o estigma da doença para as pessoas atendidas nesse local e proporcionam uma melhor convivência desses pacientes no meio social.

Com relação às metodologias utilizadas nesse espaço de atendimento, isto é, intervenções psicoeducativas ou psicossociais, foi notado que elas proporcionaram a inclusão no campo das abordagens em saúde no quadro dos direitos humanos e combinaram diferentes abordagens e informação sobre diversos temas junto à esta população, tornando-se relevantes para o processo de intervenção sobre o modo como as experiências de estigmatização se manifestam na vida cotidiana.

Com base nessa experiência, pôde-se ponderar que é preciso que os profissionais fomentem, como sujeitos cuidadores, o vínculo baseado no diálogo e no respeito mútuo. Dessa forma, poderá ser estimulada a autonomia do sujeito e não somente a construção de práticas numa interação com o outro como mero objeto, no qual se pode intervir de modo normativo e tecnicista. Aposta-se, assim, na construção de vínculos afetivos, que dão suporte a relações de cuidado, como um importante recurso operacional para a promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2013>, acesso em 10/08/2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunização, 2017
- FALCO, M; CASTRO, A.C.O.; SILVEIRA, E. A. Terapia nutricional nas alterações metabólicas em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 737-740, 2012.

- FRIEDL, D. B. et al. Evolução da função renal de pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Acta Paul Enferm.* v. 22(Especial-Nefrologia), p. 531-4, 2009.
- HADIGAN, C. et al.. Microalbuminuria in HIV Disease. **Am J Nephrol.**v. 37, n. 5, p. 56-67. 2013.
- KALIM, S.; SZCECH, L.A.; WYATT, C. M. Acute Kidney Injury in HIV- Infected Patients. **Semin Nephrol.** v. 28, n. 6, p.556–562, 2008.
- MORENO, C.N.; SIQUEIRA, R. C.; NORONHA, I. L. Transplante renal em pacientes infectados pelo HIV. **Rev Assoc Med Bras.** v. 57, n. 1, p.100-106, 2010.
- REBELLO, Lúcia Emilia Figueiredo de Sousa; GOMES, Romeu; SOUZA, Alberto Carneiro Barbosa de. Homens e a prevenção da aids: análise da produção do conhecimento da área da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 15, n. 36, p. 67-78, marzo 2011.
- SILVA JUNIOR, G. B.; DAHER, E. F. **HIV/SIDA - Complicações renais, distúrbios hidreletrolíticos e ácido-básicos.** In: LOPES, A.C. (Org.). *Clínica Médica - Diagnóstico e Tratamento.* 1ed. São Paulo: Atheneu, 2013, v. 5, p. 4651-4663.
- WYATT, C.M.; KLOTMAN, P. E. **HIV-associated nephropathy (HIVAN).** UpToDate, 2014. Disponível em <http://www.uptodate.com>, acesso em 28/09/2014.

## AGRADECIMENTOS

Aos Professores do Doutorado em Saúde Coletiva pelo incentivo a esta pesquisa e realização do evento.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E EMOCIONAIS DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Ariane Pontes Soares<sup>1</sup>, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza- Ceará-Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: arianepontess@hotmail.com

Palavras-chave: Saúde da mulher; Câncer de colo de útero; Condições emocionais.

### INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é o terceiro tipo mais incidente na população brasileira feminina, exceto os casos não melanoma. Foram esperados cerca de 16.340 novos casos para o ano de 2016, no Brasil, apresentando um risco estimado de 15,85 casos a cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2015).

A infecção por vírus *Papilomavirus Humano* (HPV) é uma das principais causas que contribui para o desenvolvimento do CCU. Exercendo grande relação com os tipos 16 e 18, que possuem um alto poder carcinogênico, sendo responsáveis por cerca de 70,0% dos cânceres cervicais. O CCU invasivo afeta predominantemente mulheres que não tem acesso aos serviços de saúde (WHO, 2014).

A realização do exame citopatológico é a principal estratégia para o rastreamento (BRASIL, 2015). Alcançar a população alvo, é um fator importante para que haja uma redução da incidência por esta neoplasia (BRASIL, 2013).

Diante desse atual cenário que se encontram a saúde de muitas mulheres, em meio aos elevados índices de novos casos e óbitos por este grave, despertaram o interesse em investigar o impacto do câncer de colo do útero nos aspectos físicos e emocionais das mulheres com suas implicações sociais, psicológicas, laborativas, biológicas e nível de saúde e de bem-estar.

Mediante a problemática deste agravo na saúde da mulher, indaga-se: qual a repercussão do câncer do colo do útero nas condições físicas e emocionais nas mulheres que o vivenciam? Diante deste questionamento, optou-se por este estudo, com o objetivo de avaliar as condições físicas e emocionais das mulheres com câncer do colo do útero.

### METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem quantitativa do tipo transversal, realizado no Instituto do Câncer do Ceará (ICC) em Fortaleza-Ceará.

Participaram do estudo, 113 mulheres com diagnóstico de CCU, com idade a partir de 20 anos, atendidas nos ambulatórios da instituição citada no período de janeiro a julho de 2016.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de janeiro a julho de 2016 na instituição citada, por meio do formulário (dados sociodemográficos e sanitários) e aplicação da Escala de *Hamilton* (HAM-D) e do Índice de *Karnofsky* ou *Karnofsky Performance Status Scale* (KPS).

A Escala de Depressão de *Hamilton* (HAM-D) é utilizada para avaliar sintomas sugestivos de depressão, foi criada por Max Hamilton na década de 1960 para ser utilizada na identificação de transtorno afetivo do tipo depressivo (GALUCCI *et al*, 2001). A escala HAM-D é amplamente utilizada no Brasil, tanto em pesquisas quanto na prática clínica (MARQUES *et al*, 2006).

O Índice de *Karnofsky* (KPS) é utilizado para classificar pacientes relativamente à sua capacidade funcional KARNOFSKY e BURCHENAL, 1949). É uma escala que avalia o grau de comprometimento funcional, que foi inicialmente desenvolvida para avaliar a capacidade física em pacientes oncológicos, mas que tem seu uso ampliado para avaliação de outras doenças crônicas incapacitantes. Representa uma medida geral da independência do indivíduo em exercer o autocuidado e suas atividades diárias. Foi elaborado por dois médicos pesquisadores americanos nos anos 40, David *Karnofsky* e Joseph *Burchenal*, como uma tentativa de medir o lado mais subjetivo do resultado do tratamento do câncer (VESZ *et al*, 2013). Os dados foram organizados no *Statistic Package for Social Science* (SPSS, versão 20), representados em quadros e tabelas e analisados pela estatística descritiva e analítica, e fundamentado na literatura selecionada.



A pesquisa atendeu aos princípios éticos preconizados pela Resolução nº466/12 da Comissão Nacional de Ética-CONEP/CNS/MS (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o processamento da análise, agrupou-se os dados em: caracterização sociodemográfica, descrição sanitária e avaliação das condições físicas e emocionais.

### Caracterização sociodemográfica das mulheres

Houve predomínio de mulheres adultas na faixa etária de 24 a 59 anos (61,6%), casadas (46,9%), com filhos (95,6%), naturais (60,5%) e residentes (71,68%) na Macrorregião Fortaleza-Ce, com ensino fundamental incompleto ou completo (67,3%), renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos vigente (81,4%), e do lar (38,1%).

Foi evidenciado que a faixa etária predominante, das mulheres estudadas foi de 24 a 59 anos, equivalendo a (61,6%). A idade também interfere no processo de infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), o principal fator de risco para o surgimento do câncer do colo uterino (CCU) (BRASIL, 2016), sendo que a maioria das infecções em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (BRASIL, 2015; WHO, 2007).

### Descrição sanitária

As mulheres apresentaram menarca entre 12 e 15 anos de idade (89,3%); de uma a sete gestações (62,8%), um a sete partos (66,3%); não informaram abortamento (59,3%), um parceiro nos últimos três anos (68,2%), último exame preventivo foi realizado entre 04 e 10 anos (36,4%); sangramento transvaginal em 44,2%, carcinoma de Células Escamosas (CEC) em 89,4%, e quanto ao estadiamento, IIB (37,2%) e IIIB (40,7%) foram os mais predominantes.

### Descrição das condições físicas e emocionais das mulheres

Evidencia-se que a maioria das mulheres não apresentavam depressão, segundo o parâmetro encontrado na Escala de *Hamilton* (HAM-D). Quanto ao Índice de *Karnofsky* (KPS), sobressaíram 46 (40,7%) mulheres que atingiram 80,0% desse índice, que significa que elas tinham “*Atividade normal, com alguma dificuldade, alguns sinais e sintomas*”, seguida de 45 (39,8%) em que foi constatado um índice de 90,0%, que consiste em ser “*Capaz de atividade normal, poucos sinais ou sintomas da doença*”.

Os achados evidenciados, pela ausência de depressão nas mulheres, assemelham-se com os resultados de uma investigação que analisou a prevalência de depressão em 50 pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial, utilizando a Escala de depressão de *Hamilton*, evidenciando que a prevalência de depressão foi de 16,0%, predominado a ausência de depressão (MARTINHO *et al*, 2009). Concordando com os resultados do presente estudo.

A menor prevalência de depressão evidenciada, nas pessoas que vivenciam o câncer, pode ser explicada pela busca da espiritualidade. Fator este que representa forte aliado para superar o diagnóstico de câncer, as incertezas que afloram, o estigma de vivenciar uma doença grave que requer cuidados e a possibilidade do risco da morte (SALES *et al*, 2014).

Em relação a presença de sintomas depressivos nas pessoas com câncer, estes nem sempre constituem doenças psiquiátricas clássicas, mas sim desordens psíquicas que interferem na QV do indivíduo (JUVER e VERÇOSA, 2008).

Quanto à capacidade funcional, esta foi caracterizada com o uso do KPS que busca indicar o bem-estar do indivíduo, ou seja, da capacidade de desempenhar as suas atividades de vida diária. O seu escore varia de 0 a 100 (MOREIRA *et al*, 2015).

Em estudo longitudinal e retrospectivo realizado com 438 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e ginecológico, em tratamento quimioterápico, foi usado o KPS, tendo como resultados que a capacidade funcional se apresentou em torno de 70, significando que as pacientes mostraram incapacidade de realizar suas atividades diárias ainda que tenham preservado a capacidade de realizar o autocuidado (ELIAS *et al*, 2015). A capacidade funcional da população estudada apresentou escore médio de 70, utilizando o mesmo KPS. Constatando-se maior impacto pontual no declínio da capacidade funcional das pacientes com câncer ginecológico.

Estes dados mostram que o CCU pode trazer comprometimentos na capacidade funcional dos portadores deste agravo.

Com o cruzamento entre o Índice de Karnofsky e a Escala de Hamilton sobressaíram-se as mulheres sem depressão. Destacando-se aquelas que estavam com KPS de 90,0 % correspondendo a 39 (34,5%) das mulheres, seguidas de Depressão leve, com KPS de 80,0 %, correspondendo a 10 (8,84%) das mulheres, depressão moderada, foi evidenciada em maior proporção nas mulheres que apresentaram KPS 80,0%, correspondendo a cerca de 8 (7,07%) das mulheres.

Portanto, constatou-se que o câncer do colo do útero, nas mulheres participantes do estudo, pode trazer impactos, nos aspectos emocionais e capacidade funcional. Embora a maioria, não tenha apresentado depressão, uma parcela apresentou depressão com variação de leve a moderada.

## CONCLUSÃO

As diversas abordagens expostas no presente trabalho, acerca de uma temática tão relevante, possibilitaram reflexões, em vários âmbitos. Ainda nos deparamos com um Sistema Único de Saúde marcado por fragilidades, onde os seus princípios doutrinários, que defendem a integralidade, universalidade e equidade da garantia aos serviços de saúde à população brasileira, não são atendidas conforme preconizado pela Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080/ 1990.

Essa realidade vai de encontro a problematização do câncer do colo do útero e seu contexto social. Onde mulheres de baixa escolaridade, baixa renda, desempregadas, são as mais vulneráveis. Estratégias resolutivas que visem a redução da incidência do câncer de colo uterino, necessitam maior atenção e adequabilidade às carências, realidades e contextos que esta população mais vulnerável está inserida.

A realização deste trabalho representou uma possibilidade de conhecer sobre os principais aspectos relacionados ao câncer de colo uterino, sua incidência, e o impacto deste, nos aspectos físicos e emocionais das mulheres aqui representadas.

Ainda nos deparamos com grandes desafios a serem superados em relação às barreiras de acesso ao exame preventivo, a falta de informação que grande parcela da população feminina do Brasil ainda apresenta sobre os riscos e as formas de prevenção, deste agravo e sua forte relação com o HPV.

A promoção da saúde é uma estratégia que precisa ser mais fortalecida entre os profissionais da saúde. Estes devem utilizar recursos estratégicos e eficazes que promovam a educação em saúde das mulheres, de forma a estimular e fazerem-nas empoderarem-se como agentes transformadoras de sua saúde.

Buscou-se com os resultados aqui apresentados, conhecer o impacto do câncer do colo do útero e sua relação com os aspectos físicos e emocionais. Pretende-se com esse estudo, contribuir para mudanças na maneira da condução de pacientes diagnosticados com câncer. Onde os atores do processo, não sejam vistos como coadjuvantes. Onde estratégias sejam criadas, com o objetivo de promover o bem-estar destas mulheres.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Avaliação de Indicadores das Detecções Precoce dos cânceres do Colo do útero e de Mama-** Brasil e Regiões. Rio de Janeiro – RJ, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle dos Cânceres do Colo do útero e da Mama.** 2º ed. Cadernos de Atenção Básica, nº 13. Brasília- DF, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016 - Incidência de câncer no Brasil / INCA,** Rio de Janeiro – RJ, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>> Acesso em: 10 de jan. 2016.

ELIAS, Thaís Cristina et al. Characterization and functional capacity in women with breast cancer, gynaecological cancer and gestational trophoblastic disease. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 37-42, Dec.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 de outubro 2016.

HAMILTON, Max. Development of a rating scale for primary depressive illness. **Br. J. Soc. Clin. Psychol.**, v.6 278-96, 1967.

JUVER, Jeane Pereira da Silva; VERCOSA, Núbia. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 58, n. 3, p. 287-298, June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 6 de outubro 2016.

KARNOFSKY, D.A.; BURCHENAL, J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Macleod CM, ed. *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Columbia University Press; 1949: 191-205.

MARQUES, Amélia Pasqual et al . Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 24-31, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 20 de outubro 2016.

MARTINHO, Ariane Fadel; REIS, Natália Ivanoff dos; NOVO, Neil Ferreira; HÜBNER, Carlos von Krakauer. Prevalência dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos no ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Rev. Bras.Clin. Med.**, v.7, p.304-308, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 08 de outubro 2016.

WHO (World Health Organization). **Weekly epidemiological Record. Human papillomavirus vaccines: WHO positionpaper.** October ,2014. Disponível em:< <http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>> Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

A cada Mulher que participou deste estudo, mesmo vivenciando o diagnóstico de câncer do colo do útero, um momento tão difícil, cedeu o seu tempo para responder cada questionamento. Vocês foram essenciais para a concretização deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL.

**Glícia Uchôa Gomes Mendonça<sup>1</sup> ; Alanna do Carmo Soares<sup>2</sup>; Jayana Castelo Branco Cavalcante de Meneses<sup>3</sup>; Conceição Almeida Carvalho<sup>1</sup>; Amanda Barbosa Rodrigues<sup>4</sup>.**

*1 Mestranda. Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem. UNIFOR*

*2 Enfermeira. Hospital Regional São Francisco de Canindé.*

*3 Mestranda. Programa de Mestrado em Enfermagem. URCA.*

*4 Enfermeira. Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital São Carlos.*

*E-mail: glícia\_efm@yahoo.com.br*

*Palavras-chave: Paternidade. Pré-natal. Enfermagem.*

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gestação, assegurando até o seu fim, para que a criança nasça saudável e com garantia de um bem estar materno e neonatal. Para que a atenção pré-natal seja de forma qualificada e humanizada, é necessário incorporar meios de condutas acolhedoras tanto para a gestante quanto para seu acompanhante, baseado em ações que congregue todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde (BRASIL, 2006).

A chegada de um filho gera nos pais expectativas de como será seu relacionamento com o bebê, e de que maneira a paternidade será exercida. Alguns pais não conseguem imaginar como desempenhar seu papel, outros já têm definido e planejado a educação e interação com o bebê. Com isso, ocorre uma mudança de papéis, quando o homem e a mulher se tornam pai e mãe, as funções de suas vidas têm que se adequar a suas novas responsabilidades (GABRIEL; DIAS, 2011).

Segundo Piccinini (2009) o envolvimento do pai na gestação pode ser compreendido através de sua participação em atividades tocante à assistência as gestantes, aos preparativos para a chegada do bebê, a qualquer meio de busca de contato com o bebê, do apoio emocional prestado a sua companheira, como também de preocupações com as dúvidas e anseios do pai. Esse envolvimento paterno varia durante cada fase da gestação, de acordo com o desenvolvimento do bebê e conforme a personalidade e características do próprio pai.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem assegura que a paternidade não deve ser vista apenas como obrigação legal, mas sim, como direito reservado a todo homem de participar de todo o processo, desde o desejo e decisão de ter filho, de como e quando, como também de acompanhar toda gravidez. Diante disto é importante acolher o pai como acompanhante de sua parceira, fornecendo meios de acesso nas consultas de pré-natal (BRASIL, 2008).

O pré-natal masculino também é uma estratégia para diminuir a incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), através dos exames de HIV, sífilis e hepatites virais, oportunizando nesse momento a pesquisa e diagnóstico dessas doenças. Seguindo da ideia de incentivá-lo a acompanhar as consultas de sua parceira durante os nove meses de gestação, como também aproveitar essa oportunidade para fazer um *check-up*, partindo do princípio de que o homem precisa se cuidar para cuidar da família (BRASIL, 2010).

A prática do pré-natal masculino é referência para o Ministério da Saúde, pois o projeto se estende para além das sorologias básicas para pesquisa de DST, mas também, para diagnóstico de doenças crônicas, entre elas, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), tendo também uma função social, informar e sensibilizar os pais quanto às condições físicas e emocionais da mulher durante a gestação até após o parto, diminuindo, inclusive, os índices de violência doméstica (SOUSA, 2010).

O apoio afetivo demonstrado pelo pai contribui para que a gestante suporte com mais facilidade as dores e ansiedade durante o trabalho de parto. Neste sentido, proporciona: a diminuição do tempo do trabalho de parto, da quantidade do uso de medicações como anestésicos e dilatadores, de parto fórceps, da sensação de dor, maior número de partos normais, e a duração da permanência do recém-nascido no hospital, favorecendo um maior contentamento da mãe em relação à experiência do nascimento (JARDIM; PENNA, 2012).

O interesse por esse objeto de investigação surgiu durante a vivência na prática acadêmica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na qual a autora pôde perceber a ausência ou mínima participação dos pais nas consultas de pré-natal, surgindo então à curiosidade de pesquisar os motivos das reais ausências e a percepção dos pais sobre sua participação nas consultas de pré-natal durante o acompanhamento dos nove meses de gestação,

dando ênfase no papel da paternidade. Diante do que foi exposto, indago tal questão norteadora: Qual a percepção do pai sobre a inclusão do homem nas consultas de pré-natal?

Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi verificar a percepção dos pais sobre sua participação nas consultas de pré-natal. A relevância desta pesquisa consiste em incentivar os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, na inclusão do homem nas consultas de pré-natal, favorecer o planejamento de ações facilitadoras para o acesso do homem ao serviço de acompanhamento pré-natal.

## **METODOLOGIA**

Frente à natureza dos objetivos propostos deste estudo, realizou-se uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Maria Zulene Medeiros de Araújo - PSF Areias, zona urbana do município de Iguatu, localizada na região Centro-Sul do estado do Ceará, distância de condução é 382 km da capital Fortaleza, possuindo uma área de 1.029,214 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 2013 de 100.053 mil habitantes (IBGE, 2014).

Para a escolha desta UBS, que atende um total de 2.100 famílias, como espaço de investigação, foi realizado um levantamento junto à secretária de saúde do município de Iguatu, para verificar qual unidade básica da zona urbana continha o maior número de gestantes em assistência pré-natal. Neste sentido, o PSF Areias enquadrou-se nesse critério, pois se contabilizou um total de 47 gestantes atendidas na referida unidade.

Os critérios de inclusão para a seleção dos sujeitos da pesquisa foram: pais maiores de 18 anos, cujas companheiras eram atendidas nessa unidade no período da coleta de dados e que estivessem disponíveis durante a visita domiciliar realizada pela pesquisadora. A escolha desta faixa etária deveu-se por considerar essas pessoas mais aptas a responderem a entrevista, proporcionando maior segurança e fidedignidade nas respostas. Os critérios de exclusão foram: homens/pais que não residam com a gestante e que pertenciam a outra área adstrita, dificuldade de acesso do pesquisador ao sujeito.

Para delimitar o número de entrevistas foi utilizado o critério de “exaustão” ou “saturação”, segundo o qual o pesquisador executa entrevistas em número suficiente para permitir certa reincidência das informações, garantindo um máximo de diversificação e abrangência para a reconstituição do objeto no conjunto do material, verificando assim a formação de um todo (MINAYO, 2013).

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro a novembro de 2015, durante a visita domiciliar realizada pela pesquisadora. Inicialmente foi realizada uma visita ao local da realização do estudo para conhecer os profissionais responsáveis pelo funcionamento da UBS, como também identificar quais os dias eram destinados ao atendimento das gestantes.

As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas na íntegra para garantir a fidedignidade das falas. Os dados foram agrupados em categorias ou núcleos de análise. O material obtido com as entrevistas foi analisado de acordo com conteúdo proposto por Minayo (2013) sendo adotada a modalidade de análise temática por permitir tomar conhecimento de opiniões individuais, conforme as experiências vivenciadas no dia-a-dia.

Esta pesquisa está em conformidade com a Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - Ministério da Saúde (MS), que aborda as pesquisas com seres humanos, na qual incorpora a percepção individual e coletiva dos indivíduos, com referenciais básicos da Bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, equidade, justiça dentre outros, onde tem como prioridade assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra deste estudo foi composta por 16 participantes dos quais, 56,25% pertenciam a uma faixa etária de até 29 anos. Todos os participantes residiam com a gestante, e no que diz respeito ao estado civil, 9 (56,25%) dos entrevistados eram casados e 7 (43,75%) eram solteiros. Em relação ao número de filhos, observou-se que a maioria 10 (62,5 %) estava esperando o primeiro filho e 6 (37,5%) o segundo filho.

No que se refere ao grau de escolaridade, verificou-se que 8 (50%) possuíam o ensino fundamental incompleto, 2 (12,5%) ensino médio incompleto, 3 (18,75%) ensino médio completo e 3 (18,75%) possuíam o ensino superior completo.

Quando questionados sobre seus sentimentos diante da gestação os entrevistados responderam que se sentia feliz, alegre, contente, bem. Não havendo nenhum sentimento de negação em relação à criança ou a gravidez. O que podemos ver nas falas: *Eu me sinto muito feliz, assim, ansioso até de mais esperando por esse bebê; Tô muito feliz, com certeza vai ser muito bom pra nós dois, filho é vida!; Feliz e preocupado né, que é uma vida e a responsabilidade é maior; Estou muito feliz, sempre quis ter um filho.*

Durante a gestação ocorrem inúmeras mudanças, dentre elas, alterações emocionais, comportamentais e sexuais, ou seja, uma tempestade de sentimentos e sensações novas tanto para o pai quanto para a gestante (REZENDE; MONTENEGRO, 2005).

Segundo Silveira et al. (2004) o homem quando se torna pai ele está propenso a uma diversidade de emoções, porque na vida dele em seu íntimo, ele está vivenciando o significado e a grandeza de torna-se pai.

A gravidez ocasiona alterações emocionais (normais) ao casal, assim sendo, é um momento em que afeta a relação de mulher e homem, na realidade do casal. Sendo a experiência física e emocional da gestação bastante distinta para homens e mulheres, que certamente terá consequências particularizadas para cada um deles (VASQUES, 2006; PICCININI et al., 2004).

Em relação ao acompanhamento da gestante na consulta de pré-natal, a grande maioria 12 (75%) dos sujeitos referiram que não acompanhavam suas parceiras nas consultas de pré-natal e que apenas 4 entrevistados ou seja 25% acompanhava ou já tinha acompanhado em algum momento a consulta de pré-natal. Sendo que, dos entrevistados que não acompanhavam 3 se pronunciaram com a pretensão de acompanhar e 2 só tinham acompanhado a primeira consulta com a ginecologista e alguns exames. Como se observa nos relatos a seguir: *Já! Nos exames, nas consultas de pré-natal não; Já, a primeira consulta com o ginecologista e a ultrassom, mas com a enfermeira ainda não.*

A presença do homem no acompanhamento da gravidez através das consultas de pré-natal não se configura ainda como uma realidade sedimentada no cenário assistencialista, tendo em vista, que na maioria das vezes os homens passam por despercebidos e permanecem excluídos desse contexto (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Quando o homem compartilha com a mulher os momentos da gravidez, o relacionamento conjugal se torna mais estruturado e há uma maior união do casal. A maioria dos homens só se sente pai após o nascimento do bebê, porém quando o pai participa do pré-natal e acompanha toda a gravidez ele passa a colaborar para a formação precoce do vínculo afetivo e um maior apego entre pai e filho (GOMES; PESSÓA, 2003).

Os relatos revelam que grande parte dos pais sabe da importância da participação paterna nas consultas de pré-natal, mas mesmo assim alguns não acompanhavam suas esposas durante as consultas. *É... assim, é muito importante né porque precisa ter o acompanhamento também do pai, mas eu não tenho tempo pra tá acompanhando não; Sem dúvida é muito importante, porque vai passar uma tranquilidade maior pra mulher, o pai também fica mais seguro; É importante pois o pai tem a oportunidade de participar e ficar informado de tudo que está acontecendo e também garantir um maior apoio a mulher.*

A participação do pai é importante durante todo o ciclo gravídico, onde esse envolvimento deve começar no pré-natal, oportunizando desde momento para uma maior aproximação entre o casal, possibilitando que o companheiro conheça as necessidades da mulher, apoiando-o em todo período, tornando a gravidez tranquila e segura, fechando esse ciclo de forma positiva para ambos (PETITO et al., 2015).

Buendgens, Junckes e Guessier (2008) admitem e discutem a importância da participação masculina durante o pré-natal, na qual propicia apoio, carinho e zelo a sua companheira que conseqüentemente promove ainda no momento intrauterino a saúde do bebê, visto que o desenvolvimento favorável da gestação reduz os riscos materno-fetais.

Quando o pai participa desde o pré-natal, ele passa a quebrar barreiras e dificuldades quanto aos cuidados com o filho e a puérpera, colabora também no manejo e incentivo da amamentação, evitando o desmame precoce, que muitas vezes é motivado devido o desconforto materno e a falta de incentivo às mães (PAULA; SARTORI; MARTINS, 2010).

No decorrer das entrevistas, quando perguntados sobre os benefícios do pré-natal, constatou-se que alguns pais nem mesmo sabiam o significado do termo pré-natal. Alguns associavam o pré-natal somente à consulta do médico. Demonstrado pelo relato: *... pré-natal é o acompanhamento do médico para acompanhar o bebê saber como é que tá o desenvolvimento, saber a saúde dela se ela tá bem se o bebê tá bem.*

Presumia-se que as respostas em relação aos benefícios do pré-natal, contivessem questões que abordassem mais a família, o relacionamento entre o casal, a mudança no modo de vida, a sua relação com o bebê, porém as respostas foram bem objetivas e quase unânimes: o apoio à mãe. O que pode ser percebido pelas seguintes falas: *Deixa ela bem, bem a vontade né, da mais segurança pra mãe. O apoio pra mãe, vai esclarecendo muitas coisas, tirando muitas dúvidas, tem aqueles mitos e hoje o pré-natal já ajuda a diminuir isso; Mas o pai participando dar mais apoio a mãe deixa ela mais segura.*

Devido às mudanças de papéis ocorridos nas últimas décadas, os homens estão se mostrando ainda que discretamente, pais mais companheiros, participativos e integrados à vida familiar desenvolvendo o vínculo e a prática da paternidade (DESSEN, OLIVEIRA, 2013).

De acordo com outros estudos pode-se afirmar que a figura do homem no processo gestacional é um importante elemento para o sucesso desse processo, todavia o pai em sua maioria exerce apenas o papel de dar apoio a sua

companheira, atendendo apenas as necessidades delas (OLIVA; NASCIMENTO; SANTO, 2010; PESAMOSCA; FONSECA; GOMES, 2008).

A gravidez é um período marcante para a vida da mulher devido às mudanças ocorridas fisiologicamente, que estão associados aos sentimentos como: aflição, satisfação, tristeza e receio, sendo um período em que a mulher se torna muito frágil e invulnerável, tornando a participação do homem/pai durante todo o ciclo gravídico indispensável. O homem/pai passa a encorajar a mulher deixando ela mais segura, podendo até diminuir o tempo de trabalho de parto, que se deve devido a adequada produção de hormônios fisiológicos, gerando sentimentos positivos e satisfatórios, confiança e felicidade, colaborando assim para a melhoria do vínculo familiar (GONZALEZ et al., 2012).

É de suma importância que a gestante experimente o amor e o apoio do parceiro, que na maioria das vezes são expressos por pequenos atos e pequenas atenções voltadas a ela e ao bebê, fazendo-a sentir e vivenciar a presença do pai do seu filho reforçando a união entre eles enquanto casal (BRITO, 2001).

## CONCLUSÃO

Constatou-se que existem fatores que podem interferir na participação do pai nas consultas, dentre eles, o trabalho do pai, a falta de interesse paterna, a falta de incentivo do profissional, a ausência do conhecimento do direito da participação do pai nas consultas como também a tão citada falta de tempo. Observando a necessidade de se criar mecanismos para eventuais abonos de faltas nos serviços garantindo assim o direito do pai em participar, a conscientização tanto do profissional como do pai do quanto é importante incluir o homem/pai nesse processo, possibilitando que por meio do pré-natal o pai afirme a sua paternidade. Viu-se que, mesmo os pais que participavam das consultas de pré-natal, obtiveram incentivos do enfermeiro em inclui-lo no pré-natal, esse fato pode demonstrar que os pais passaram despercebidos, e assim ocorre a necessidade criar um ambiente acolhedor para que este pai possa participar de maneira efetiva da assistência ao pré-natal de sua parceira.

Considera-se que ocorrem diversas mudanças psicológicas durante a gravidez tanto na vida da gestante como do pai, verifica-se que esse é um momento muito importante para que se realize ações educativas, faz-se necessário que o enfermeiro ganhe a confiança do casal e assuma a postura de educador fornecendo todo o suporte e apoio que eles necessitam.

Acompanhar o casal, não só a mulher, deve ser a nova meta a ser alcançada, propondo e criando uma fórmula de saúde mais integrada, consciente e participativa, dessa forma a inserção do companheiro na assistência pré-natal se torna indispensável e fundamental para que ele possa dar sua contribuição de pai, de marido e de companheiro.

Espera-se com esse estudo sensibilizar os pais a participarem das consultas de pré-natal e fazê-los perceber a importância e os benefícios de sua participação, bem como conscientizar os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, a inserir o homem na assistência pré-natal, percebendo esse homem como um ser cuidador e que precisa de cuidados.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, DF. 2008.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário oficial da união, Brasília, DF, n. 12. 2012.

BRITO, R. S. **A experiência do companheiro no processo da gravidez da mulher/companheira: uma abordagem interacionista**. 2001. Tese (Livre – Docência em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto(SP), 2001.

BUENDGENS, B. B.; JUNCKES, J. M.; GUESSER, J. C. **A participação do pai no processo de nascimento em uma unidade de atenção básica**. 2008. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. R. Envolvimento paterno durante o nascimento dos filhos: pai “real” e “ideal” na perspectiva materna. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p.184-92. 2013.

OLIVA, T. A.; NASCIMENTO, E. R.; SANTO, F. R. E. Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 435-40, jul./set. 2010.

GABRIEL, M. R.; DIAS, A. C. G. Percepções sobre a paternidade: descrevendo a si mesmo e o próprio pai como pai. *Estudos de Psicologia*, v. 16, n. 3, p. 253-261, set./dez. 2011.

GOMES, D. S.; PESSÔA, F.S. **Estudo das opiniões dos profissionais de enfermagem sobre a presença do pai/ companheiro na sala de parto**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Enfermagem) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Residência em Enfermagem, Recife -PE, 2003.

GONZALEZ, A. D.; FERNANDES, E. S.; SILVA, E. F.; RABELO, M.; SOUZA, S. R. R. K. A Percepção do acompanhante no processo do nascimento. **Rev. Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 310-3144, abr./jun. 2012. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2014, disponível no site: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230550&search=ceara|iguatu|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 21 maio de 2015.

JARDIM, D. M. B.; PENNA, C. M. M. Pai-Acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. **REME-Rev. Min.Enf.**, Belo Horizonte, MG, v. 16, n. 3. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 13ª edição. Hucitec Editora. 2013.

PAULA, A. O.; SARTORI, A. L.; MARTINS, C. A. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 464-70. 2010.

PETITO, A. D. C.; CÂNDIDO, A. C. F.; Lorene Oliveira RIBEIRO, L. O.; PETITO, G. *A importância da participação do pai no ciclo gravídico puerperal: uma revisão bibliográfica*. **REFACER.**, v. 4, n. 1. 2015. PICCININI, C. A.; LEVANDOWSKI, D. C.; GOMES, A. G.; LINDENMEYER, D.; LOPES, R. C. S.

Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudpsicol*. Campinas, v.26, n. 3, p. 373-382, 2009.

PESAMOSCA, L. G.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. *remE – Rev. Min. Enferm.*, v. 12, n. 1, p. 182-188, jan./mar. 2008.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koo- gan. 2005.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, jan./mar. 2005.

SILVEIRA, I. P.; CAMPOS, A. C. S.; MELLO, M. S.; FERNANDES, A. F. C. A percepção do pai frente ao nascimento do seu filho. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 23-27, jul./dez. 2004.

SOUSA, A. P. Pré-natal masculino da USP vira referência. *Jornal A Cidade*. São Luiz. 15 set. 2010. Disponível em: <<http://www.jornalacidade.com.br/editorias/cidades/2010/09/15/pre-natal-masculino-da-usp-vira-referencia.html>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

VASQUES, F. A. P. **Pré-Natal: um enfoque multiprofissional**. Rio de Janeiro: Rubio Editora. 2006.

## AGRADECIMENTOS

A Unidade Básica de Saúde Maria Zulene Medeiros de Araújo - PSF Areias, zona urbana do município de Iguatu e todos os seus profissionais.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## TECNOLOGIAS LEVES E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO AOS HIPERTENSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Geanne Maria Costa Torres<sup>1</sup>, Inês Dolores Teles Figueiredo<sup>2</sup>, José Auricélio Bernardo Cândido<sup>3</sup>, Maria Irismar de Almeida<sup>4</sup>**

*1 Enfermeira. Mestre em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Enfermeira. Mestre em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: [irismaruece@gmail.com](mailto:irismaruece@gmail.com)

Palavras-chave: Tecnologia. Cuidados de saúde. Relações interpessoais. Hipertensão. Estratégia Saúde da Família.

### INTRODUÇÃO

As práticas em saúde requerem reciprocidade, partilha e interação de atos produtivos, primando por relações interpessoais que estabeleçam acolhimento, vínculo, respeito e responsabilização nas ações do cuidado em saúde, conforme os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), que apresenta como *locus* a Estratégia Saúde da Família (ESF), primeiro nível de atenção e coordenadora do cuidado.

No trabalho das equipes de Saúde da Família, o processo de cuidar revela um conjunto de atividades prioritárias (atendimento individual e em equipe, educação em saúde e em serviço, coordenação da equipe e procedimentos) e rotineiras (visitas domiciliares, reuniões em equipe e com a gestão, marcação de consultas e exames especializados, supervisão, monitoramento e avaliação das ações). Tais atividades podem impactar diretamente na oferta do cuidado aos usuários dos serviços (SILVA; ASSIS, 2015).

Sendo assim, a produção do cuidado deve permear os diferentes espaços construídos em diferentes momentos de atuação dos profissionais que trabalham na ESF, na perspectiva de valorização das subjetividades singulares e coletivas, substancial para potencializar as práticas de saúde mais acolhedoras, humanizadas e horizontalizadas.

Partindo dessa premissa, as pessoas devem ser cuidadas como sujeitos, na singularidade de sua vida, seus devires, sua história, seus anseios, conflitos e delírios, sem tentar enquadrá-las, organizá-las em uma estrutura rígida, burocrática, centrada apenas nos sintomas (CARVALHO; FRANCO, 2015). Para Lampert e Scortegagna (2016), o trabalho do cuidado transcende ao técnico e prescrito, sendo em suas ações implicadas o afeto, a inteligência e a subjetividade do trabalhador.

Entendida como o alicerce de nossas relações interpessoais, o cuidado, associa-se à prática de comunicar-se. Isso permite a comunicação e a interação interpessoal que possibilita transformar as práticas do cuidado em saúde. E sendo a comunicação uma ferramenta importante no processo de produção da saúde, necessário se faz que os profissionais que trabalham na ESF apropriem-se, adequadamente, do uso das tecnologias leves para que as relações intersubjetivas se estabeleçam de forma efetiva e eficaz.

As tecnologias leves em saúde devem assumir o comando da produção do cuidado, servindo como dispositivos potencializadores para uma lógica de trabalho que valoriza as subjetividades e as singularidades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho (MERHY, 2007). Elas fazem parte da relação entre a pessoa que recebe o cuidado e o profissional (BOLSONI *et al.*, 2016).

Então, devido à magnitude que representa as tecnologias leves na produção do cuidado na ESF, os profissionais de saúde devem fortalecer esses dispositivos no processo de trabalho, em especial, com os hipertensos que requerem mudanças no estilo de vida e cuidados diários para o controle adequado da doença. Além disso, devem proporcionar uma ligação mais afetuosa com o outro, sob a lógica do vínculo, respeito mútuo, empatia, escuta receptiva e acompanhamento de quem está sendo cuidado. Diante disso, justifica-se o interesse em produzir este artigo, pelo fortalecimento das tecnologias relacionais que impulsionam mudanças no cuidado em saúde.

O momento urge por mudanças por parte dos profissionais da saúde que desempenham suas atividades na Estratégia Saúde da Família para um novo modo de compreender o processo de trabalho em saúde e as relações que se estabelecem entre serviços, profissionais e usuários (MOURA *et al.*, 2014). Em sendo assim, a relevância desse estudo está em vislumbrar transformações na Atenção Primária à Saúde, com o intuito de impulsionar novas formas de atuar e cuidar neste cenário que requer muita sensibilidade, compromisso mútuo e interrelação com a criatividade e a subjetividade humanas.

Assim questiona-se: Qual o lugar das tecnologias leves no cuidado aos hipertensos na Estratégia Saúde da Família? Considerando esse questionamento, o objetivo deste estudo foi analisar a utilização das tecnologias leves e sua relação com o cuidado aos hipertensos na Estratégia Saúde da Família.

## METODOLOGIA

Este artigo faz parte do recorte da dissertação de mestrado intitulada: “A comunicação terapêutica no cuidado ao paciente hipertenso na Estratégia Saúde da Família”. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado na ESF de um município do Interior do Estado do Ceará, Brasil, no período de abril a maio de 2016.

Participaram da pesquisa quatorze hipertensos e dois profissionais da ESF: o médico e a enfermeira. Para os hipertensos, os critérios de inclusão foram: estarem cadastrados na Unidade de Saúde; residirem na área de abrangência da ESF e terem acompanhamento regular por, pelo menos, seis meses consecutivos. E de exclusão: apresentarem perturbações cognitivas e estarem acamados. Para os profissionais de saúde, utilizaram-se como critérios de inclusão e exclusão, atuarem na ESF há, pelo menos, um ano; e estarem de férias e/ou licença, respectivamente.

A coleta de dados foi realizada por meio da observação sistemática não participante, provida de um *checklist* contendo os grupamentos das estratégias de comunicação terapêutica: expressão, clarificação e validação (STEFANELLI; CARVALHO, 2012), subsidiada por um diário de campo para registro das informações referentes às observações e outras anotações percebidas em relação as tecnologias relacionais. Cada participante foi observado, em média, por 15 minutos, totalizando 210 minutos de registro.

O material empírico foi analisado e interpretado pela Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2011). Para tanto, novas reflexões emergiram para o agrupamento adequado dos dados e o estabelecimento das categorias de análise, permitindo além da caracterização dos participantes da pesquisa, a construção da categoria: “**Tecnologias relacionais no cuidado aos hipertensos**”.

A escolha dessa técnica deu-se em virtude da valorização do significado do conteúdo das mensagens de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa (BARDIN, 2011). Todos os participantes foram consultados sobre o interesse e a disponibilidade de participação no estudo, sendo elucidados sobre os objetivos e a condução da pesquisa e, em seguida, convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, explicitando estarem sabedores da finalidade da pesquisa e autorizando o uso das informações coletadas para fins científicos.

Ao preconizar a ética em pesquisa, os hipertensos foram representados por emoções e sentimentos, como alegria, leveza, simpatia, preocupação, dentre outros, conforme as condições nos quais se encontravam no momento das consultas. Os profissionais foram identificados pelo uso das siglas (E - Enfermeiro) e (M - Médico).

A pesquisa foi realizada mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o Parecer 1.506.165/2016, respeitando-se aos preceitos éticos que norteiam pesquisas em seres humanos estabelecidos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos Participantes

Na pesquisa, participaram 14 hipertensos. Destes, 86% eram mulheres (n=12). Os extremos de idade foram 39 e 72 anos, sendo a média de 59,5 anos. Em relação à situação conjugal, 57% (n=8) responderam serem casados, seguidos de viúvos, 21,4% (n=3). A maioria de analfabetos, 71,4% (n=10), tendo apenas 28,6% (n=4), possuindo o Ensino Fundamental I incompleto (1º ao 4º anos). Os profissionais de saúde se apresentam na faixa etária entre 20 a 30 anos, sendo solteiros e graduados academicamente e com pós-graduação. Em se tratando do campo de atuação na ESF, pontuou de dois a quatro anos, um período significativo para a criação de vínculo e reconhecimento do território com suas particularidades e necessidades da população.

Utilizando a análise de conteúdo temática, construiu-se a categoria abaixo para melhor apresentação dos resultados, emergidas dos registros no *checklist* e dos recortes considerados relevantes no diário de campo, como uma palavra, uma frase, um gesto, que compuseram as unidades de registro e permitiram refletir e discorrer fatos importantes evidenciados no decorrer da pesquisa, estando representadas a seguir:

### Tecnologias relacionais no cuidado aos hipertensos

As tecnologias leves que têm como premissa produzir relações de reciprocidade e de interação tornam-se indispensáveis à efetivação do cuidado (OLIVEIRA et al., 2016). Na área da saúde, especificamente, na Enfermagem, esses dispositivos integram a produção do cuidado nos diversos espaços de interação com o cliente.

Esta categoria demonstra os elementos emanados na interação interpessoal, por meio das relações dialógicas e dos encontros nos distintos espaços do cuidar, primando por um cuidado acolhedor e humanizado.

Manifestou-se, nas observações, um cuidado permeado de elementos contributivos à qualidade da assistência prestada aos hipertensos, conforme apreendidos nos registros:

(...) tem me dado muito trabalho (...) (Preocupação). A senhora quer falar mais sobre isso (...) (E).

Troca a medicação e orienta medidas adequadas para o controle da doença (M). Importa-se com o que o hipertenso diz (M).

A doutora me dá atenção (...) (Paz). A senhora pode continuar (...) (E).

Pelas falas, evidenciou-se um espaço de produção do cuidado contemplado por uma comunicação clara e compreensível, permitindo externar emoções, sentimentos e angústias na relação profissional de saúde-hipertenso, fundamental para o desenvolvimento de um cuidado mais humano e adequado às necessidades desses usuários.

No entanto, na unidade estudada, no processo de cuidado, prevaleceu o uso das tecnologias leve-duras, permeado pelo acolhimento, respeito, vínculo e confiança nas interações dos profissionais com hipertensos. Observou-se, então, a necessidade desses profissionais, no momento em que se expressa às relações intersubjetivas, fortalecer o uso das tecnologias leves para fomentar o trabalho vivo em ato na saúde. Isso aprimora a ambiência relacional e cria espaços na produção de novas possibilidades nas práticas do cuidar.

A literatura destaca que o acolhimento traz consigo grandes potencialidades capazes de desenvolver e fortalecer afetos no contexto da saúde, em especial, no nível da atenção básica (GARUZI *et al.*, 2014). E Girão e Freitas (2016) reiteram que o acolhimento e o vínculo são ferramentas fundamentais para o estabelecimento da confiança com o usuário.

Ademais aos aspectos afetivos, as observações demonstraram relações de atenção, ajuda, apoio e preocupação na interação interpessoal, refletida por elementos essenciais à tessitura do cuidado, como a empatia, o respeito mútuo, o vínculo, a confiança e o acompanhamento do hipertenso nas suas reflexões.

Neste entremeio, evidenciou-se uma atenção centrada na doença, fundamentada nas medidas prescritivas e nas orientações para controle adequado da hipertensão, necessitando, portanto, superar essas lacunas para avançar na dimensão dos cuidados em saúde.

Assim sendo, as mudanças, dos processos produtivos na saúde, podem ser verificadas se olharmos a partir da incorporação de novas tecnologias de cuidado, nos processos produtivos, nas outras maneiras de organização do processo de trabalho e, até mesmo, nas mudanças das atitudes dos profissionais, no modo de cuidar do outro (FERNANDES, 2014).

A produção desse tipo de tecnologia acontece no momento de encontro entre o profissional e o usuário na oferta de serviços em saúde, denominando essa produção como trabalho vivo em ato (OLIVEIRA; SUTO; SILVA, 2013). E crescem, a atenção básica é um ambiente fértil para um trabalho que proporciona interação social, que possibilita a construção da saúde com a participação de diferentes saberes, valorização da construção e estabelecimento de tecnologias relacionais.

Diante disso, os profissionais de saúde necessitam fortalecer o diálogo no campo das tecnologias leves cujo foco está direcionado para o trabalho vivo em ato, para aprimorar a produção do cuidado e a ambiência relacional, ampliando o processo de comunicação sob a perspectiva da intersubjetividade.

Para isso, necessário se faz que os profissionais de saúde fortaleçam as relações interpessoais na perspectiva das tecnologias leves do trabalho vivo em ato na saúde, dispositivos imprescindíveis à produção do cuidado.

Sendo assim, profissionais de saúde e hipertensos da ESF, enquanto acompanham e são acompanhados, cuidam e são cuidados, dando ênfase às subjetividades do cuidado, devem impulsionar no processo de trabalho as tecnologias leves do trabalho vivo em ato na saúde, que fortalecem o vínculo, a autonomia e a corresponsabilização, contribuindo para o alcance de resultados promitentes nas ações e serviços de saúde.

## CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível inferir que, na unidade pesquisada, as práticas do cuidado são permeadas por relações acolhedoras e harmoniosas, emanadas por elementos contributivos à qualidade dos cuidados ofertados aos hipertensos, em especial, pela Enfermeira, pela sua potência na dimensão do cuidar. Apesar de ter como base essas vivências no cotidiano do trabalho em saúde, depreendemos que estas práticas ainda estão centradas na atenção à doença, nas medidas prescritivas e nas informações necessárias ao controle dos níveis pressóricos.

Com isso é preciso os profissionais da ESF avivarem o uso das tecnologias leves no trabalho vivo em ato na saúde, pois revitalizam as práticas do cuidado e tonificam o trabalho da equipe, produzindo mudanças nos sujeitos e nas questões alusivas à subjetividade. O reconhecimento da importância dessas tecnologias potencializa o atuar e o fazer na saúde.

A pesquisa limitou-se pelo fato de ter sido realizada apenas em uma unidade de saúde do município, tornando-se inviável verificar a problemática nos diversos territórios que compõem a Saúde da Família e, assim, tecer comparações em um estudo de maior dimensão. Assim, comungando com os fundamentos teóricos que nortearam este estudo, pretendemos continuar dialogando sobre as tecnologias relacionais para impulsionar a produção do cuidado e a qualidade do trabalho da equipe nos espaços subjetivos.

Neste contexto, registramos a necessidade dos profissionais impulsionarem as tecnologias leves na ESF, que abrem caminhos que instrumentalizam na utilização de novas habilidades direcionadas à comunicação, à subjetividade e à produção do cuidado. Diante disso, estes dispositivos devem ser dissecados por todos que atuam na APS, pois possibilitam maior eficiência nas ações e serviços ofertados.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2001.
- BOLSONI, E.B.; HEUSY, I.P.M.; SILVA, Z.F.; RODRIGUES, J.; PERES, G.M.; MORAIS, R. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: revisão Integrativa. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. 2016, out/dez;12(4):249-59. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v12i4p249-259
- CARVALHO, M.N.; FRANCO, T.B. Cartografia de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. **Physis** [Internet]. 2015 Sep [citado 2017 Jan 04]; 25 (3): 863- 884. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000300863&lng=pt-pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300863&lng=pt-pt). [Http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300010](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300010).
- FERNANDES, W.R. Gestão do Trabalho em Saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília. 2014;8(2):115-123. ISSN 1982-8829.
- GARUZI, M.; ACHITTI, M.C.O.; SATO, C.A.; ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R.S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2014;35(2):144-49.
- GIRÃO, A.L.A.; FREITAS, C.H.A. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev Gaúcha Enferm**. 2016 jun;37(2):e60015. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/60015/37421> Acesso em: 12 dez. 2016.
- LAMPERT, C.D.T.; SCORTEGAGNA, S.A. Subjetividade e empatia no trabalho do cuidado. Farol - **Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 2, n. 5, p. 729-758, 2016.
- MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4ª Ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2007. 189p.
- MOURA, M.E.B.; BRITO, J.N.P.O.; SOUSA, C.M.M.; RAMOS, C.V. A estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line**. 2014;8(7):2155-9. DOI: 10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201442
- OLIVEIRA, J. S. B. de, et al. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica. **Rev. Saúde. Com** 2016; 12(2): 613-621. Disponível em: <file:///C:/Users/PRESIDENTE%20M%C3%89DICI/Downloads/379-691-1-PB.pdf> Acesso em: 15 jul. 2017.
- OLIVEIRA, J.S.B.; SUTO, S.S.; SILVA, R.S. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica. **Rev. Saúde.Com** [Internet]. 2013 [citado 2016 Dez. 12]; 12(2):613-621. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/379/383>
- SILVA, S.S.; ASSIS, M.M.A. Family health nursing care: weaknesses and strengths in the Unified Health System. **Rev Esc Enferm USP**. 2015;49(4):603-609.
- STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. de. **A contribuição nos diferentes contextos da enfermagem**. 2ª. Ed. Barueri, SP: Manole, 2012.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.a Dr.a Maria Irismar de Almeida, pela serenidade, compromisso e acompanhamento na realização dessa pesquisa.

Aos amigos conquistados no Mestrado Profissional em Saúde da Família (2014-2016, Auricélio e Inês, por dividirem alegrias e angústias, conhecimentos e experiências, conselhos sinceros que, humildemente, levarei como guia para o resto da vida.

À Secretaria de Saúde de Salitre, pela compreensão nos momentos de minhas ausências e autorização na coleta de dados.

Aos profissionais de saúde e hipertensos da unidade pesquisada, pelo acolhimento, apoio e disponibilidade em participar dessa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O DRAMA DA TRANSIÇÃO: UMA ANÁLISE DE CONTEÚDO SOBRE A TRANSIÇÃO DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO PARA O PSICOSSOCIAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DO CAPS

**Maria Tanízia Pereira Rocha<sup>1</sup>, Moema Alves Macêdo<sup>2</sup>, Jéssica Pinheiro Carnáuba<sup>3</sup>, Ana Káren Pereira de Souza<sup>4</sup>**

*1 Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.*

*2 Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco, Especialista em Gestão Pedagógica da Saúde pela Universidade Federal de Alagoas e em Gestão em Saúde pela FIOCRUZ.*

*3 Enfermeira graduada pela Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS), Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Vale do Acaraú (UVA), Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Fortaleza, Ceará, Brasil.*

*4 Gradua em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Auditoria de Saúde pela Faculdade Teológica e Filosófica, Enfermagem cardiovascular Universidade Estadual do Ceará (UECE), Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Leão Sampaio (FLS) e Enfermagem Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).*

*E-mail: tanizia\_dias@hotmail.com*

*Palavras-chave: Saúde Mental. Saúde Pública. Atenção Primária a Saúde. Reabilitação. Equipe de Assistência a Saúde.*

### INTRODUÇÃO

O processo de desinstitucionalização configura-se como movimentos sociais e pactuação nas três esferas de governo, consolidados na expansão da rede de serviços como os Centro de Atenção Psicossociais (CAPS), Hospital Dia e as Residências Terapêuticas, através do Programa de Volta pra Casa. O mesmo institui-se como o meio mais efetivo de reintegração social, possibilitando a emancipação, reabilitação, assegurando o bem-estar, os direitos civis, políticos e de cidadania, acesso à rede de saúde e um auxílio-reabilitação. É pertinente discutir a estruturação e os desafios da consolidação de uma práxis fundada na produção de cuidados, considerando que saúde no Brasil é perpassada por três grandes movimentos sociais e políticos, sendo eles a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e a Reforma Sanitária. Nesse sentido, está nesta lacuna os empasses e tensões na Atenção Psicossocial, uma vez que esta ainda não incorporou o saber e o suporte necessário, pois o matriciamento neste enquadre não tem se efetivado. Diante do exposto, faz-se pertinente abordar a função questionável do CAPS. Como uma instituição incorporada ao SUS, questiona-se a sua manutenção pelo estatuo quo, apontando a subversão da lógica da hierarquização, na qual uma unidade engloba vários níveis de complexidade em uma gestão desarranjada e desconexa, onde não se sabe se a distribuição da rede de atenção psicossocial no SUS se organiza de forma hierárquica ou horizontal. Em vista disso, o conceito de cuidado se aplica às ações e ao compromisso ético, permeado por valores de solidariedade, justiça, cidadania, liberdade, emancipação, autonomia, alteridade, respeito à diferença e democracia. Não se resume a uma assistência técnica, métodos curativos, equipamentos e práticas fragmentadas. Portanto, essa expressão conota a responsabilidade compartilhada, engendrando uma atividade denominada por integralidade ampliada para além dos serviços normativos e institucionais, ainda considerados como o lugar da loucura, articulando diversos setores sociais. Inserido nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica no Ceará vem se consolidando em confluência com as transformações nacionais, com destaque ao fato de que inicialmente os novos serviços se desenvolveram no interior do estado. Embora a rede substitutiva na década de 90 tenha sido estruturada no interior do estado, na microrregião de Crato os dados encontrados apontam para algumas conquistas políticas tardias em relação a esse período. Nesse contexto, expõe-se a discussão com referência à produção de cuidado em interfaces entre usuário, gestor, instituição/profissionais como componentes que orquestram a rede de atenção psicossocial e, de semelhante modo, discorrer sobre o que seria, portanto, uma linha de cuidado e os desafios de interlocução entre saúde mental e as demais instâncias da saúde coletiva. Portanto, torna-se relevante uma pesquisa que visa produzir conhecimento baseado no paradigma da atenção psicossocial, permitindo uma compreensão crítica e reflexiva do nosso contexto sócio, histórico e político em saúde mental. Apresentando a realidade de Crato-Ceará em relação a esta temática, a operacionalização desse processo institucional e a vivência nesse contexto, servindo também de laboratório para outros pesquisadores. Enquanto instância social, espera-se que as questões levantadas nesse estudo se mostrem como reflexão sobre a práxis desenvolvida e suporte para as mesmas, alcançando desse modo melhorias na produção de cuidado em Saúde Mental.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, a análise em questão classifica-se como qualitativa e de cunho exploratório, cuja finalidade busca desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, possibilitando uma visão geral e aproximada do fato estudado. Como método de dados recorre-se a Entrevista semiestruturada focalizada. A análise dos dados configura-se enquanto uma análise de conteúdo. Tal forma metodológica é uma ferramenta de pesquisa bastante utilizada em pesquisas qualitativas, por permitir uma análise habilidosa do conteúdo da fala dos sujeitos sociais. A análise de conteúdo está baseada na teoria de Bardin (1977), definindo-o como um método empírico, referente ao tipo de fala a qual se propõe a interpretar como objetivo de pesquisa. A Análise de Conteúdo pressupõe que o discurso seja esmiuçado e identificado em unidades de análise ou grupo de representação para a classificação dos elementos; em sequência a esses, segue-se a reconstrução dos significantes que possibilitam um estudo e identificação delineada da realidade do grupo estudado, consistindo em três etapas: pré-análise; exploração; tratamento dos dados. Para amostra de pesquisa, foram entrevistados cinco profissionais do Centro de Atenção Psicossocial CAPS II em Crato-CE, que aleatoriamente se dispuseram a participar. Cada entrevista continha dez perguntas abertas com referência ao tema da pesquisa, as quais foram realizadas na referida instituição nos intervalos das atividades, com uma média de duração em cinquenta minutos. Considerando o tipo de metodologia e análise de dados proposto, aproximou-se da experiência dos usuários e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial CAPS por meio de entrevistas semiestruturadas, a fim de explorar a problemática de pesquisa. Seguindo-se o tratamento dos dados, cada entrevista foi sistematizada observando-se os conteúdos recorrentes, classificando aqueles que correspondiam ao tema de pesquisa. As falas dos entrevistados foram selecionadas segundo os conteúdos que se mostraram recorrentes, posteriormente divididas em categorias, formando temas, cada tema seria, por tanto, uma categoria de conteúdo a ser analisado: 1. O Trabalho no Cotidiano e 2. Rede. Para preservação da identidade os profissionais foram nomeados sequencialmente por P 01, P 02, P 03, P 04 e P 05. A pesquisa ocorreu no período de agosto a novembro de 2015.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através dos conteúdos expostos nas entrevistas, podemos estabelecer um panorama acerca do trabalho desenvolvido. Embora haja uma preocupação em corresponder aos princípios da política, essas atividades precisam ser compreendidas em seus objetivos. Portanto, reconhece-se a tentativa de uma prática que opere sob as tecnologias leve e leve-dura, mas, para tanto, é preciso que haja interdisciplinaridade entre os profissionais na construção de um projeto terapêutico, tendo como firmamento um saber fazer único e das novas tecnologias, de modo que também estejam relacionadas com o Fluxograma, esboçando os processos de trabalho, as decisões a serem tomadas e o planejamento adequado. Ao que diz respeito ao conceito de cuidado, é nutrido aqui o entendimento do mesmo como atenção, assistência e tratamento, evidenciando a dificuldade de sua definição e compreensão. Ainda com relação às dificuldades apresentadas no cotidiano dos profissionais, são pontuadas como a ausência da família no trabalho e mais uma vez o risco da retroalimentação da institucionalização ou manicomialização no modelo substantivo, tendo em vista também a resistência do usuário. A Rede também foi, por estes, registrado de forma enfática. Infere-se sobre ela que, tanto os pacientes quanto os profissionais, desvinculam o cuidado em saúde mental do cuidado para com outros adoecimentos em outros níveis de atenção; ao pontuar a ausência de uma rede integral de cuidado, que prioriza a intersetorialidade e tem o usuário como figura central de seus serviços. Autores enfatizam que uma linha de cuidado transpõe os protocolos de referência e contra-referência, ela representa um itinerário endereçado ao usuário, acompanhando o seu percurso na rede, de modo que este seja assistido em suas necessidades, prevenindo assim a sua peregrinação ou alocação de um serviço a outro. Nesse enquadre, reconhece-se os avanços, que embora recentes, assinalam conquistas em meio aos entraves políticos. Porém, o fato da rede ainda não estar posta, é sublinhado junto às debilidades já expostas, como impossibilidade em gerenciar o serviço e impotências no trabalho. É recorrente a compreensão da atenção psicossocial apenas no nível secundário e dificuldades em reconhecer o CAPS como porta de entrada para os serviços. Notificam ao mesmo tempo, o fluxo e a grande demanda que não correspondem ao perfil do CAPS, o que parece incidir sobre a identidade dos profissionais, acalorando também a reivindicação por suporte da gestão e urgência por uma responsabilidade compartilhada. Contudo, podem-se corroborar tais questões com a literatura ao afirmarem que, embora as Reforma Psiquiátrica, Sanitária e luta antimanicomial serem movimentos políticos fundamentados no princípio da saúde democrática; a Saúde Mental e Saúde Coletiva têm seguido caminhos diferentes em seu direcionamento disciplinar. No tocante a esta temática os autores evidenciam o fato de a atenção primária ainda não ter se instrumentalizado como elemento da Atenção Psicossocial, não atuando sob tal demanda como clínica ampliada, na Promoção de Saúde em Saúde Mental. Fazendo uma ressalva a essas deficiências, corroboramos a afirmação de que a baixa resolutividade na Atenção Básica, denunciam o modelo prescritivo e o excesso de encaminhamentos. Tais fatores nos direcionam para o drama da transição, pois ao mesmo tempo em que traz melhorias, provoca dificuldades. A não ornamentação de uma rede prévia ao enorme fluxo de demanda vinda do Hospital Psiquiátrico, da ESF e entre outras, faz com que a transição provoque um efeito nomeado por Merhy (2007)

de problema técnico assistencial. Desse modo, o processo vivido nos direciona a questionar a existência de um modelo substitutivo, que em nível de política é mantido pelo estatuto que, cumprindo os ideais normativos, no qual, o CAPS, ao abarcar vários tipos de demandas, divide-se entre a hierarquização e horizontalidade. Sobre o aspecto de suporte da Gestão Pública, é preciso ressaltar a importância de que tanto usuários quanto profissionais podem se perceber como governantes, além do governo institucional. Quanto à gestão formal em suas atribuições, como administrador da política, suas finanças e tecnologias são apresentadas pelos profissionais como atenuante das impossibilidades do trabalho. E o enfraquecimento desses primeiros atores na gestão e a maximização do terceiro revela que nem sempre há por parte dele a preocupação por um modelo centralizado no usuário. Isso nos aponta à preocupação abordada acerca do enfraquecimento das forças sociais em prol de novos modelos assistenciais.

## CONCLUSÃO

Diante da proposta de estudo, ao analisar criticamente o cuidado prestado no processo de transição institucional do Hospital Psiquiátrico para o CAPS em Crato-CE, é importante salientar que não se tratou de um processo avaliativo sobre o CAPS II e seus profissionais, mas sim, retratar os processos vividos no interior das relações estabelecidas, como vitrine da realidade do cuidado em saúde mental em seu território. Considerando todo o processo de estudo e análise dos dados, pode-se afirmar que o objetivo foi alcançado. No tocante ao encontro entre profissionais e usuários, reconhece-se o constante esforço em não replicar o modelo hospitalocêntrico, ao mesmo em que o CAPS é vivenciado pelos usuários como um espaço de socialização, dignidade, liberdade e humanidade. Todavia, há algumas questões que resvalam sobre a operacionalização do cuidado, havendo nesse enquadre, a fragmentação entre os serviços que acentuam o enorme fluxo de usuários, excesso de encaminhamentos e demandas que não estão no perfil do CAPS. Nota-se que ausência de uma rede integrada, de intersetorialidade e responsabilidade compartilhada nesse contexto, vêm gerando um problema técnico assistencial pelas questões já assinaladas anteriormente. Esses impasses recaem sobre o CAPS, que ao estar isolado da Saúde Coletiva é prejudicado em sua função de gerenciador da rede de Atenção Psicossocial, permanecendo também condicionado a uma gestão formal, que age muitas vezes sob o imperativo normativo, desconsiderando o fato de que família, comunidade, instituições e os profissionais carecem de ser educados para lidar com o sujeito mentalmente adoecido. Diante do exposto, identifica-se que tais impasses implicam em impotências no trabalho, deixando nele lacunas a serem preenchidas pela interdisciplinaridade, exercitada através do projeto terapêutico, fluxograma e tecnologias leve e leve-dura. Assinalando também a distância do conceito e prática do cuidado apresentado na literatura e do objetivo de autonomia e reconhecimento do doente mental como cidadão e sujeito do seu cuidado. Uma vez que, a vinculação do usuário acaba se restringindo ao contexto institucional, permanece ainda o estigma e a exclusão. Tudo isso nos leva a entender que é preciso encarar as limitações desse processo, compreender a Reforma Psiquiátrica como um caminho a ser paulatinamente trilhado, pensando o cuidado como uma ética, que pauta a prática em Saúde Mental.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, C. F. O. *et al.* Um Breve Histórico da Reforma Psiquiátrica. **Revista Neurobiologia**, v. 72, n. 1, jan/março, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. [Tradução José Teixeira Coelho Neto] Perspectiva, 9ª edição, São Paulo, 2010.
- FRANCO, C. M.; FRANCO, T. Batista. Linhas do cuidado integral: **uma proposta de organização da Rede de Saúde**. Saúde, RS, 2012.
- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar um Projeto de Pesquisa**. 5ª edição, São Paulo, Atlas, 210.
- IZAGUIRRE, G. **Elogio ao DSM-IV**. (in). JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (ORG). O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea. Editora: Via Lettera, São Paulo, 2011.
- BRASIL, **Legislação brasileira sobre pessoas com deficiência [recurso eletrônico]**. – 7. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013.410 p. – (Série legislação; n. 76), Brasília, 2013.
- MARTINS, Á. K. L. *et al.* Do Ambiente Manicomial aos Serviços Substitutivos: A Evolução Nas Práticas Em Saúde Mental. **Sanare**, Sobral, v.10, n.1, p.28-34, jan./jun. 2011.

## AGRADECIMENTOS

A equipe do CAPS da cidade de Crato/CE, pelos conhecimentos compartilhados e pelas contribuições ao presente estudo.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HIPERTENSO FUNDAMENTADA NAS TEORIAS DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA.

Thais Rogério dos Santos<sup>1</sup>, Geise Moreira Sales de Oliveira<sup>2</sup>, Velma Dias do Nascimento<sup>3</sup>, Mayara Mesquita Mororó Pinto<sup>4</sup>, Jeniffer Ferreira Figueiredo Cabral<sup>5</sup>, Samira Valentim Gama Lira<sup>6</sup>

1 Discente Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista CAPES/COFEN. Fortaleza-Ceará-Brasil.

2 Discente Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista CAPES/COFEN. Fortaleza-Ceará-Brasil.

3 Discente Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista CAPES/COFEN. Fortaleza-Ceará-Brasil.

4 Discente Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista CAPES/COFEN. Fortaleza-Ceará-Brasil.

5 Discente Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista CAPES/COFEN. Fortaleza-Ceará-Brasil.

6 Docente do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

E-mail: thaisrogerio@yahoo.com.br

Palavras-chave: Hipertensão. Cuidados de Enfermagem. Teoria de Enfermagem. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas como uma das principais causas de morte no mundo. Estima-se que cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de média e baixa renda. No Brasil, constituem um importante problema de saúde pública, acometendo a população mais vulnerável e correspondendo a 72% das mortes no país (BRASIL, 2011).

Dentre as DCNT, destacamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença que atinge 36 milhões de brasileiros, onde mais de 60% são idosos, com maior prevalência entre mulheres e pessoas negras (MALACHIAS, et. al., 2016). Em 1978, a Organização Mundial de Saúde definiu a hipertensão como uma condição clínica multifatorial, reconhecida pela persistente elevação dos níveis pressóricos, sistólico e diastólico,  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg respectivamente, sendo um importante fator de risco para o desenvolvimento de agravos, como as doenças isquêmicas cardíacas, doenças cerebrovasculares, complicações renais e periféricas, importantes causas de morbimortalidade e elevados custos para o sistema de saúde (BRASIL, 2001).

Diante da complexidade da HAS, entende-se que o controle da doença realizado pelo enfermeiro está relacionado às mudanças de hábito de vida, como alimentação saudável, prática regular de exercício físico, abandono de álcool e do tabagismo, e às práticas referentes às atividades de autocuidado. Nesse contexto, o profissional de enfermagem deve desenvolver suas ações assistenciais e educativas voltadas à promoção da saúde do paciente hipertenso, incentivando à adesão ao tratamento e adoção de hábitos saudáveis de vida (SANTOS; LIMA, 2008).

Enquanto ciência, a enfermagem busca a estruturação e formulação de conhecimento próprio para uma atuação eficiente, fundamentada cientificamente na forma de teoria. De acordo com George e col. (2000), as teorias de enfermagem correspondem a afirmações sistemáticas, lógicas e coerentes, que buscam descrever e explicar os fenômenos relacionados ao cuidado de enfermagem.

Compreendendo que o saber científico e a assistência do enfermeiro devem estar baseados em referenciais teóricos da área e que o paciente com HAS demanda de cuidados para a proteção e promoção de sua saúde, o objetivo do estudo é analisar a produção científica dos enfermeiros acerca da assistência ao paciente hipertenso fundamentada nas teorias de enfermagem.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, realizado durante o mês de Agosto de 2017. Para seu desenvolvimento, foram percorridas seis etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A primeira etapa consistiu na identificação do tema e seleção da questão de pesquisa. Assim, foi delimitado o seguinte questionamento: quais as evidências científicas disponíveis na literatura, relacionadas ao uso de teorias de enfermagem, para a fundamentação da assistência do enfermeiro ao paciente portador de hipertensão?

Na segunda etapa, foram delimitados os critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Foram definidos como critérios de inclusão: pesquisas publicadas no formato de artigo, disponíveis na íntegra e eletronicamente, em



periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês e espanhol; publicadas no período de 2012 a 2017; indexados nas bases de dados. Foram excluídos: artigos baseados em teorias de outras áreas, resumos, editoriais, cartas ao editor, teses e dissertações.

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados: Medical Literature onLine (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS). Para o levantamento das pesquisas nas bases de dados, foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na Biblioteca Virtual de Saúde: hipertensão (hypertension, hipertensión) AND cuidados de enfermagem (nursing care, atención de enfermería) AND teoria de enfermagem (nursing theory, teoría de enfermería). Foram localizados 14 artigos, sendo que apenas 7 atenderam aos critérios de inclusão.

Na terceira etapa, procedeu-se a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. Essas informações foram catalogadas mediante uso de instrumento adaptado dos estudos de Ursi (2005) e contemplaram: o título do estudo, autores, a identificação do periódico e ano de publicação, o tipo de delineamento, teoria de enfermagem utilizada e nível de evidência do estudo.

Na quarta etapa, avaliação dos estudos, foi realizada uma análise dos estudos selecionados, observados os aspectos metodológicos e a familiaridade entre os resultados encontrados, o que permitiu elaborar as categorias: Desafios para o autocuidado, Fundamentação teórica para a Sistematização da Assistência de Enfermagem e Promovendo a saúde da pessoa com hipertensão. A discussão e interpretação dos resultados, quinta etapa dessa revisão, consistiu em elaborar as recomendações para a prática, a partir das conclusões advindas da revisão. Na sexta e última etapa da revisão integrativa, foi elaborado o resumo das evidências disponíveis.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da busca digital, foram localizados 14 artigos, distribuídos nas seguintes bases de dados: MEDLINE – 2, LILACS – 10, BDENF – 1, IBECS – 1 artigo. Deste modo, no presente estudo, analisou-se os 7 artigos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente.

Destes, 5 artigos estavam indexados na base de dados LILACS, 1 na BDENF e 1 no IBECS. Seis foram publicados em português e 1 em inglês. Cinco deles foram pesquisas realizadas no Ceará, 1 em Goiás e 1 no Estado do Rio de Janeiro. Um artigo foi desenvolvido em ambiente hospitalar, 5 voltados à Atenção Básica e 1 contemplou estes dois níveis de assistência. Participaram dos estudos pacientes hipertensos acompanhados em Unidades de Saúde da Família (USF) e/ou internados em instituições hospitalares, enfermeiros que atuam em USF e acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem.

No que se refere às Teorias de Enfermagem que embasaram os estudos, foram aplicadas a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais, Teoria do Déficit de Autocuidado, Teoria do Autocuidado, Teoria da Adaptação e Teoria “*Human Becoming*”.

A Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais, de Virginia Henderson, baseia-se na ideia de a enfermagem ser o auxílio do indivíduo, devendo se dedicar a sua rápida independência e autonomia. Propõe 14 componentes do atendimento básico de enfermagem: os nove primeiros são componentes fisiológicos, dois de aspectos psicológicos, um espiritual/moral e os dois últimos orientados sociologicamente para ocupação e recreação (GEORGE, col., 2000).

De acordo com George e col. (2000), Dorothea Orem, em 1991, postulou que o indivíduo, quando capaz, cuida de si mesmo. Quando este torna-se incapaz de proporcionar o autocuidado, o enfermeiro deve providenciar a assistência necessária. Sua Teoria Geral de Enfermagem é composta por três outras teorias: Teoria do Autocuidado, do Déficit do Autocuidado e a dos Sistemas de Enfermagem. Estão fundamentadas na provisão dos cuidados relacionados às atividades da vida diária ou de suas limitações.

A Teoria da Adaptação, idealizada por Callista Roy, idealiza que o indivíduo, mediante estímulos internos ou externos, apresenta respostas comportamentais favoráveis (adaptativas) ou desfavoráveis (inefetivas) ao próprio indivíduo. Já na teoria de Rosemarie Rizzo Parse, “*Human Becoming*” ou Teoria de “tornar-se pessoa”, o indivíduo é livre para fazer suas escolhas e decisões, mas cabe à Enfermagem orientar indivíduo e família na escolha de possibilidades de mudança para a promoção da saúde (GEORGE; col., 2000).

Tabela 1 – Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa.

Título	Autores	Periódico/Ano de publicação	Tipo de estudo	Teoria de Enfermagem	Nível de evidência
Educação em saúde inclusiva: o enfermeiro como leitor de tecnologia educacional para um deficiente visual	BORGES, et al.	Revista Cultura de los cuidados, 2016	Estudo de caso	Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson	IV
Comparação do autocuidado entre usuários com hipertensão de serviços de atenção à saúde primária e secundária	MENDES, et al.	Revista Acta Paulista Enfermagem, 2015	Análítico transversal	Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem	III
Sistematização da Assistência de Enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos	MOURA, et al.	Revista Eletrônica de Enfermagem, 2014	Série de casos	Teoria da Adaptação de Callista Roy	IV
Problemas adaptativos segundo Roy e diagnósticos fundamentados na CIPE® em hipertensos com doenças associadas	MOURA, et al.	Revista Eletrônica de Enfermagem, 2013	Série de casos	Teoria da Adaptação de Callista Roy	IV
Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamento na Teoria de Parse	SILVA, et al.	Revista da Escola Anna Nery, 2013	Descritivo	Teoria “ <i>Human Becoming</i> ” de Rosemarie Rizzo Parse	V
Desafios para a introdução da CIPE® no ensino de Saúde Coletiva: relato de experiência	OLIVEIRA; ROCHA; BACHION	Revista Enfermagem em Foco, 2013	Relato de experiência	Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem	IV
Análise do déficit de autocuidado de clientes hipertensos e as implicações na produção de cuidado	BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI	Revista de Enfermagem da UERJ	Descritivo e Exploratório	Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem	V

A seguir, apresentam-se as categorias emergentes a partir da avaliação dos estudos selecionados para a composição desta revisão: Desafios para o autocuidado, Fundamentação teórica para a Sistematização da Assistência de Enfermagem e Promovendo a saúde da pessoa com hipertensão.

### Desafios para o autocuidado

Baseado nas teorias de enfermagem que enfocam o autocuidado, os artigos pesquisados abordam sobre a adesão à terapia anti-hipertensiva como um desafio aos serviços de saúde. Em alguns estudos desenvolvidos na área da Enfermagem, pesquisadores têm procurado identificar os fatores que dificultam a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento da doença, especialmente às medidas não-farmacológicas. Ressalta-se que o controle da doença está relacionado à mudança do estilo de vida e a não adaptação à doença pode ser evidenciada pela ausência ou déficit do autocuidado em saúde (BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI, 2013; SILVA, et al., 2013; MOURA, et al., 2014; MENDES, et al., 2015).

Alguns fatores como o baixo nível de escolaridade da população, desconhecimento do processo saúde/doença, aspectos financeiros e carência de apoio familiar, foram apontados nos estudos como as principais causas para a não adesão ao tratamento da hipertensão e déficit no autocuidado. A baixa escolaridade contribui para a dificuldade em compreender a significância de ser hipertenso e os cuidados necessários à prevenção de

complicações (BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI, 2013; MOURA, et al., 2014; MENDES, et al., 2015; BORGES, et al., 2016).

Quanto ao ponto de vista financeiro, o baixo poder aquisitivo inviabiliza a aquisição de alimentos saudáveis, como frutas, verduras e hortaliças. Além disso, a falta de apoio familiar foi mencionada como impeditivo para a adoção de uma alimentação adequada, em virtude da não aceitação de uma dieta hipossódica e hipolipídica por parte dos familiares (MOURA, et al., 2013; MENDES, et al., 2015).

Para o sucesso do tratamento, é necessário compreender todas as dimensões que envolvem o indivíduo portador de HAS e sua família. A educação para o autocuidado constitui um processo dinâmico e que depende do paciente e sua percepção sobre sua condição clínica (BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI, 2013; SILVA, et al., 2013). Em síntese, os autores destacam a participação frequente em atividades voltadas à educação em saúde como estratégia de conhecimento em relação à doença, tratamento e engajamento para o autocuidado, almejando a melhoria da qualidade de vida do indivíduo hipertenso.

## **Fundamentação teórica para a Sistematização da Assistência de Enfermagem**

Trabalhar na área da saúde tem se constituído um grande desafio para os profissionais de Enfermagem, por este ser um campo com intensa demanda de usuários e muitas limitações. Nessa perspectiva, os referenciais teóricos conferem suporte à prática de Enfermagem por ampliarem os conhecimentos do profissional enfermeiro, lhe permitindo estar verdadeiramente presente com o paciente. As Teorias de Enfermagem qualificam o cuidado e influenciam os indivíduos nas situações em que o autocuidado e a adaptação à doença estão deficientes (BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI, 2013; OLIVEIRA; ROCHA; BACHION, 2013; BORGES, et al., 2016).

Concentrando a atenção ao paciente hipertenso, estudiosos mencionaram o acolhimento como importante instrumento para um cuidado integral e individualizado, permitindo o princípio do vínculo entre enfermeiro e paciente. Nesse momento, deve-se utilizar a escuta atenta, estabelecendo vínculo com o cliente, desfrutando daquele momento para sistematizar a assistência, ensinar e aprender (BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI, 2013; SILVA, et al., 2013; BORGES, et al., 2016).

Evidenciou-se nos artigos que, a partir do vínculo no acolhimento e baseado nos princípios das Teorias de Enfermagem, foram identificados comportamentos comuns na população hipertensa, possibilitando o levantamento dos principais Diagnósticos de Enfermagem prevalentes neste público. Dentre estes citam-se: “Autocuidado Parcial”, “Padrão de Exercício Diminuído”, “Estresse Frequente”, “Pressão Sanguínea Alta Frequente”, “Baixa Aprendizagem”, “Baixo Conhecimento em Saúde” ou “Déficit de conhecimento relacionado ao ensino do processo saúde doença”, “Baixo rendimento Familiar” e “Não aderência Parcial ao Regime Dietético” (MOURA, et al., 2013; MOURA, et al., 2014; BORGES, et al., 2016).

Torna-se, então, indispensável que o planejamento elaborado pelo enfermeiro contemple as necessidades do portador de HAS, incluindo estratégias que promovam o autoconhecimento, motivação e participação ativa do cliente no próprio cuidado (BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI, 2013; OLIVEIRA; ROCHA; BACHION, 2013; SILVA, et al., 2013; MOURA, et al., 2014).

Portanto, as teorizações fundamentam cientificamente a importância de sistematizar a assistência de Enfermagem, subsidiando o cuidado do enfermeiro e utilização do Processo de Enfermagem como método de organização de sua prática profissional.

## **Promovendo a saúde da pessoa com hipertensão**

Evidenciado o déficit no autocuidado entre pacientes hipertensos, percebe-se a dificuldade para o enfrentamento e adaptação à doença. O enfermeiro deve elaborar seu plano terapêutico de forma a obter a adesão ao tratamento, necessária para o controle da doença.

A participação do hipertenso e sua família, na elaboração do planejamento e na implementação dos cuidados, deve ser estimulada pelo profissional de Enfermagem. As orientações devem ser flexíveis, considerando a individualidade do paciente, encorajando sua autonomia e protagonismo para a obtenção de melhor qualidade de vida (BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI, 2013; SILVA, et al., 2013; MOURA, et al., 2014).

É consenso que a mudança no estilo de vida se torna imprescindível à promoção da saúde do indivíduo, contudo, percebe-se na pesquisa maior dificuldade de adesão ao tratamento não farmacológico, visto que essas mudanças requerem determinação e persistência para o alcance de um melhor estado de saúde. Os autores destacam que o plano de mudanças deve envolver a prática regular de atividade física, adoção de uma alimentação saudável, abandono do alcoolismo e tabagismo, assim como a participação frequente em atividades educativas e grupos de apoio que provoquem o fortalecimento de respostas adaptativas e enfrentamento da doença (BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI, 2013; MOURA, et al., 2013; SILVA, et al., 2013; MOURA, et al., 2014; MENDES, et al., 2015; BORGES, et al., 2016).

O enfermeiro, como facilitador de todo esse processo, apodera-se da educação em saúde como excelente intervenção para o aprimoramento do conhecimento da doença, incentivo à adesão/seguimento do tratamento e promoção do autocuidado do paciente com HAS. (BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI, 2013; MOURA, et al., 2013; OLIVEIRA; ROCHA; BACHION, 2013; SILVA, et al., 2013; MOURA, et al., 2014; MENDES, et al., 2015; BORGES, et al.; 2016).

Percebe-se a tríade paciente-família-enfermagem importante para o enfrentamento da hipertensão e suas complicações.

## CONCLUSÃO

Pode-se concluir que o referencial teórico da Enfermagem fundamenta a prática profissional do enfermeiro e o auxilia a identificar as necessidades do paciente, planejar intervenções, em colaboração com indivíduo e família, visando o enfrentamento da doença e promoção da saúde do hipertenso.

Os dados analisados revelam a produção de um conhecimento científico de médio a baixo nível de evidência. Frente a esta lacuna entende-se ser necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de pesquisas com delineamentos que produzam evidências fortes relativas ao tema investigado, principalmente na utilização de Teorias de Enfermagem para a fundamentação da assistência ao paciente com hipertensão.

## REFERÊNCIAS

BERARDINELLI, L.M.M; GUEDES, N.A.C; ACIOLI, S. Análise do déficit de autocuidado de clientes hipertensos e as implicações na produção de cuidado. *Revista de Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 21, esp. 1, p. 575-580, dez., 2013.

BORGES, J.W.P; SOUZA, A.C.C; MOREIRA, T.M.M; LOUREIRO, A.M.O; MENESES, A.V.B. Educação em saúde inclusiva: o enfermeiro como leitor de tecnologia educacional para um deficiente visual. *Cultura de los Cuidados*. v. 20, n. 46, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da saúde; 2001.

\_\_\_\_\_; Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GEORGE, J.B. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MALACHIAS, M.V.B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set. 2016.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Revista Texto e Contexto de Enfermagem*. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 754-758, 2008.

MENDES, C.R.S; SOUZA, T.L.V; FELIPE, G.F; LIMA, F.E.T; MIRANDA, M.D.C. Comparação do autocuidado entre usuários com hipertensão de serviços da atenção à saúde primária e secundária. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. v. 28, n. 6, p. 580-586, 2015.

MOURA, D.J.M; FREITAS, M.C; GUEDES, M.V.C; LOPES, M.V.O. Problemas adaptativos segundo Roy e diagnósticos fundamentados na CIPE® em hipertensos com doenças associadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 15, n. 2, p. 352-361, abr/jun, 2013.

\_\_\_\_\_; MENEZES, L.C.G; BARROS, A. A. Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 16, n. 4, p. 710-719, out/ dez, 2014.

OLIVEIRA, M.D.S; ROCHA, B.S; BACHION, M.M. Desafios para a introdução da CIPE® no ensino de saúde coletiva: relato de experiência. *Revista Enfermagem em Foco*. v. 4, n. 1, p. 07-10, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Expert Committee on Arterial Hypertension*, Geneva, [s.n.], 1978.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, P.L. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. v. 17, n. 1, p. 90-97, 2008.

SILVA, F.V.F; SILVA, L.F; GUEDES, M.V.C; MOREIRA, T.M.M; RABELO, A.C.S; PONTE, K.M.A. Cuidado de Enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na teoria de Parse. *Revista da Escola Anna Nery*. V. 17, n.1, p. 111-119, jan/mar, 2013.

URSI, E.S. *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura*. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a DEUS, fonte de toda graça; ao convênio CAPES/COFEN, assim como aos docentes e colegas discentes do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem, da UNIFOR.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O CUIDADO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO PARA A PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL: A EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS

Maria Tanízia Pereira Rocha<sup>1</sup>, Moema Alves Macêdo<sup>2</sup>, Jéssica Pinheiro Carnaúba<sup>3</sup>, Ana Káren Pereira de Souza<sup>4</sup>

*1 Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.*

*2 Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco, Especialista em Gestão Pedagógica da Saúde pela Universidade Federal de Alagoas e em Gestão em Saúde pela FIOCRUZ.*

*3 Enfermeira graduada pela Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS), Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Vale do Acaraú (UVA), Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Fortaleza, Ceará, Brasil.*

*4 Gradua em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Auditoria de Saúde pela Faculdade Teológica e Filosófica, Enfermagem cardiovascular Universidade Estadual do Ceará (UECE), Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Leão Sampaio (FLS) e Enfermagem Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).*

E-mail: [tanzia\\_dias@hotmail.com](mailto:tanzia_dias@hotmail.com)

Palavras-chave: Saúde Mental. Saúde Pública. Atenção Primária a Saúde. Institucionalização. Assistência a Saúde.

### INTRODUÇÃO

Na década de 70, o Brasil vivenciou uma sequência de eventos a partir do que foi denominada Reforma Psiquiátrica Brasileira. A fim de superar o modelo asilar e hospitalocêntrico, seus militantes idealizavam por meio de uma perspectiva psicossocial, equipamentos substitutivos, facilitadores da desinstitucionalização do doente mental, reinserção na família e comunidade, socialização, dignidade, direito e cidadania. Em confluência com a Luta Antimanicomial e a Reforma Sanitária, esses três movimentos entrelaçaram-se em prol da democratização da saúde, estruturando o que se tem por rede de cuidados em Saúde Coletiva. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) consolida-se como uma dessas instituições, modelada no sentido da reforma como proposta a necessidade de uma nova práxis; na função de gerenciador da rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, os CAPS são erguidos, estrategicamente, como gestores das demandas e da rede de cuidados em Saúde Mental em seu território. Funcionando como porta de entrada e regulador desses serviços, é formado por uma equipe multidisciplinar com diversos tipos de tratamentos como a farmacoterapia, atendimento em grupo, individual e com familiares, atendimento psicoterápico, visitas domiciliares, atividades comunitárias e oficinas culturais. O CAPS presta assistência a adultos com transtornos mentais severos ou persistentes, através dos CAPS I, II, III diários ou contínuos, acompanhamento diário para crianças e adolescentes no CAPS'i e acompanhamento diário a dependentes de psicoativos no CAPS'ad. Firma-se, nesse processo, a transposição do paradigma vigente, centralizado no saber médico, práticas hospitalocêntricas, medicalizadoras e enclausurantes, para o paradigma Psicossocial, na perspectiva de desinstitucionalizar a loucura, superar a ideologia, a técnica e a ética anterior; por uma assistência de saúde mental, que é incorporada ao SUS. Concentra-se no saber e na opinião dos usuários e suas famílias, utilizando-se da escuta, da palavra e da educação em saúde e apoio psicossocial, dada à magnitude ideológica e as reformulações em políticas públicas. Cerca de quatro décadas após esse período, faz-se pertinente refletir sobre a efetivação e execução desses princípios através da rede de serviços substitutivos. Diante disso, como campo da Saúde Coletiva, o presente trabalho ao intitular-se como o Cuidado na Transição do Modelo hospitalocêntrico para a Perspectiva Psicossocial, apresenta uma discussão teórica e prática sobre o tema cuidado em Saúde Mental, lançando-se a problemática sobre como tem se dado a prestação de cuidado ao usuário na rede de Saúde Mental em Crato-Ceará. Portanto, torna-se academicamente relevante uma pesquisa que visa produzir conhecimento baseado no paradigma da atenção psicossocial, permitindo uma compreensão crítica e reflexiva do nosso contexto sócio, histórico e político em saúde mental. Apresentando a realidade de Crato-Ceará em relação a esta temática, a operacionalização desse processo institucional e a vivência nesse contexto, servindo também de laboratório para outros pesquisadores. Enquanto instância social, espera-se que as questões levantadas nesse estudo se mostrem como reflexão sobre a práxis desenvolvida e suporte para as mesmas, alçando desse modo, melhorias na produção de cuidado em Saúde Mental. Justificam-se, a nível pessoal, as dúvidas, questionamentos e interesses suscitados através de algumas conversas informais, somado a algumas considerações no contexto acadêmico.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa e de cunho exploratório. Como método de dados recorreu-se a entrevista semiestruturada focalizada. A análise dos dados configura-se enquanto uma análise de conteúdo. A

análise de conteúdo está baseada na teoria de Bardin (1977), definindo-o como um método empírico, referente ao tipo de fala a qual se propõe a interpretar como objetivo de pesquisa. Nesse sentido, o estudo constitui-se em três etapas, conforme elenca Gil (2009): A pré-análise que se define como um momento de sistematização, o primeiro contanto com o material, em seguida a sua seleção para análise; Seguida da exploração, a qual consiste em gerir o material selecionado na etapa anterior, realizando a codificação, recorte/escolha de unidades, enumeração/regras de contagem e categorização/escolha de categoria. O tratamento dos dados está para a inferência e a interpretação, tem por finalidade validar e torná-los significativos, podendo ser utilizados quadros, diagramas e figuras que resumam e evidenciem os dados obtidos, ao mesmo em que estas são comparadas e relacionadas com as informações já existentes, para se chegar a uma generalização. A coleta de dados ocorreu no período de 04 de agosto de 2015 a 16 de novembro de 2015. Para amostra de pesquisa foram entrevistados dez usuários do CAPS II em Crato- CE, triados por indicação dos profissionais da instituição, segundo um estado de melhor orientação e funcionalidade. Cada entrevista continha dez perguntas abertas com referência ao tema da pesquisa, as quais foram realizadas na referida instituição nos intervalos das atividades, com uma média de duração em cinquenta minutos. Considerando o tipo de metodologia e análise de dados proposto, aproximou-se da experiência dos usuários do CAPS por meio de entrevistas semiestruturadas, a fim de explorar a problemática de pesquisa. Seguindo-se o tratamento dos dados, cada entrevista foi sistematizada observando-se os conteúdos recorrentes, classificando aqueles que correspondiam ao tema de pesquisa. Para preservação de identidade dos mesmos, foram nomeados como U01, U02, U03 e assim sucessivamente, notou-se a recorrência de conteúdos em relação a família, a passagem pelo hospital psiquiátrico, tratamento na comunidade, vínculo social, liberdade, atividades realizadas, tratamento, acompanhamento em outros serviços de saúde. Portanto definiu-se os temas Tema 01: Família, Tema 02: Comunidade, Tema 03: Hospital, Tema 04: CAPS e Tema 05: Rede.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A família, primeiro tema desse estudo a ser analisado, nos direciona a um envolvimento dissonante do que foram as famílias da década de 70. Revelando, em sua maioria, o fato deste sujeito estar no contexto familiar por uma questão normativa apenas, persistindo o estigma do doente mental do século XIX e, em algumas situações, tentando mantê-lo institucionalizado. Desse modo, mostram-se nas falas, conteúdos referentes a algum tipo de negligência e falha ao realizar o cuidado e acolhimento, restringindo-se em alguns casos a responsabilizar-se somente pelo tratamento farmacológico. Assim como a família, a comunidade, como segundo tema, aparece na literatura como principal objetivo no fazer Saúde Mental; para transpor o tecnicismo anterior, a fim de que haja a reabilitação e reinserção do usuário; a saber, a ideia de uma responsabilidade compartilhada, na qual o cuidado seja produzido também pela comunidade. Nota-se que este princípio está distante do que é vivido pelos entrevistados, que se dizem discriminados por serem usuários do CAPS e tratados como o louco e incapaz. Em vista disso, não destoam do lugar social ocupado na idade média, quando segregados, ou representavam a desordem no século XVI ou a periculosidade dos séculos XVII e XVIII, e a necessidade de um espaço institucional para reservá-lo da ordem social, separados dos sãos e racionais, por vezes reafirmados atualmente pelos padrões de normalidades e os manuais de doença. O hospital, em seu caráter de isolamento social e tratamento biológico, atende a essa necessidade histórica de segregação e subordinação ao saber científico; representa para o usuário a violação e suspensão de seus direitos. Reconhecemos aqui, o terceiro tema da pesquisa, cuja as características desse modelo foram construídas culturalmente em um processo histórico; herança dos antigos leprosários, das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Psiquiátricos, contornados por interesses alheios à saúde. Nesse sentido, é fundamental pontuar que o tema CAPS, confirma as assertivas da Lei Federal 10. 216, em sua função institucional de socialização, com assistência solidária e acolhimento ao enfermo mental. Essa ideologia corrobora com o conteúdo exposto pelos usuários, que ressaltam o tratamento menos invasivo, com destaque ao fato de lhes ser possível estar com seus familiares, não tendo sua liberdade cerceada, embora não deixe de ser um espaço institucional. Em contra partida, somos levados a perceber que os princípios de fortalecimento do laço social, dos direitos civis, políticos, cidadania, e atuação no espaço público ainda não estão sendo cumpridos fora da instituição. Considera-se ainda, o fato de não ser mencionado o porquê de estar em um espaço institucional diferente ou o conhecimento acerca da atenção psicossocial e reforma psiquiátrica, como se não estivessem envolvidos nesse processo, alheios a ele. Revelando-nos o risco de repetir uma nova forma de manicomialização. Nesse mesmo quesito, pelo fato do vínculo se restringir ao CAPS, o paciente liga-se a ele como um único espaço reservado para si. Ao ser abordado o tema rede, reconhece-se o cuidado em saúde mental isolado na atenção secundária, desconsiderando-a como elemento da saúde coletiva, da assistência social, da comunidade e qualquer equipamento social. Ainda pode-se perceber a debilidade da rede, uma vez que poucos receberam encaminhamentos ou referência e contra-referência. Sendo presente a distância entre outros níveis de atenção, o usuário está nela fragmentado por tipos de doença, dividido por seu padecimento, pelas especialidades clínicas e níveis de atenção, e não como sujeito que ocupa o lugar central da assistência, olhado e acompanhado em suas necessidades, como seria, por exemplo, caso houvesse um projeto terapêutico e intersetorialidade, em qualquer que fosse a porta de entrada usada por

ele. Ainda é perceptível que, os Agentes Comunitários de Saúde são os únicos profissionais da Atenção primária em saúde a serem citados com referência à situação de saúde mental dos pacientes.

## CONCLUSÃO

Considerando a reinserção o diferencial do modelo psicossocial, se contrapondo a institucionalização; surge uma questão paradoxal, uma vez que demonstraram falhas na função da família e da comunidade, ambas, presas ao estigma da loucura e da doença como incapacidade, reafirmando a histórica segregação. Pode-se ainda destacar que, apesar de reconhecerem a diferença, os usuários não demonstram conhecimento e envolvimento acerca do motivo da transição institucional e da Reforma Psiquiátrica. No que diz respeito a rede, se por um lado os serviços da Atenção Secundária e a participação da Atenção Terciária foram vitoriosamente alcançados, em outros pontos de atenção não se efetivaram, na proporção em que há constantes tensões entre Atenção Secundária em Saúde Mental e Atenção Primária, notificando sua ausência de interfaces entre ambas. Uma vez que, a vinculação do usuário acaba se restringindo ao contexto institucional, permanece ainda o estigma e a exclusão. Sendo assim, o louco continua a ser louco e o CAPS tido como uma instituição criada para este propósito, assim como o Hospital Psiquiátrico. Em vista disso, ao ver família e comunidade, como deficientes em sua função de acolher e também produzir cuidado, o CAPS acaba sendo estreitamente o único tipo de vinculação possível para alguns desses pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, C. F. O. *et al.* Um Breve Histórico da Reforma Psiquiátrica. **Revista Neurobiologia**, v. 72, n. 1, jan/março, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. [Tradução José Teixeira Coelho Neto] Perspectiva, 9ª edição, São Paulo, 2010.
- FRANCO, C. M.; FRANCO, T. Batista**. Linhas do cuidado integral: **uma proposta de organização da Rede de Saúde**. Saúde, RS, 2012.
- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar um Projeto de Pesquisa**. 5ª edição, São Paulo, Atlas, 210. IZAGUIRRE, G. **Elogio ao DSM-IV**. (in). JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (ORG). O Livro Negro da Psicopatologia Contemporânea. Editora: Via Lettera, São Paulo, 2011.
- BRASIL, **Legislação brasileira sobre pessoas com deficiência[recurso eletrônico]**. – 7. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013.410 p. – (Série legislação; n. 76), Brasília, 2013.
- MARTINS, Á. K. L. *et al.* Do Ambiente Manicomial aos Serviços Substitutivos: A Evolução Nas Práticas Em Saúde Mental. **Sanare**, Sobral, v.10, n.1, p.28-34, jan./jun. 2011.

## AGRADECIMENTOS

A equipe do CAPS da cidade de Crato/CE, pelos conhecimentos compartilhados e pelas contribuições ao presente estudo. Aos pacientes e familiares do CAPS da cidade de Crato/CE que aceitaram participar do presente estudo.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ESSENCIAL DE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO CEARÁ NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Eduarda Maria Duarte Rodrigues<sup>1</sup>, Gláucia Margarida Bezerra Bispo<sup>2</sup>, Camila Almeida Neves de Oliveira<sup>3</sup>, Edilson Rodrigues de Lima<sup>4</sup>.

*1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Prefeitura Municipal de Várzea Alegre. Várzea Alegre-Ceará-Brasil*

*E-mail: eduarda\_maria13@hotmail.com*

*Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Integralidade. Atenção Primária à Saúde.*

### INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada, baseada nos princípios da universalidade, acessibilidade, intersetorialidade, integralidade, humanização, equidade e participação popular, dentre outros, tendo como foco o cuidado à família, comunidade e na competência cultural dos profissionais. Nesse cenário, entende-se que o sistema de saúde brasileiro pede respostas efetivas para a materialização na prática das Equipes Saúde da Família desses postulados filosóficos, políticos e éticos, em busca de uma saúde como direito humano fundamental (STARFIELD, 2002).

Dentre as respostas, a avaliação dos atributos da APS, representa a oportunidade para aprimorar a tomada de decisão, melhorar a alocação de recursos e adequar as formulações de políticas públicas mais harmônicas com as necessidades da população, pelos gestores, assim como, produzir novos conhecimentos voltados para a APS (CRUZ, 2011).

Starfield (2002) conceitua a APS mediante sete atributos, sendo quatro essenciais: acesso de primeiro contato, composto por dois itens, “utilização” e “acessibilidade” que representa o uso do serviço a cada novo problema ou desdobramentos de um problema; a longitudinalidade, como a existência de uma fonte regular durante determinado período; a integralidade, que sugere a realização de arranjos visando o atendimento do usuário em todos os níveis de atenção e a coordenação, que é a disponibilidade de subsídios sobre problemas e serviços anteriores e o reconhecimento da importância da informação relacionada às necessidades a serem atendidas. Afora desses, a autora também define três atributos derivados: a orientação familiar, priorizando o foco na participação da família como sujeitos do processo de cuidar integral; a orientação comunitária, em que há o reconhecimento das necessidades sociais e a competência cultural, que inclui a atenção dos profissionais aos aspectos culturais da população. A constância do modelo biomédico e o vazio que se observa sobre a adesão aos atributos da APS tornam imperativa a discussão sobre a avaliação deste nível de atenção, buscando a implementação de uma APS de qualidade.

Estudos tem evidenciado a associação entre o maior grau de orientação à APS e o incremento da efetividade dos sistemas de saúde, satisfação dos usuários, maior equidade, eficiência e integralidade (OMS, 2007). Embora a literatura tenha apontado que grande parte das pesquisas terem sido realizadas em países desenvolvidos, também indicam o impulso positivo da APS nos países em desenvolvimento, especialmente, nos latino-americanos, entre estes, o Brasil (STARFIELD, SHI, MACINKO, 2009).

A realização de pesquisas que avaliem os serviços de APS, na perspectiva dos usuários, é fundamental e colabora para a institucionalização da avaliação e reorganização dos serviços, afora de se instituir em um instrumento para a participação popular, como preceitua o Sistema Único de Saúde. Nessa linguagem, o Ministério da Saúde vem adotando o conceito de Atenção Primária de Saúde, que tem entre seus objetivos a concretização, seja formal e, principalmente na prática, da integralidade das ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, assumindo a orientação da organização do sistema de saúde no Brasil. Para este alvo, urge processos de trabalhos interdisciplinares, democráticos e participativos, aplicando tecnologias complexas e de baixa densidade. Abraça a dimensão coletiva, em vez de individual, percebendo o usuário como sujeito/ator político de sua história de vida e saúde, como forma de melhorar a resolutividade das necessidades e problemas referidos e vivenciados por esses cidadãos (BRASIL, 2004a).

Entende-se que a tarefa de avaliar é necessária, conduzindo a negociação por parte dos diversos agentes sociais quanto ao objeto e objetivos desta. A ausência desta premissa poderá afetar a viabilidade de qualquer ação que objetive a tomada de decisão no âmbito de um contexto de busca pela equidade e efetividade dos serviços de saúde (CARVALHO et al., 2012).

Enfim, acredita-se que, com a instituição da cultura de avaliação em saúde, em decorrência da sua importância na formulação de novas políticas públicas, estas sejam definitivas e inseparáveis de uma prática participativa, formativa e de ingerência, que seja geradora de transformações sociais e de saúde (VERDI; FINKLER, 2014).

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o processo de integralidade da Atenção Primária à Saúde em um município do Estado do Ceará, sob a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um recorte de uma pesquisa transversal, descritiva, de caráter avaliativo e abordagem quantitativa, para averiguar e avaliar o atributo integralidade da atenção primária nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do Estado do Ceará, Brasil. Os dados foram coletados por meio da aplicação do instrumento PCATool com 672 usuários adultos, de ambos os sexos, com idade de 20 a 59 anos, atendidas nas 14 unidades básicas pesquisadas no período de outubro de 2016 a maio de 2017. O PCATool foi aplicado após consentimento da Secretaria de Saúde do município e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob o número de parecer 1.766.875.

Na análise dos achados utilizou-se o processo de dupla digitação, descrição e consolidação dos dados por meio do programa Programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS), versão 23.0, visando a correções de qualquer discordância entre os dados.

Foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, bem como os escores mínimos, máximos, média, desvio padrão e grau de orientação para APS das variáveis quantitativas. A normalidade estatística dos escores essencial e geral do PCATool foi avaliada através do teste de Shapiro-Wilk, com a finalidade de definir os testes adequados para comparar os escores em relação às demais variáveis. Com a não normalidade encontrada ( $p < 0,001$ ) em todas as medidas dos atributos utilizou-se os testes de Mann-Whitney para comparações de escores envolvendo apenas dois grupos, Kruskal-Wallis para comparações envolvendo três ou mais grupos e teste de correlação de Spearman para comparações com variáveis quantitativas. Os resultados foram apresentados em tabelas. Para todos os procedimentos inferenciais foi adotado um nível de significância de 5%.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados sociodemográficos demonstraram que os entrevistados tinham idade entre 20 a 59 anos, pertencentes a 14 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas por sete distritos de saúde. Houve predominância do sexo feminino com 508 mulheres (75,6%), com média de idade de 35,5 ( $\pm 11,3$ ) anos, enquanto os homens apresentaram apenas 164 (24,4%). A faixa etária com maior frequência foi abaixo de 30 anos com 225 (33,5%), são casados/união estável 418 (62,5%), apresentaram baixa escolaridade, sendo

40 (6%) analfabetos, localizados com ensino fundamental completo foram encontrados 307 (45,7%), com ensino médio completo 281 (41,8%) e apenas 42 (6,3%) dos usuários são detentores de ensino superior. Quanto à renda constatou-se que 483 (71,9%) vivem com até um salário mínimo.

Foram avaliados abaixo do ponto de corte ( $\geq 6,60$ ) os atributos: integralidade, com média de 6,2 ( $\pm 2,0$ ), em ambos elementos (serviços disponíveis e serviços prestados). O subitem do atributo integralidade “Integralidade – Serviços Disponíveis” obteve o escore negativo de 6,3 ( $\pm 2,1$ ), assegurando que não são realizados a saber: sutura, colocação de tala, remoção de verrugas e unha encravada, já o atributo “Integralidade – Serviços Prestados” conseguiu o escore médio de 6,0 ( $\pm 2,1$ ). Entretanto, mesmo tendo uma avaliação negativa foi avaliado positivamente pelos entrevistados algumas ações: sobre a orientação da importância dos exercícios físicos, exames de sangue para verificar os níveis de colesterol, sobre os medicamentos que está tomando e como prevenir osteoporose e os cuidados sobre os problemas comuns no processo de menstruação ou menopausa (BRASIL, 2010).

Estes resultados evidenciam insatisfação quanto à integralidade do cuidado, refletindo diretamente na qualidade da assistência, tendo em vista visar melhorar a resolutividade da assistência, assim como, organizar o serviço prestado à população. Oliveira (2008), reforça o achado deste estudo quando encontrou resultado abaixo do ponto de corte, com valor de 3,5.

A integralidade é o eixo central do nível de atenção primária, de forma que esta possa garantir o cuidado integral, na busca do desenvolvimento social e enfrentamento dos determinantes da saúde (ARCE, SOUZA, 2013). Nesse sentido, o Ministério da Saúde demonstra a importância da integralidade ao criar as Portarias 648/GM de 2006, 2.207/2011 e 2488/2011, considerando ser este atributo um dos pilares da APS, que agencia a integração das ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção, prevenção, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, dentro de um processo de trabalho interdisciplinar, multiprofissional e da coordenação do cuidado, por meio da rede de atenção (BRASIL, 2011).

## CONCLUSÃO

Deste modo, compreende-se que a rede de serviços de saúde do município estudado precisa ser aprimorada, tendo em vista que a integralidade institui uma das colunas para a organização do SUS e que a sua presença no processo de integração entre as ações de promoção, prevenção e tratamento tem sido requerida nas diversas modalidades de financiamento da APS no Brasil.

Acredita-se que a qualidade da assistência prestada deva estar em sintonia com a satisfação do usuário, beneficiário direto do serviço, dos gestores e profissionais que prestam assistência.

Os estudos de avaliação são cruciais para o processo decisório e melhor resolutividade da APS, para que sejam ampliadas aos agentes políticos/líderes desse processo: usuários, profissionais e gestores, visando subsidiar na prática da ESF e na gestão dos serviços de saúde, garantindo, assim, a melhoria da qualidade da assistência ao cidadão. Por fim, espera-se incentivar outros estudos sobre a temática dentro do município, utilizando outras versões do instrumento Pcatool.

## REFERÊNCIAS

- ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 109-123, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília - DF, 2005.
- CARVALHO, André Luis Bonifácio de; SOUZA, Maria de Fátima; SHIMIZU, Helena Eri; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas; OLIVEIRA, Kátia Cristina de. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, Abr. 2012.
- CRUZ, Marly Marques da. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org.) *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: IMS, 2011.
- MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; ERINOSHIO, Temitope. The impact of primary healthcare on population health in low and middle income countries. *J Ambul Care Manage*, v. 32, n. 2, p. 150-171, 2009. OLIVEIRA, Ana Katarina Pessoa de; BORGES, Djalma Freire. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 369-389, Abr. 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2007.
- STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

## AGRADECIMENTOS

À parceria entre as instituições formadoras Universidade Federal do Ceará e Universidade Regional do Cariri, oportunizando a realização do DINTER UFC/URCA.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A IMPLEMENTAÇÃO DAS SALAS DE VACINA CONFORME AS NORMAS DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

Rosane Shirley Saraiva de Lima<sup>1</sup>, Kerma Márcia de Freitas<sup>2</sup>, Tainne Evelyn Lopes De Araujo<sup>3</sup>, Cleciana Alves Cruz<sup>4</sup>, Josué Barros Júnior<sup>5</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira, Faculdade Vale do Salgado, Pós graduanda em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri, Crato, CE.

<sup>2</sup>Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; Coordenadora de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.

<sup>3</sup>Enfermeira, Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.

<sup>4</sup>Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.

<sup>5</sup>Mestre em Ensino na Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado.

<sup>6</sup>Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

E-mail: rosaneshirley15@gmail.com

Palavras-chave: Imunização. PNI. Rede de Frio.

### INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos as políticas de saúde vêm passando por várias mudanças benéficas, nas quais pode ser citado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que em particular vem sendo o merecedor de grande ênfase nas regiões devido à importância do desenvolvimento de novas vacinas, levando em consideração o impedimento das enfermidades, e notificando a melhoria (VASCONCELOS; ROCHA; AYRES, 2012).

Em 1973 o Programa Nacional de Imunizações (PNI), teve como finalidade satisfazer a expectativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), de oferecer os imunobiológicos apropriados e assegurados para todo o público, contemplando assim as classes prioritárias: crianças, adolescentes, mulheres grávidas, idosos e os indígenas. (PEDRAZZANI *et al*, 2002).

Os imunobiológicos são produtos resultantes de fabricação, os quais são substâncias farmacológica fabricadas com base nos micro-organismos vivos que podem, imunizar nas formas ativa e passiva, podendo ser modificados quando a temperatura não é adequada e por isso, precisam de refrigeração correta para continuar na sua conservação adequada. (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Para garantir a conservação dos imunobiológicos, o PNI utiliza um sistema chamado Rede de Frio, que visa assegurar que sejam mantidas as condições adequadas de transporte, armazenamento e distribuição sem que sejam alteradas as características iniciais até o momento da administração (BRASIL, 2014).

As vacinas devem estar na temperatura adequada para conservação, levando em consideração a sua fórmula. Os refrigeradores são de exclusividade para o uso dos imunobiológicos, e preservado em temperatura de +2° C a +8° C. O manuseio inapropriado e a refrigeração ineficaz podem causar comprometimento da eficiência dos imunobiológicos (BRASIL, 2013).

É de responsabilidade da equipe de enfermagem o armazenamento e o gerenciamento dos imunobiológicos na UBS. Dentro da equipe compete ao técnico de enfermagem a administração e registro dos imunobiológicos e ao enfermeiro a coordenação e capacitação das atividades a serem realizadas na sala de vacina. Segundo a resolução Nº 302 de 2005 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o enfermeiro é encarregado pelo serviço que tem a necessidade de responsabilidade técnica da atividade (OLIVEIRA *et al*, 2013; QUEIROZ *et al*, 2009).

A sala de vacina é de exclusividade para o acondicionamento e administração dos imunobiológicos, devendo-se atentar ainda para os registros corretos e o cumprimento do calendário vacinal recomendado pelo PNI. Vale ressaltar a importância das técnicas assépticas para garantia da eficácia e redução dos riscos de infecção no local da vacina seguindo, portanto as normativas (PEREIRA; BARBOSA, 2007).

Nesse sentido, surgiu o seguinte questionamento: As salas de vacina do município de Cedro-CE atendem as recomendações do PNI? Nessa circunstância, possui um destaque ao explorar e detectar as falhas que existem na sala de vacina, e só assim trabalhar no critério que se descreve a implementação das salas de vacinas, relacionado a assegurar a eficiência dos imunobiológico, visto a promoção e a prevenção de doenças.

Esse estudo proporcionará ao instrumento universitário adequação de discernimento e aperfeiçoamento para o âmbito social na cidade de Cedro. Podendo assim oferecer melhorias para a adequação e supervisão da sala de vacina servindo tanto para os profissionais quanto para os usuários.

Nesse sentido o presente estudo buscou analisar o cumprimento das normas do Programa Nacional de Imunizações nas salas de vacina em um município no interior do Ceará.

## **METODOLOGIA**

Aborda um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa de cunho transversal, com procedimento técnico (observacional). De acordo com Vieira e Hossne (2015), estudo transversal busca explorar a coleta de uma relação de um público, levando assim conjuntamente a retratar informações de duas variantes.

O estudo foi realizado na cidade de Cedro, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que haja funcionamento nas salas de vacinação. A cidade de Cedro o qual conta com os serviços de saúde: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), hospital, equipes do NASF, CRAS, CREAS e CAPS, e 10 Unidades Básicas de Saúde. E que funcionam equipes da estratégia saúde da família (ESF), sendo cinco na zona urbana e cinco na zona rural.

O alvo do estudo foram as 09 salas de vacinas, 09 Enfermeiros e 08 Técnicos em Enfermagem que são os responsáveis pelas salas de vacinação e unidades de saúde da família na cidade de Cedro-CE. Os critérios de inclusão foram: profissionais que estiveram pelo menos há seis meses na ESF e que atuam em unidade que tenha sala de vacina. Enquanto que os critérios de exclusão são os profissionais que estiveram de férias ou de licença no período da coleta ou os que se recusarem a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada nas UBSs, em horário combinado com os profissionais, no período de março de 2017. Foi realizada uma observação na sala de vacina utilizando o check list, contendo informações acerca da estrutura e questionamento da mesma e, aos profissionais foi aplicado um questionário a fim de investigar sua experiência e treinamentos em sala de vacina. Os dados foram tabulados, copilados de acordo com as variantes utilizado o word, para ter assim uma compreensão adequada. Depois de serem apurados foram analisados e discutidos a partir da literatura pertinente.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, aprovada sob o parecer nº2.085.923.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Ao analisar as salas de vacina verificou-se que em relação a infraestrutura, das nove unidades básicas que foram feitas a pesquisa oito possuem salas exclusivas para vacinas, o que é preconizado no Ministério da Saúde, entretanto apenas duas salas apresentam paredes adequadas (laváveis) e sete a cerâmica vai até a metade da parede, as nove das salas não são climatizadas e fazem o uso do ventilador. Sendo que as nove possuem janelas ou vitrô de vidro. Nove das salas possuem forro no teto, e nove tem uma porta para acesso. Sobre os materiais e os equipamentos contidos na sala de vacina que são indispensáveis para a realização dos procedimentos feitos nas salas de vacinas, oito dispõem de armário, birô, sexto para lixo comum e caixa de perfuro cortante, e uma não dispõe de armário usa uma mesinha.

Sabe-se que a sala de vacina é de uso exclusivo para administração dos imunobiológicos, sendo de total importância que todos os procedimentos promovam segurança, diminuindo os riscos de contaminação tanto para os indivíduos quanto para os vacinadores. Por tanto, é fundamental seguir os parâmetros relacionados as condições do ambiente e suas instalações como paredes laváveis, teto forrado resistente a lavagem, bancadas para o preparo das vacinas durante os procedimentos, pias com torneiras para a higienização das mãos e lavagem dos materiais, iluminação adequada (natural ou artificial), sala climatizada e mantida as condições de higiene e limpeza (BRASIL, 2014).

Ao observar os resultados percebe-se que estrutura física das salas de vacina do referido município não seguem adequadamente as recomendações do Ministério da Saúde. Embora sete das unidades tenham sido construídas conforme modelo padronizado pelo MS, quanto ao revestimento das paredes não foram atendidas as normas no que diz respeito a condição de ser lavável. Esse fato nos remete a ideia de que as obras são executadas e entregues sem as devidas supervisões quanto às normas específicas, as quais deveriam ser realizadas por técnicos conhecedores das mesmas e não apenas pelos técnicos da engenharia, por exemplo, como acontece na maioria das vezes.

Verificou-se que as nove geladeiras são de uso exclusivo para as vacinas e, que em todas elas a organização interna estava conforme recomendações do Ministério da Saúde. Foi detectado que em seis das salas de vacina a tomada é de uso exclusiva para a geladeira, enquanto que em três unidades a tomada era compartilhada com outros equipamentos, utilizando-se de um "T" eletrônico.

O Ministério da Saúde recomenda que geladeira seja de uso exclusivo para as vacinas, devendoser organizada da seguinte forma: que na primeira prateleira devem as vacinas que podem ser submetidas a temperatura negativas e que possam ser congeladas como a tríplice viral, tetra viral, e febre amarela; na segunda prateleira devem ficar ou que podem ser submetidas a temperatura positiva e não podem ser congeladas, como a BCG, pólio inativa, rota vírus (VORH), hepatite B, dT, DTP, penta valente, pneumocócica, meningocócica, anti-rábica, HPV e; na terceira ficam os soros e estoques. Na parte da gaveta devem ser colocadas as garrafas com agua e com corante. No congelador devem ser colocadas as bobinas de gelo e na porta da geladeira deve ser fixado o mapa e o

termômetro, sendo que seu bulbo deve ficar localizado na segunda prateleira. Para verificar a temperatura interna (+2° e +8°C) e a ambiente entre (- 18° a -20°C) (BRASIL,2013).

Reforça-se que a tomada deve ser exclusiva para geladeira das vacinas para prevenir uma sobrecarga elétrica que pode levar a comprometimento da conservação dos imunobiológicos, para que possam ser oferecidos em condições adequadas (BRASIL, 2013). Em relação as caixas térmicas todas as unidades possuem duas caixas, porém em uma delas as caixas não dispõem de termômetro para cada uma.

Portanto, verificou-se que as recomendações são atendidas em partes. Contudo, observou que todas as salas de vacina ainda utilizam o refrigerador doméstico, o qual não tem sido recomendado pelo Ministério da Saúde. Identificou-se que, embora as geladeiras sejam utilizadas somente para as vacinas, em todas as salas o cuidado em utilizar uma tomada exclusiva para as mesmas não está sendo atendido, colocando assim as vacinas em risco de conservação em virtude de uma possível sobrecarga de energia elétrica.

Em relação aos impressos que são necessários para registrar as vacinas administradas todas as salas dispõem de cartões para toda a população e estão atualizados. Com relação a atualização dos cartões controle, percebeu-se que apenas dois dos vacinadores realiza logo após a administração da vacina, um deles faz mensalmente e cinco semanalmente.

Destaca-se que os impressos são documentos de fundamental importância para o controle das vacinas administradas dentre eles: o cartão da criança, a caderneta do adolescente e do idoso, nos quais devem ser preenchidos com a dose aplicada e o agendamento da dose seguinte, se for o caso (BRASIL, 2014).

Nas unidades em estudo ainda não é utilizado o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), na versão “*desktop*”, que é um sistema informatizado no qual o registro é feito diretamente no sistema. Assim os registros devem é feito nos impressos “ficha de registro de vacinação”, seguindo as orientações do serviço de imunizações do município, que garante a cobertura e a regularidade da informação (BRASIL, 2014).

Verificou-se que os vacinadores não seguem um protocolo para registro dos dados das vacinas administradas, cada um deles registra no momento em que acha mais conveniente ou oportuno. Contudo, vale destacar que quanto mais tempo demorar para se registrar maior será o risco de esquecimento devido ao fluxo de pessoas que podem estar sendo atendidas.

É essencial que os profissionais responsáveis pela sala de vacinas estejam capacitados para atuar neste ambiente, e que participem com frequência de aperfeiçoamento relacionados a área a fim de se manterem atualizados, uma vez que o calendário de vacinação está em constantes alterações. Pensando nisso, buscou-se verificar informações sobre a preparação dos profissionais que trabalham e supervisionam as salas de vacina do município de Cedro, CE.

De acordo com os profissionais, em todas as unidades são os técnicos/auxiliares de enfermagem que atuam na sala de vacinação, apenas em três unidades foi citado que o enfermeiro também atua na sala de vacina. E com relação ao treinamento feito para atuação na sala de vacina quatorze disseram que receberam, três não receberam capacitação sobre sala de vacina, um fez treinamento para a sala de vacina há um ano, três há dois anos, dez não souberam responder há quanto tempo e três não receberam treinamento. Ao falar da carga horaria do treinamento quatro tiveram duração de um dia, um de dois dias, três de uma semana, seis não souberam responder e três não receberam.

Observamos com os dados coletados que a Resolução nº 375/2011 do COFEN não está sendo cumprida a rigor, uma vez que detectamos que em apenas três unidades o enfermeiro participa juntamente com o técnico/auxiliar na sala de vacina. Identificou-se também que embora a maioria (quatorze) dos profissionais tenha passado por algum treinamento para atuação na sala de vacinas ainda existem alguns que não o tiveram, o que pode comprometer o desenvolvimento das atividades com segurança e que garanta a eficácia das vacinas administradas.

Quanto aos treinamentos, viu-se que não existe um processo de educação permanente, pois treze dos entrevistados relataram que participaram há mais de dois anos de alguma capacitação, com grandes variações no tempo de duração. Esse fato é preocupante, tendo em vista que o PNI passa constantemente por alterações/atualizações, principalmente no que diz respeito ao Calendário de Vacinação de crianças e adolescentes, o que exige a atualização concomitante dos profissionais que atuam diretamente na sala de vacina.

De acordo com Oliveira, 2007 a educação permanente é essencial para os profissionais da área da saúde, com relação a seu conhecimento critico, autoavaliação, formação, gestão, contribuindo assim para uma assistência de qualidades, trazendo na pratica seus saberes.

## CONCLUSÃO

Neste estudo buscou-se analisar o cumprimento das normas do Programa Nacional de Imunizações nas salas de vacina, pode-se ver que a maioria das salas de vacinas mostraram estar cumprindo as normas do PNI. Procurou-se descrever a infraestrutura das salas de vacinação, que no entanto, ainda há uma grande carência



em relação a estrutura física e climatização das salas, considerando a importância da climatização devido aos componentes das vacinas serem termolábeis e precisarem de uma temperatura ambiente entre 18° e 20°C e sendo acondicionadas entre +2° e +8°C. Investigou-se também a capacitação dos profissionais para atuação na sala de vacina, um importante quesito, pois eles têm que ter o conhecimento para efetuar seu trabalho com melhoria da qualidade dos serviços a serem prestados.

Percebeu-se que a estrutura física das salas de vacinas do mencionado município não segue rigorosamente as exigências feitas pelo Ministério da Saúde. Sete das unidades seguiram o padrão exigido pelo MS, porém o quesito de paredes laváveis não foram atendidos. Com isso constata-se que as obras podem ser prontas e entregues não tem as supervisões que as façam cumprir as normas específicas.

Foi visto que nas geladeiras as recomendações não foram atendidas completamente pois as salas de vacinas utilizam refrigeradores domésticos, não recomendado pelo Ministério da Saúde. Quesitos exigidos como tomada específica para cada geladeira não foram atendidos colocando assim as vacinas em risco de conservação devido a uma possível sobrecarga de energia elétrica.

Observou-se que os vacinadores não realizam devidamente um protocolo de registro das vacinas administradas, fazendo esse registro somente em momentos oportunos ou convenientes, destacando o risco de esquecimento de informações importantes.

Constatou-se que embora a maioria dos profissionais já tenha passado por algum treinamento para atuarem na sala de vacina ainda existem alguns que não tiveram, podendo assim comprometer o desenvolvimento das atividades com segurança e garantia da eficácia. Relacionado aos treinamentos observa-se que não existe um processo de educação permanente, pois a maioria também relatou que realização capacitação há mais de dois anos e com grandes variações no tempo de duração.

No entanto, pode-se observar que a educação permanente é necessária, como as capacitações profissionais buscando sempre o aperfeiçoamento na área da vacinação, que vive sempre em constante de mudança com o surgimento de novos imunobiológicos, ao calendário vacinal, garantindo sempre o estado de conservação adequado e na administração eficaz.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014;
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de rede de frio** – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013;
- \_\_\_\_\_. **Manual de Rede de Frio**. 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001. 80p;
- DOMINGUES, Carla Magda Allan S. TEIXEIRA, Antônia Maria da Silva. Coberturas vacinais e doenças iminopreviníveis no Brasil no período 1982 – 2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.22, n. 1, p. 9-27, Mar.2013;
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio online**. 2008-2016. Disponível em:<<https://dicionariodoaurelio.com>>. Acessado em 22/08/2016;
- GRALHA, R. S. Análise da supervisão realizada nas salas de vacinas da rede básica de saúde de Porto Alegre m 2005. **Boletim epidemiológico**. v. 9, n. 35, p. 1-8, 2007;
- IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia online**. 2015. Disponível em:< <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=230380>>. Acessado em 22/08/2016;
- OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Rev Bras Enferm**, Brasília, set-out, 2007;
- OLIVEIRA, Valéria Conceição de; GALLARDO, Pilar Serrano, GOMES, Tânia Silva; PASSOS, Luzia Márcia Romanholi; PONTO, Ione Carvalho. Supervisão de enfermagem em sala de Vacina: A Percepção do enfermeiro. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v 22, n.4, p.1015-1021, dezembro de 2013;
- OLIVEIRA, Valéria Conceição de; GUIMARÃES, Eliete Albano de A; GUIMARÃES, Inês Alcione; JANUÁRIO Letícia Helena; PONTO, Ione Carvalho. Prática da enfermagem na Conservação de Vacinas. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 814-818, dezembro de 2009;
- MUNIZ, Sabrina de Vargas; SILVA, Fabiano Silva da; MARTINE, Angela Conte. Acolhimento do usuário de sala de vacinas. **CIPPUS – Revista de iniciação científica do unilasalle**, Canoas – RS, v. 1 n. 1, maio de 2012;

PEDRAZZANI, Elisete Silva; CORDEIRO, Angélica Maria Adures; FURQUIM, Elaine Cristina; SOUZA, Fabiana Ferreira de. Implantação de um Banco de Dados em Vacinação: Experiência desenvolvida em um Projeto de Integração **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 831-836, dezembro de 2002;

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, Out. 2003;

PEREIRA, Maria Aparecida Diniz; BARBOSA, Sandra R. de Souza. O cuidar de Enfermagem na Imunização: os mitos e verdade. **Rev. Meio Adib. Saúde**. v. 2, n. 1. P. 76-88, 2007;

PORTAL EDUCAÇÃO. **Procedimentos Preliminares à Administração de Vacinas e Soros**. Portal educação blog, 16 janeiro de 2013. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/27733/procedimentos-preliminares-a-administracao-de-vacinas-e-soros>>. Acessado em: 16 janeiro. 2017.

QUEIROZ, Syntia Assis; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; NOGUEIRA, Paula Sacha Frota; OLIVEIRA, Nancy Costa; PEREIRA, Mayenne Myrcea Quintino. Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação e suas condições de funcionamento. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 4, p. 126-135, out./dez.2009;

TEMPORÃO, José Gomes. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, Ciências, saúde**. Manguinhos, vol. 10 (suplemento 2): 601 – 17, 2003;

SES.-SP (Secretaria de Saúde de São Paulo). **Norma técnica do Programa de Imunização. Centro de Vigilância epidemiológica**. São Paulo:2008;

SOU ENFERMAGEM. **Cuidados com o lixo da sala de vacinação**. Sou Enfermagem blog, 10 novembro de 2015. Disponível em: <<https://souenfermagem.com.br/artigo/cuidados-com-o-lixo-da-sala-de-vacinacao>>. Acessado em: 16 janeiro. 2017.

VASCONCELOS, Kelly Cristina Encide de; ROCHA, Suelen Alves; AYRES, Jairo Aparecido. Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 167-176, mar. 2012;

VICTORA, Cesar. G. 40 anos do Programa Nacional de Imunização: o desafio da equidade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.22, n. 1, p.201-202, Jun. 2013;

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos às instituições pelo apoio às investigações científicas.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: HISTÓRIA, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

**Sarah Montezuma Pinheiro Cabral<sup>1</sup>, Vanilla Oliveira Alencar<sup>2</sup>, Anna Karynne Melo<sup>3</sup>**

*1 Graduação, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Graduação, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Programa de Pós-Graduação, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: sarah-pinheiro@hotmail.com

Palavras-chave: PNH. Humanização. Saúde. Psicologia. SUS.

### INTRODUÇÃO

Em 1988, mediante o contexto no qual se buscava implementar um estado democrático de bem-estar social, o Brasil também constituiu um histórico de lutas políticas e sociais, como, por exemplo, a Reforma Sanitária, no intuito de propiciar mudanças no que diz respeito à saúde do país. Paim (2011 p. 43) aponta que esses movimentos repercutiram no modo como a saúde foi compreendida pelo Estado, já que ela “passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo: «a saúde é direito de todos e dever do Estado» (BRASIL, 1988, art. 196).”

A partir de vivências das autoras enquanto voluntárias em um hospital oncopediátrico e do contato com alguns pacientes e equipe, constatamos que, apesar da existência das políticas de humanização em saúde existirem, ainda surge a necessidade de se repensar as práticas de assistência e cuidado que são realizadas em pacientes que encontram-se no processo de internamento. Esse fato serviu como variável motivadora para a realização da presente pesquisa.

Diante dessa perspectiva de reconstrução no âmbito da saúde, iremos abordar o surgimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que foi apresentado pelo Ministério da Saúde (MS) e como ele passou a ser denominado de Política Nacional de Humanização (PNH). Assim, o presente artigo propõe-se a apresentar o contexto histórico, bem como o processo de consolidação da PNH e quais as modificações que ocorreram no âmbito da saúde após a humanização ser compreendida enquanto uma política.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura a partir da leitura das produções científicas realizadas, que abordam a PNH, apresentando como ela evoluiu e vem sendo discutida. Para a análise desses estudos utiliza-se a revisão de literatura, que de acordo com Sampaio e Mancini (2007) é uma forma de pesquisa que utiliza, como fonte de dados, a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada, ressaltando que esse é um tipo de estudo retrospectivo e secundário, isso é, a revisão é usualmente desenhada e conduzida após a publicação de muitos estudos experimentais sobre um tema. Dessa forma, uma revisão de literatura depende da qualidade da fonte primária.

Para fins deste trabalho realizou-se uma busca integrada na base de dados eletrônica Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e periódicos CAPES, averiguando o que vem sendo discutido nos últimos anos acerca da temática estudada. Como critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos a partir da busca nas bases de dados, delimitamos as produções escritas em português, incluindo artigos publicados nos últimos quinze anos, com a presença no título, nas palavras-chave e no resumo do artigo de, pelo menos, um dos termos utilizados como estratégia de busca, que são: Humanização em Saúde; Política Nacional de Humanização.

Além dos artigos, recorreremos à literatura clássica que aborda a temática estudada, realizando a leitura da Cartilha de humanização e de documentos ministeriais. Assim, obtivemos uma fundamentação baseada no contexto contemporâneo de nosso país de origem, articulado à literatura clássica sobre o tema.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em maio de 2001 o Ministério da Saúde (MS) apresentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O PNHAH tem como objetivo as mudanças na qualidade dos atendimentos realizados nos hospitais públicos brasileiros do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de promover o desenvolvimento das relações

estabelecidas entre os profissionais da saúde e os usuários da rede, os colaboradores entre si e o hospital com a comunidade (MELLO, 2008).

Contudo, foi somente no ano de 2003 que a humanização passou a ser compreendida como uma política pública que deve fazer parte de todas as ações da saúde. Ocorreu, então, uma modificação na denominação do PNH, pela qual o Ministério da Saúde passou a chamar de Política Nacional de Humanização (PNH). A partir das remodelações realizadas na forma de se conceber a humanização, a PNH passou a adotar uma política transversal que concerne em um novo modo de constituir as práticas de saúde através da coletividade, a qual está pautada em princípios e diretrizes que buscam ultrapassar a verticalidade das concepções de saber/poder dentro desse contexto da saúde, em que os profissionais passam a trabalhar em equipe e valorizam a troca de saberes (MELLO, 2008).

Para construir uma política de humanização, o Ministério da Saúde manifestou compromisso com um trabalho amplo e complexo de disseminação dessa perspectiva. Assim, para fazer com que as informações sobre a humanização se propagasse, em 2001 foi criada a Rede Nacional de Humanização, a qual apresentava documentos e materiais para a capacitação dos profissionais, bem como notícias e iniciativas. Moraes (2013, p. 47) afirma que “tal rede integra as diversas funções de saúde e tem como função consolidar o trabalho de humanização desenvolvida em cada uma delas, propiciando o intercâmbio de estratégias, ideias e informações relacionadas ao assunto.” Isso significa que, através dessa rede foi possível levar a humanização para diversos âmbitos da saúde.

A PNH a partir da necessidade de aplicar os princípios do SUS nos modos de gerir e do cuidado em saúde, que foram marcados por uma prática autoritária e centralizadora. Silva, Barros e Martins (2015) também apontam o marco da Reforma Sanitária como um fator que corroborou a redemocratização da saúde no contexto brasileiro. Dessa forma, se passou a levar em consideração as diversidades entre os sujeitos que se encontram envolvidos no processo de construção da prática no âmbito da saúde, assim como na busca de apresentar um compromisso social e político diante da realidade que se encontra e com base na escuta das diferenças entre os indivíduos.

Assim, a PNH se constituiu como fruto de lutas pela redemocratização no país e da problematização da gestão, no intuito de repensar as formas existentes do trabalho em saúde, compreendendo que o processo de humanização se constitui a partir da potencialização das diferenças dos indivíduos que estão implicados nesse meio. Também surge a necessidade da criação de espaços onde possam ocorrer trocas de experiências entre os envolvidos, na busca de realizar uma ação coletiva para enfrentar as adversidades que fazem parte desse contexto (SILVA, BARROS & MARTINS, 2015).

Para compreender as discussões realizadas no decorrer do artigo, é necessário atentar para a concepção de humanização proposta pela PNH, como explanam Verdi, Finkler e Matias (2015), que se distingue do sentido de ser humano ideal e harmonioso e passa a corresponder à diversidade que existe entre cada pessoa, a qual constitui o processo de humanizar e se constrói na troca de experiências entre as contradições do homem, ao mesmo tempo em que empodera os usuários a se sentirem parte da criação de uma nova práxis do cuidado. Humanizar também leva em consideração o acolhimento e a qualidade do atendimento, aliado aos avanços tecnológicos na área da saúde, bem como melhorias nos ambientes de cuidado e nas condições de trabalho ofertadas para os profissionais.

Com base nas relações existentes entre os três principais atores do SUS, que são os colaboradores, os gestores e os usuários, a PNH busca estimular o desenvolvimento dessas relações, tendo em vista a relevância da participação de uma ação comunitária para que se possa alcançar um ambiente humanizado, que leve em consideração a realidade do contexto no qual se encontra. Ou seja, “aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 03).

O Ministério da Saúde (2013) ressalta a inclusão das diversidades como o ponto propulsor para dar início à construção da humanização, estimular novas formas de organizar o trabalho e repensar o cuidado, fundamentados em uma prática compartilhada. Logo, começaram a reconhecer a relevância das rodas de conversa, a participação em movimentos sociais e o incentivo às redes como um modo de integrar a comunidade na consolidação da PNH. Nessa perspectiva:

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 5).

A PNH como uma política de saúde, se fundamenta em princípios e diretrizes que são indispensáveis para a consolidação de uma práxis da humanização, como explana o Ministério da Saúde (2013). O primeiro princípio corresponde à „transversalidade“, no sentido de uma ampliação no modo de se comunicar entre os diversos

colaboradores de vários serviços e instâncias existentes no SUS, expandindo o grau de contato entre os indivíduos e os grupos, rompendo com relações de poder hierarquizadas.

Silva, Barros e Martins (2015) discutem o segundo princípio, a „indissociabilidade entre atenção e gestão“, no sentido de se pensar essa gestão como uma dimensão do trabalho realizado de forma coletiva, valorizando a participação dos trabalhadores e da comunidade na administração da saúde e do cuidado. Assim, rompe-se com a ideia de gestão burocrática e hierarquizada e passa-se a pensar o sujeito como protagonista do seu pensar-fazer, sendo este corresponsável pelas mudanças ocorridas no âmbito da saúde, no intuito de reinventar as relações do trabalhador de forma mutua, entre a saúde e os usuários, cujas relações estabelecidas potencializam a implicação de ambas as partes no fortalecimento de uma política de humanização em saúde.

No que se referem às diretrizes da PNH, estas podem ser entendidas como orientações gerais de uma determinada política, pautada no método da inclusão. A primeira diretriz é o „acolhimento“, que se preocupa em escutar a demanda do paciente e reconhecer sua singularidade em seu processo de adoecer, sustentado nas relações que se estabelecem entre profissional e usuário, no intuito de garantir a efetividade de uma prática em saúde. A „gestão participativa e cogestão“, que busca ampliar as tarefas da administração, além de incluir novos participantes durante os processos de análises e decisões, sendo realizado através de rodas de conversa, nas quais se colocam as diferenças entre os membros em contato, tendo como objetivo provocar mudanças nas formas de gerir e nas práticas de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A „ambiência“, que o Ministério da Saúde (2013) também aponta como outra diretriz, na tentativa de proporcionar um espaço confortável e de acolhimento, que preserve a intimidade do usuário e, ao mesmo tempo, seja um local de encontro para os indivíduos, consolidado através de projetos arquitetônicos e mudanças adequadas aos locais, e que estejam de acordo com as necessidades dos trabalhadores e dos próprios pacientes. Já a „Clínica Ampliada“ se apresenta como uma diretriz que propõe uma nova forma de compreender o adoecimento do sujeito, levando em consideração seu sofrimento como sendo singular, bem como sua complexidade diante do seu processo de saúde/doença e que estejam em consonância com uma prática que possibilita uma decisão conjunta, que preza pela autonomia e a saúde dos usuários da rede SUS.

Por fim, a „valorização do trabalhador“ e a „defesa dos direitos dos usuários“. A primeira é compreendida como o reconhecimento da capacidade dos trabalhadores e valorização das suas experiências, concretizado através de programas que possibilitam o diálogo e a participação dos mesmos nos processos de gestão. Já a segunda visa garantir os direitos à saúde pertencentes aos usuários, bem como a informação a esses sujeitos, que se consolidam a partir de uma equipe que cuide desse indivíduo e lhe informe sobre sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Através da articulação e do intercâmbio entre os programas de humanização no SUS, começa-se a constituir o que o Ministério da Saúde (2004) denomina de Rede de Humanização em Saúde (RHS). O RHS apresenta como característica principal a conectividade entre todos os indivíduos que compõe o SUS, ou seja, as relações de troca e construções de laços de cidadania entre os indivíduos, que têm como principal objetivo a defesa da vida. Com isso, leva em consideração a complexidade que se apresenta diante da individualidade de cada sujeito, ou seja, sua história de vida, mas também compreendê-lo a partir da concepção de ser humano como um ser social e coletivo, que se constitui diante da relação homem-mundo, em interação mútua com seu meio.

A PNH visa introduzir-se na atenção e gestão do SUS e, desse modo, passa a ser nomeada de

„Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema único de Saúde: Humaniza SUS“. Diante disso, constatamos que o SUS se confirma como uma política que rompe com uma concepção hegemônica e centralização do poder. Assim, propõe afirmar os direitos dos profissionais a um ambiente de trabalho que possibilite uma atuação eficaz e segura, do mesmo modo que sugere a garantia dos usuários a um atendimento qualificado e que leve em consideração sua singularidade diante do seu processo de saúde/doença. Além disso, também apresenta a construção da humanização coletiva, igualitária e que trata de:

[...] dar destaque, fazer referência explícita aos direitos dos usuários e dos trabalhadores de saúde, potencializando a capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão. A PNH ganha a dimensão de política pública porque é transversal às demais ações e programas de saúde e porque atenta ao que, como movimento e rede social, dialoga e tenciona com suas proposições (Heckert, Passos & Barros, 2009, p. 495).

Vê-se, portanto, que a PNH e o SUS devem ser compreendidos como políticas que fazem parte dos direitos humanos e que buscam a contribuição dos cidadãos, para que as práticas de assistência em saúde sejam constituídas levando em consideração a capacidade para o desenvolvimento de cada indivíduo, tendo em vista que o processo de gestão deve se fundamentar em uma construção coletiva e de trocas entre todos os envolvidos.

Apresenta, ainda, a construção da humanização coletiva, igualitária e que trata de destacar e referenciar os direitos dos usuários e dos profissionais da saúde, em busca de uma configuração coletiva nos processos de

gestão. Assim, a PNH ganha a proporção de uma política pública pelo fato de ser transversal às demais ações e programas de saúde e por atentar como movimento e rede social para dialogar com suas propostas (HECKERT, PASSOS & BARROS, 2009).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através das leituras realizadas para fundamentar a pesquisa em questão, compreendemos a relevância de se consolidar a humanização como uma política no âmbito da saúde, tendo em vista que foi através desse processo da construção de uma nova práxis no cuidado que o sujeito passou a ser visto de forma integral, levando-se em consideração todos os aspectos que fazem parte do seu ser.

Vê-se, portanto, que a PNH e o SUS devem ser compreendidos como políticas que fazem parte dos direitos humanos e que buscam a contribuição dos cidadãos, para que as práticas de assistência em saúde sejam constituídas levando em consideração a capacidade para o desenvolvimento de cada indivíduo, tendo em vista que o processo de gestão deve se fundamentar em uma construção coletiva e de trocas entre todos os envolvidos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília: Senado Federal, 1988.

HECKERT, A. PASSOS, E. & BARROS, M. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface Comunic, Saúde, Educ.*, 13(01), 493-502, 2009.

MELLO, I. *Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil*: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro\\_dra\\_inaia\\_Humanizacao\\_nos\\_Hospitais\\_do\\_Brasil.pdf](http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf)>. Acesso em 02 fev. 2017 às 22:00 horas, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, 2013.

MORAES, M. *Brincando e sendo feliz*: a pedagogia hospitalar como proposta humanizadora no tratamento de crianças hospitalizadas. Disponível em <http://bdtd.ufs.br/handle/tede/1588>. Acesso em 18 fev 2017 às 08:00 horas, 2013.

PAIVA, C. & TEIXEIRA, L. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(1), 15-36, 2014. <<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>>.

SAMPAIO, R. & MANCINI, M. Estudos De Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (1), 83-89, 2007.

SILVA, F. BARROS, M. & MARTINS, C. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do Humaniza SUS. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.*, 19(55), 1157-68, 2015.

VERDI, M. FLINKER, M. & MATIAS, M. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). *Epidemiol Serv. Saúde*, 24(03), 363-372, 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à nossa professora orientadora, pelas supervisões e por nos acompanhar no desenvolvimento do artigo, além dos nossos pais por terem nos dado suporte e apoio durante a nossa trajetória. Bem como pelo auxílio de financiamento Edital 06/2016 Auxílio à Pesquisa Jovens Pesquisadores. Universidade de Fortaleza – UNIFOR, projeto nº 2028.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DOENÇA RENAL CRÔNICA: EXPLORANDO NOVAS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Juliana Gomes Ramalho de Oliveira<sup>1</sup>,(PG), Geraldo Bezerra da Silva Júnior<sup>2</sup> (PQ), José Eurico Vasconcelos Filho<sup>3</sup> (PQ)

*1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Laboratório de Inovação em Tecnologia da Informação, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

E-mail: julianagrdo@gmail.com

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica. Diálise Renal. Transplante de Rim. Meios de Comunicação de Massa.

### INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) vem ganhando destaque nos debates científicos internacionais pelo seu crescimento exponencial observado nas últimas décadas. Definida como a presença de danos nos rins ou a diminuição da função renal, durante três meses ou mais, com repercussões no estado geral do paciente (KDIGO, 2013), a DRC tem como principais causas a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (35%) e o diabetes mellitus (DM) (30%) (SESSO et al., 2014), ambos importantes problemas de saúde pública no mundo todo, com grande impacto no perfil de morbimortalidade de seus portadores. Como as chances de desenvolver DRC aumentam com a idade, o envelhecimento populacional representa um risco global.

No Brasil, os números alarmantes da DRC, podem ser confirmados por meio dos levantamentos anuais realizados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Os resultados mostram que, enquanto no ano 2000 havia aproximadamente 42.695 pacientes em diálise no país, em 2016 havia 122.825, expondo o comportamento progressivo da doença ao longo dos últimos anos. Observa-se também que, embora a DRC tenha uma estreita relação com o envelhecimento, o número de pessoas acometidas a partir da faixa etária de 20 a 44 anos, ou seja, no auge da idade economicamente ativa, é preocupante (SBN, 2016). Estudos comprovam que o diagnóstico precoce e a preservação da função renal, são as estratégias mais eficazes para a prevenção da DRC (KIRSZTAJN,; BASTOS, 2015).

Diante desse contexto, percebe-se um aumento nas iniciativas mundiais para o monitoramento da doença apoiadas em três principais estratégias: a sensibilização, a conscientização e a disseminação do conhecimento sobre a doença, seus fatores de risco e suas complicações (MOURA et al., 2015). Pesquisas apontam que indivíduos acometidos, ou com histórico familiar de DRC, precisam ser alertados sobre os riscos para sua saúde renal e que o encaminhamento tardio ao nefrologista, ou seja, quando a doença já se encontra em estágio avançado, relaciona-se a maior mortalidade dos pacientes em diálise (DIEGOLI et al., 2015).

Visando a redução da incidência e das complicações associadas à DRC, uma alternativa ainda pouco explorada é o alinhamento das estratégias terapêuticas ao efervescente crescimento tecnológico. Tendo em vista o acesso indiscriminado da população aos *smartphones*, e o seu uso predominante para o acesso à internet, criam-se canais de comunicação entre prestadores de assistência à saúde e os usuários para o fornecimento de informações e cuidados mais direcionados às necessidades específicas. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), pela primeira vez no ano de 2014, o uso de telefone celular para acessar a internet ultrapassou o uso de microcomputadores nos domicílios brasileiros. Em 2015, esse cenário se repetiu e alcançou todas as regiões do país (IBGE, 2015). Trata-se de um novo campo de possibilidades de ações de promoção da saúde onde o usuário é capacitado a fazer escolhas mais saudáveis, por meio do livre acesso às informações de saúde, e é habilitado a realizar o acompanhamento, em tempo real, do seu estado de saúde, utilizando ferramentas tecnológicas de auto-monitoramento.

A parceria entre os setores saúde e tecnologia é promissora. Acredita-se que o uso de diversos recursos tecnológicos, como aplicativos e mídias digitais, para disseminar informações sobre ações de prevenção e controle da DRC tenha potencial para conter o avanço da doença e das suas complicações. Evidências indicam que os resultados adversos da DRC, como insuficiência renal, doença cardiovascular e morte prematura, podem ser prevenidos ou retardados (KDOQI, 2002). Portanto, o objetivo desse estudo foi descrever o desenvolvimento de novas estratégias de comunicação para promoção da saúde no âmbito da DRC.

## METODOLOGIA

Pesquisa de natureza aplicada, pois objetiva a produção de conhecimentos direcionados à solução de problemas específicos, por meio de ferramentas práticas, e a análise das hipóteses levantadas. O estudo intitulado “Renal Health” foi dividido em três fases consecutivas: Fase 1 - Desenvolvimento do aplicativo Renal Health;; Fase 2 - Construção de conteúdos e plataformas digitais vinculadas ao aplicativo e Fase 3 – Teste de impacto clínico e adesão ao aplicativo. O estudo é desenvolvido em parceria com o Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação (NATI), da Universidade de Fortaleza, e, no presente momento, encontra-se com a fase 1 concluída e a 2 em andamento.

Na fase 1, utilizou-se como metodologia de desenvolvimento, o processo de design centrado no usuário cíclico preconizado adaptado de Preece et al. (2013), que engloba as atividades primordiais do processo de software: levantamento dos requisitos, especificação/design, construção e avaliações contínuas com a participação dos usuários. As etapas da pesquisa foram: levantamento de dados, concepção e desenvolvimento do artefato tecnológico (aplicativo) e avaliação. A fase 2 do estudo conta com o desenvolvimento de uma abordagem em saúde baseada na criação de conteúdos digitais interativos e lúdicos aplicados à internet, às redes sociais e tecnologias móveis para ampliar o conhecimento da população acerca da DRC e auxiliar os pacientes renais crônicos no tratamento. O processo de construção dos conteúdos é pautado na literatura e *guidelines* mais atualizados dentro da nefrologia. As etapas são: planejamento, implementação e avaliação das plataformas desenvolvidas.

A fase 3 está em estágio de delineamento metodológico. Trata-se de estudo longitudinal para avaliação do impacto do uso do aplicativo Renal Health nos resultados em saúde dos usuários, bem como a adesão dos pacientes renais crônicos a esse tipo de estratégia de promoção e educação em saúde.

O estudo tem como base os princípios legais e éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza (Parecer no 1.482.270/2016).

## METODOLOGIA

Foi desenvolvido o aplicativo *Renal Health* para uso em dispositivos móveis, em plataforma Android, e uma ferramenta administrativa na web em plataforma JAVA, com interfaces para a população geral, ou seja, indivíduos que não fazem tratamento para DRC, pacientes renais crônicos em hemodiálise e transplantados renais (Tabela 1). Para embasar a concepção, foram realizadas entrevistas com esses grupos sobre o conhecimento acerca da DRC, dificuldades no tratamento e dúvidas relacionadas à doença. As percepções dos pacientes são a melhor fonte para que a equipe de saúde compreenda suas atitudes de enfrentamento da doença, as expectativas e frustrações com o tratamento atual (BRAUN et al., 2012). Estudos confirmam que o processo de orientação do paciente é uma importante estratégia para promover a adesão (SGNAOLIN;; PRADO;; FIGUEIREDO, 2012). Trata-se de capacitar os indivíduos para que estejam aptos a tomar decisões conscientes sobre sua saúde.

Originou-se, então, a versão interativa do aplicativo Renal Health com telas que atendessem às demandas de informação dos usuários e ao *layout* que proporcionasse melhores compreensão e facilidade de manuseio da ferramenta. A população geral tem à disposição no aplicativo Renal Health conteúdo informativo sobre a DRC e a opção da realização de testes, com ou sem resultados de exames, para determinação do risco para a DRC. Ressalta-se que indivíduos acometidos ou com histórico familiar precisam ser conscientizados dos riscos para sua saúde renal pois o encaminhamento tardio ao nefrologista relaciona-se a maior mortalidade dos pacientes em diálise (DIEGOLI et al., 2015).

Na sessão para pacientes em HD, foram desenvolvidas funcionalidades direcionadas especificamente ao contexto do tratamento hemodialítico. Sabe-se que o controle do excesso de líquidos é fundamental para a manutenção da pressão arterial em níveis adequados e a diminuição das complicações cardiovasculares e consequente mortalidade (CANAUD;; LERTDUMRONGLUK, 2012). Os pacientes precisam ser continuamente orientados sobre a importância da adesão ao programa dietético, que é prescrito a partir dos resultados dos exames coletados mensalmente, bem como conhecer alternativas alimentares acessíveis e compatíveis com as suas restrições clínicas. O aplicativo oferece ainda a opção de sincronização via *Bluetooth* com sensores visando automatizar a coleta de algumas informações. Foi realizada a integração do aplicativo com uma *smartband* (pulseira inteligente) que permite a coleta da frequência cardíaca e qualidade do sono. Outros sensores estão sendo testados para integrarem as futuras versões do aplicativo.

A não adesão medicamentosa ainda é comum no transplante renal. Griva et al. (2012) constataram que 62,4% dos transplantados admitiam a não adesão involuntária. Uma revisão realizada por Silva et al. (2009) mostrou que, na maioria dos estudos, a não adesão à terapia imunossupressora esteve associada à rejeição aguda e

a perda da função do enxerto renal. Portanto, por se tratar de uma atitude frequente nos transplantados e com repercussões tão importantes em seus prognósticos, estratégias para auxiliar a adesão, como o Renal Health, precisam ser implementadas. Muduma et al. (2016) concluíram que as principais estratégias de adesão à terapia medicamentosa, por parte dos receptores de transplante renal, eram a contagem de comprimidos, os lembretes e alarmes.

Tabela 1 – Sessões do aplicativo Renal Health de acordo com o público alvo, Fortaleza, CE, 2016.

<b>Público alvo</b>	<b>Sessões</b>	<b>Especificações</b>
<b>População Geral</b>	<b>Informações</b>	<b>Funcionamento dos rins:</b> O que são os rins Quais as principais funções dos rins O que é a DRC Principais causas Principais sintomas Tratamento Como prevenir a DRC Dúvidas frequentes
	<b>Testes</b>	Sem exames: Teste de hidratação Questionário de risco para a DRC Com exames: Clearance de creatinina
<b>Pacientes em hemodiálise</b>	<b>Seu tratamento</b>	Controle de Líquidos Controle de peso Exames Histórico
	<b>Agenda</b>	Medicações Exames Consultas
	<b>Informações</b>	Gerais Sobre seu tratamento Fique atento
<b>Pacientes transplantados renais</b>	<b>Tabela Nutricional</b>	Quantidade de fósforo nos alimentos Quantidade de potássio nos alimentos Quantidade de sódio nos alimentos Creatinina
	<b>Histórico</b>	Creatinina Pressão arterial Glicemia Peso
	<b>Agenda</b>	Medicações Exames Consultas
	<b>Informações</b>	Fique Atento: Sinais e sintomas Recomendações: Sobre os medicamentos Gerais Nutricionais Dúvidas frequentes

Após a finalização da versão piloto do aplicativo, foi realizado um teste de usabilidade com 10 pacientes em hemodiálise. O teste consistia em realizar sete tarefas de maior relevância no aplicativo e preencher um formulário com as impressões sobre o *software* e questões sobre o grau de dificuldade das tarefas realizadas. A maioria dos pacientes atribuiu valor de “normal”, “fácil” e “muito fácil” às questões. A seguir, implementou-se um teste com especialistas em Nefrologia, todos em atuação na área há mais de 5 anos. Os convidados foram orientados a realizar o *login* no aplicativo para a avaliação e em seguida responderem a um formulário sobre os objetivos, estrutura e funcionalidade e relevância do aplicativo. O percentual de aprovação das sentenças foi de 89,6% e as principais sugestões para ajustes foram sobre a possibilidade de ampliar a letra ou o tamanho da tela devido o comprometimento visual apresentado por muitos pacientes, redução dos textos e adequações de conteúdos para melhorar a compreensão dos usuários.

A fase 2 do estudo encontra-se na etapa de planejamento, que ocorre por meio de reuniões entre as equipes de pesquisadores, dos setores saúde e tecnologia, para a compilação dos conteúdos e delineamento do projeto gráfico das plataformas digitais. Considerando os resultados da PNAD que apontaram que, em 2015, mais da metade dos domicílios brasileiros (57,8%), correspondente a 39,3 milhões de domicílios, passaram a ter acesso à internet, os produtos finais dessa fase têm como objetivo alcançar o maior número de pessoas com informações sobre a DRC e divulgando ferramentas de apoio ao tratamento, como o Renal Health.

Entretanto, acredita-se que, além de desenvolver esses modelos de estratégias de promoção da saúde, faz-se mandatória a mensuração da adesão, alcance e resultados em saúde do uso dessas ferramentas. Como trata-se de um campo novo de atuação, no que tange ao emprego da tecnologia da informação e comunicação, principalmente junto aos portadores de DRC, essa análise é fundamental para embasar novos estudos e nortear ações futuras de promoção da saúde. Por essas razões, a fase 3 desse estudo visa o acompanhamento dos pacientes renais crônicos em uso do aplicativo, realizando o registro periódico dos resultados dos exames e intercorrências, bem como entrevistando-os para conhecer as suas percepções sobre a utilização e as contribuições da ferramenta tecnológica no contexto da doença.

## CONCLUSÃO

A comunicação entre os profissionais de saúde e os portadores de DRC é passível de contínuo aperfeiçoamento, dada a variedade das modalidades de tratamento e suas peculiaridades. O aplicativo Renal Health e as plataformas digitais se propõem a apoiar ambos nesse processo. Aos profissionais, essas estratégias surgem como auxiliares na educação permanente e aos pacientes como facilitadores do aprendizado e automonitoramento.

A era tecnológica é uma realidade. Não há como retroceder ou ignorá-la. O grande desafio para a atual geração de profissionais de saúde é agregar as diversidades do setor da tecnologia da informação e comunicação às ações de promoção da saúde, aumentando o espectro de possibilidades de atuação e alcançando simultaneamente um número inestimado de pessoas, por meio da capilaridade das ferramentas tecnológicas. Observa-se, nos dias atuais, um período de mudança nos rumos das práticas de assistência à saúde. O campo é vasto e profícuo, sedento por mentes inquietas e dispostas.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012: visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2015.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal: 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
- BRAUN, L. et al. High burden and unmet patient needs in chronic kidney disease. **International Journal of Nephrology and Renovascular Disease**, v. 5, p. 151–163, 2012.
- CANAUD, B.; LERTDUMRONGLU, P. Probing ‘dry weight’ in haemodialysis patients: ‘back to the future’. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v.27, p. 2140–2143, 2012.
- DIEGOLI, H.; SILVA, M. C. G.; MACHADO, D. S. B.; CRUZ, C. E. R. N. Encaminhamento tardio ao nefrologista e a associação com mortalidade em pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 37, n. 1, p. 32-37, 2015.
- GRIVA, K.; DAVENPORT, A.; HARRISON, M.; NEWMAN, S. P. Non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: intent vs. forgetfulness and clinical markers of medication intake. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 44, n. 1, p. 85-93, 2012.



KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney International Supplements**, v. 3, n. 1, p. 1-163, 2013.

KIRSZTAJN, G.M.; BASTOS, M.G. Um chamado à prevenção. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 37, n. 3, p. 285-286, 2015.

MOURA, L. et al. Prevalência de autorrelato de diagnóstico médico de doença renal crônica no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, sup. 2, p. 181-191, 2015.

MUDUMA, G. et al. Patient survey to identify reasons for non-adherence and elicitation of quality of life concepts associated with immunosuppressant therapy in kidney transplant recipients. **Patient Preference and Adherence**, v. 10, p. 27-36, 2016.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. **Am J Kidney Dis**, v. 39, suppl 1, S1-S266, 2002.

PREECE, J.; ROGERS, Y.; SHARP, H. Design de Interação: Além da Interação Homem- Computador. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 317-383, 2013.

SESSO, R. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S. et al. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2013 - análise das tendências entre 2011 e 2013. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 36, n. 4, 476-481, 2014.

SGNAOLIN, V.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 2, p. 109-116, 2012.

SILVA, D. S.; LIVRAMENTO, M. L.; PEREIRA, L. M.; DAVID NETO, E. Adesão ao tratamento imunossupressor no transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 31, n. 2, p. 139-146, 2009

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Censo 2016. Disponível em: <<http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>> Acesso em 26 de julho de 2017.

## **AGRADECIMENTO**

Agradecemos à International Society of Nephrology (ISN), ao CNPQ e à Universidade de Fortaleza – UNIFOR pelas parcerias na construção desse estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PREVALÊNCIA E TESTE DE SUSCEPTIBILIDADES A ANTIBACTERIANOS EM GESTANTES ATENDIDAS EM UM MUNICÍPIO INTERIORANO

Sylas Rhuan Pereira Soares da Silva Portácio<sup>1</sup>, Oneide Facundo Vasconcelos de Oliveira<sup>2</sup>, Donato Mileno Barreira Filho<sup>3</sup>, Karla Bruna Nogueira Torres Barros<sup>4</sup>, Carlos André Lucas Cavalcanti<sup>5</sup>, Olívia Andrea Alencar Costa Bessa<sup>6</sup>

*1 Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Mestrado Acadêmico- Ciências Médicas (MACM-PPGCM) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza- Ceará-Brasil*

*3 Centro Universitário Católica de Quixadá- Uicatólica, Quixadá-Ceará-Brasil*

*4 Residência Multiprofissional em Saúde-Ênfase em Pediatria, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: rhuansantana@hotmail.com

Palavras-chave: ANTIMICROBIANOS, GESTANTES, INFECÇÃO URINÁRIA

### INTRODUÇÃO

Infecção do trato urinário (ITU) se caracteriza pela presença de microorganismos na urina. Os patógenos mais comuns são as bactérias. Estas bactérias podem atacar qualquer nível do aparelho urinário, desde a bexiga, causando cistite, a uretra causando uretrite, até o rim, causando pielonefrite. A infecção urinária pode se manifestar de diversas maneiras, ou ser assintomática (ABC DA SAÚDE, 2012).

Na gestação, a infecção urinária é de grande importância em função de sua elevada incidência neste período da vida da mulher. É a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação, acometendo de 10 a 12% das grávidas, sendo que a maioria destas infecções ocorre no primeiro trimestre da gravidez.

Esta infecção pode contribuir para a mortalidade materno-infantil (HEILBERG, 2003). A suspeita de infecção urinária sintomática se dá pela micção frequente, ardência, dor lombar, náuseas, vômitos, sangue na urina e febre (TORTORA, 2000).

O rastreamento sistemático com exame qualitativo de urina, urocultura e teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA), em todas as gestantes, tornam-se economicamente inviáveis. Deve-se então adotar critérios de risco para identificar aquelas que para as quais se devem pedir exames (DELZELL; LEFEVRE, 2000). A urocultura é o exame que confirma o diagnóstico da ITU, pois permite a identificação do microrganismo infectante e possibilita subsequente realização de teste de susceptibilidade aos antimicrobianos (BANDEIRA, 2004).

A resistência bacteriana se desenvolve como uma consequência natural da habilidade das bactérias se adaptarem. O uso desregrado de antibióticos concede, cada vez mais, a oportunidade das bactérias serem expostas aos mesmos, tendo como resultado o aumento da pressão seletiva, o que facilita a aquisição de mecanismos de resistência. Deste modo, pode-se afirmar que este fenômeno é inevitável e irreversível, sendo decorrente principalmente da exposição descontrolada aos antibióticos, exposição esta caracterizada na maioria das vezes pelo tratamento empírico mal formulado (SANTOS, 2004).

O presente estudo tem por objetivo geral detectar a prevalência de infecção urinária fazendo a realização do teste de susceptibilidade aos antimicrobianos em gestantes atendidas na ESF sede I do município de Banabuiú-CE.

### METODOLOGIA

O estudo foi do tipo analítico, prospectivo com abordagem quali-quantitativo, realizado no Laboratório de Análises Clínicas (LAC) - no município de Banabuiú, localizado na região do Sertão Central do Ceará. O estudo foi realizado de abril a maio de 2014 com uma população formada de 30 gestantes que procuraram atendimento ambulatorial, independente do período gestacional e foram excluídas do estudo as grávidas que procuraram os serviços de saúde, mas que se recusaram a participar do estudo, como também as gestantes que estavam fazendo uso de pomadas ginecológicas.

As pacientes foram orientadas a coletar a urina de jato médio, com higiene prévia da região genital. Foi desprezado o primeiro jato e colhido o jato médio em frasco estéril apropriado sendo o restante da micção desprezado. O processamento do material biológico foi realizado no Laboratório de Análises Clínicas, público de Banabuiú, para realização do sumário de urina. Os exames que foram submetidos a teste de urocultura e teste de susceptibilidade a antibacterianos foram encaminhados a um laboratório terceirizado.

Foi realizado o exame qualitativo de urina (EQU) nas amostras coletas. Foi considerado como ITU todas as urinas que apresentaram alterações no EQU como: presença de leucócitos, nitrito positivo ou negativo e bacteriúria no sedimento urinário. As urinas que apresentaram alteração no EQU sofreram o procedimento microbiológico (urocultura e teste de susceptibilidade aos antibacterianos

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo realizado e a análise dos dados, permitiram demonstrar que das 30 gestantes entrevistadas, 4 (13,3%) tinham entre 15 e 18 anos, 12 (40%) tinham entre 19 e 25 anos, 14 (46,6%) tinham entre 26 e 35 anos de idade. Podemos perceber que as faixas etárias de 19-25 e 26-35 foram aproximadas, respectivamente 40 e 46,6%.

Das 30 pacientes participantes do estudo, apenas 8 (26,66%) se encontravam no primeiro trimestre, 14 (46,66%) estavam no segundo trimestre de gravidez e 8 (26,66%) no terceiro trimestre.

Em relação à presença de sintomas característicos de Infecção Urinária, ardência, micção freqüente, dor lombar, sangue na urina e febre, 17 (56,66%) responderam apresentar algum sintomas; 13 (43,33%) não relataram a presença de sintomas. Este novo dado é preocupante uma vez que essa infecção na gravidez, se não tratada, poderá resultar em prognósticos ruins tanto para o bebê quanto para a mãe.

Foi realizado o sumário de urina com todas as 30 participantes do estudo, as alterações no exame qualitativo de urina, tais como: presença de leucócitos, bactérias e nitrito positivo ou negativo, características de ITU, foi observada em 6 (20%) gestantes e em 24 (80%) não apresentaram tais alterações. .

São diversos os estudos que afirmam que a bactéria *Escherichia coli* é a principal responsável por infecções do trato urinário. No presente trabalho, não foi diferente, pois o uropatógeno isolado foi a *Escherichia coli*, cujo achado é totalmente compatível com a literatura consultada.

Foi possível constatar que a maioria dos antibióticos testados foram sensíveis, Ácido nalixídico, Ampicilina/Sulbactam, Cefalexina, Gentamicina, Nitrofurantoína, Sulfametoxazol/Trimetropim, demonstrando que a gentamicina, o aminoglicósido continuam sendo antimicrobianos muito efetivos em ITU.

No presente estudo, a Cefalexina foi à droga mais utilizada pelas gestantes do município, seguida de Amoxicilina. Os índices de resistência da *Escherichia coli* mostraram-se elevados à ampicilina e às amoxicilina. A elevada resistência a Amoxicilina e Ampicilina é justificada pelo fato de tais antimicrobianos terem sido bastante usados muitas vezes de forma indiscriminada na prática clínica, o que gerou uma resistência dos microrganismos a esses antibióticos.

Embora o uso da Sulfametoxazol/Trimetoprima deva ser evitado no primeiro trimestre de gravidez, é curioso a sua sensibilidade a bactéria isolada, visto que em diversos estudos esse antimicrobiano é dado com índices de resistência elevados.

No estudo realizado e a análise dos dados, permitiram demonstrar que das 30 gestantes entrevistadas, 4 (13,3%) tinham entre 15 e 18 anos, 12 (40%) tinham entre 19 e 25 anos, 14 (46,6%) tinham entre 26 e 35 anos de idade. Podemos perceber que as faixas etárias de 19-25 e 26-35 foram aproximadas, respectivamente 40 e 46,6%.

Das 30 pacientes participantes do estudo, apenas 8 (26,66%) se encontravam no primeiro trimestre, 14 (46,66%) estavam no segundo trimestre de gravidez e 8 (26,66%) no terceiro trimestre.

Em relação à presença de sintomas característicos de Infecção Urinária, ardência, micção freqüente, dor lombar, sangue na urina e febre, 17 (56,66%) responderam apresentar algum sintomas; 13 (43,33%) não relataram a presença de sintomas. Este novo dado é preocupante uma vez que essa infecção na gravidez, se não tratada, poderá resultar em prognósticos ruins tanto para o bebê quanto para a mãe.

Foi realizado o sumário de urina com todas as 30 participantes do estudo, as alterações no exame qualitativo de urina, tais como: presença de leucócitos, bactérias e nitrito positivo ou negativo, características de ITU, foi observada em 6 (20%) gestantes e em 24 (80%) não apresentaram tais alterações. .

São diversos os estudos que afirmam que a bactéria *Escherichia coli* é a principal responsável por infecções do trato urinário. No presente trabalho, não foi diferente, pois o uropatógeno isolado foi a *Escherichia coli*, cujo achado é totalmente compatível com a literatura consultada.

Foi possível constatar que a maioria dos antibióticos testados foram sensíveis, Ácido nalixídico, Ampicilina/Sulbactam, Cefalexina, Gentamicina, Nitrofurantoína, Sulfametoxazol/Trimetropim, demonstrando que a gentamicina, o aminoglicósido continuam sendo antimicrobianos muito efetivos em ITU.

No presente estudo, a Cefalexina foi à droga mais utilizada pelas gestantes do município, seguida de Amoxicilina. Os índices de resistência da *Escherichia coli* mostraram-se elevados à ampicilina e às amoxicilina. A elevada resistência a Amoxicilina e Ampicilina é justificada pelo fato de tais antimicrobianos terem sido bastante usados muitas vezes de forma indiscriminada na prática clínica, o que gerou uma resistência dos microrganismos a esses antibióticos.

Embora o uso da Sulfametoxazol/Trimetroprima deva ser evitado no primeiro trimestre de gravidez, é curioso a sua sensibilidade a bactéria isolada, visto que em diversos estudos esse antimicrobiano é dado com índices de resistência elevados.

## CONCLUSÃO

Entre todas as participantes do estudo (30), somente 6 (20%) possuíram alteração no sumário de urina e, conseqüentemente, foi solicitada a urocultura, que continua sendo o melhor método diagnóstico para ITU. Solicitá-la precocemente na primeira visita de pré-natal para diagnosticar e tratar os casos de bacteriúria assintomática torna-se imprescindível para prevenir uma futura complicação materna e/ou fetal, já que o simples exame qualitativo de urina apenas indica uma provável infecção.

A partir das uroculturas positivas 6 (20%), o microrganismo isolado foi *E. coli*, mostrando, então, que este continua sendo o principal agente bacteriano em infecções do trato urinário. Foi realizado o teste de susceptibilidade aos antibacterianos usados durante o período gestacional, obtendo os resultados de

sensibilidade do microrganismo isolado aos seguintes medicamentos: Ácido Nalixídico, Ampicilina/Sulbactam, Cefalexina, Gentamicina e Nitrofurantoína e resistência à Ampicilina e Amoxicilina.

Portanto, a partir dos resultados obtidos com os antibiogramas realizados foi possível estabelecer esquemas de tratamento para as bacteriúrias encontradas. O diagnóstico correto das ITU se torna importante, pois permite a aplicação de um tratamento adequado, evitando o uso indiscriminado de antimicrobianos, pois o aumento da resistência bacteriana acarreta dificuldades no controle da infecção e contribui para o aumento do custo do tratamento, tornando necessário a conscientização da população para o uso adequado dos antimicrobianos, devendo estes serem indicados por profissionais qualificados e após os resultados da identificação bacteriana e do antibiograma.

Sugere-se que novas uroculturas sejam realizadas, a fim de verificar se a infecção foi erradicada ou não, e também, para evitar e/ou prevenir bacteriúrias recorrentes, garantindo a saúde da gestante e do bebê.

ABC DA SAÚDE, Disponível em <[www.abcdasaude.com.br](http://www.abcdasaude.com.br)>, acesso em 24 mar. 2012.

## REFERÊNCIAS

BANDEIRA, J. A. **Infecções Urinárias em Pacientes Ambulatoriais Atendidos no Laboratório de Patologia Clínica HEMATO**, em João Pessoa – PB, no Período de Janeiro a Abril de 2004. 2004. p. 56 Monografia – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB.

BRANDINO, B. A.; et al. **Prevalência e Fatores Associados à Infecção do Trato Urinário**. Newslab, ed. 83, p. 166-176, 2007.

DELZELL JE, JR., M.D., LEFEVRE ML, M.D., M.S.P.H. Urinary Tract Infections During Pregnancy.

**American Family Physician** 2000 February 1; v. 61, n. 3, p. 713-721.

DUARTE, G. et al. Infecção Urinária na Gravidez: Análise dos Métodos para Diagnóstico e do Tratamento.

**Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 7, p. 471-477, 2002.

FREITAS, F.; et al. **Infecção Urinária na Gravidez**. Rotinas em Obstetrícia. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 380-383.

HEILBERG, Ita Pfeferman; SCHOR, Nestor. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – Itu. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 1, p. 4-15, 2003.

SILVEIRA, G.P; NOME, F; GESSER, J.C; SÁ, M.M . **Estratégias utilizadas no combate a resistência bacteriana**. Química Nova, Florianópolis – SC, v. 29, n. 4, p. 844-855, 2006.

TORTORA, Gerard D.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christine L.. **Microbiologia**. 6 ed, Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, professores, orientadores, residente e acadêmicos envolvidos no trabalho e a coordenação da assistência farmacêutica do município.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AUTOMEDICAÇÃO EM GESTANTES ACOMPANHADAS NA ESF DE UM MUNICÍPIO INTERIORANO

Sylas Rhuan Pereira Soares da Silva Portácio<sup>1</sup>, Liene Ribeiro de Lima<sup>2</sup>, Karla Bruna Nogueira Torres Barros<sup>3</sup>, Carlos André Lucas Cavalcanti<sup>4</sup>, Olívia Andrea Alencar Costa Bessa<sup>5</sup>, Oneide Facundo Vasconcelos de Oliveira<sup>6</sup>

*Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil  
Mestrado Acadêmico- Ciências Médicas (MACM-PPGCM) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza- Ceará-Brasil  
Centro Universitário Católica de Quixadá- Uicatólica, Quixadá-Ceará-Brasil  
Residência Multiprofissional em Saúde-Ênfase em Pediatria, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: rhuansantana@hotmail.com

Palavras-chave: GESTANTES, AUTOMEDICAÇÃO, FÁRMACOS, TERATOGENICIDADE, ESF.

### INTRODUÇÃO

As práticas terapêuticas em saúde configuram-se, na sua quase totalidade, em terapias medicamentosas. Isso ocorre porque os fármacos têm o propósito de manter a saúde em equilíbrio, promovendo a cura, aliviando sintomas e prevenindo doenças (CAMPOS et al; 2012).

Ao longo das décadas, os fármacos têm evoluindo em suas composições e estão cada vez mais efetivos nas suas funções. Devido a essa efetividade, a população, de um modo geral, vem tornando a automedicação um hábito que, embora não pareça, é algo perigoso para a saúde de um indivíduo que, em sua maioria, desconhece as reais funções e os possíveis efeitos colaterais oriundos da ingestão indevida ou excessiva de determinado medicamento (NAKAMURA, JUNIOR e PASQUALE, 2008).

Os perigos não são menores em relação às gestantes, pelo contrário, podem ser ainda maiores, tendo em vista que mulheres durante a gravidez não são submetidas aos testes de sensibilidade dos fármacos. Portanto são desconhecidos os efeitos que muitos medicamentos podem causar à gestante, especialmente, os novos (CARVALHO et al; 2009).

Quando se trata de gestação, a terapia medicamentosa exige cautela por se tratar de um período de vulnerabilidade em que os parâmetros fisiológicos e atividades enzimáticas sofrem alterações (NAKAMURA, JUNIOR e PASQUALE, 2008).

A gestante está sujeita a intercorrências de saúde em relação ao uso excessivo ou desnecessário de medicamentos, pois a maioria dos fármacos atravessa a barreira placentária e expõe o embrião em desenvolvimento ou até mesmo o feto. A utilização de medicamentos tem crescido ao longo dos anos, incorporando-se ao acervo popular de conhecimentos, num processo que leva à automedicação (GUERRA et al;2008).

Na gravidez, os medicamentos só devem ser utilizados quando houver um benefício evidente para a mãe ou o feto, o medicamento estiver sendo comercializado há um longo período de tempo e for considerado seguro em relação ao surgimento de efeitos adversos na população exposta. Recomenda-se que caso não haja dados concretos sobre a utilização de algum medicamento em grávidas, ele não deve ser receitado de nenhuma forma, devido à finalidade de proteção ao feto (GONTIJO et al;2015).

Inserir a introdução (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais. Espaçamento 1,5.

### METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa de corte transversal, análise observacional “[...] com dados coletados em um momento do tempo” (CRESWELL, 2010, p.179). Visto que Busca Conhecer sobre a automedicação em gestantes acompanhadas na atenção primária.

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizados no município de quixadá no Sertão Central do estado do Ceará. Situado aproximadamente a 170 km de Fortaleza e com uma população estimada em 84.684 habitantes (IBGE, 2014). O município foi pioneiro na implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e conta atualmente com algumas unidades distribuídas nos bairros e distritos da cidade.

A população do estudo foi formada por gestantes que se encontravam na unidade de saúde para consultas de pré-natal. De acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e o cadastro de gestantes no SISPRÉ-NATAL, em setembro de 2015, constou 274 gestantes cadastradas na zona urbana no município de Quixadá (BRASIL, 2015).

Levando em consideração os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, o presente estudo respeita as normas recomendadas pela resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve a contribuição de 141 gestantes, onde de acordo com a tabela 1, descrita abaixo, verifica-se uma idade média de 26,72 anos (DP  $\pm 6,29$ ), variando de 18 a 41 anos, predominam mulheres com companheiros (82,1%) e um nível educacional baixo (58,1%). Observa-se que a maioria das gestantes está dentro do mercado de trabalho (54,6%) e com renda media acima de um salário mínimo (R\$ 860,00).

As classes de fármacos mais comumente usados incluem preparados de ferro, ácido fólico, antibióticos, analgésicos, antiácidos, antieméticos e antiasmáticos, com pequenas diferenças entre os diversos estudos (GUERRA et al, 2008). As classes de fármacos mais comumente usados incluem preparados de ferro, ácido fólico, antibióticos, analgésicos, antiácidos, antieméticos e antiasmáticos, com pequenas diferenças entre os diversos estudos (GUERRA et al, 2008).

A frequência e a dosagem administrada sem prescrição médica, relatadas pelas entrevistadas não ultrapassaram a posologia recomendada pela bula dos medicamentos usados. Apesar deste resultado parecer satisfatório, deve-se considerar que todos os fármacos podem ser embriotóxicos sob determinadas condições de dose, estágio de desenvolvimento fetal e em espécie animal(12).

Quando se usa um fármaco na gestação, deve-se avaliar sempre o fator risco-benefício para mãe e feto. O medicamento de escolha deve ser aquele que não cause efeito teratogênico ou alteração funcional. Com o objetivo de orientar e auxiliar o prescritor na escolha terapêutica mais adequada para a gestante.

Desde 1975, a agência americana FDA adota a classificação de medicamentos conforme o risco associado ao seu uso durante a gravidez. Não obstante, embora sejam úteis os atuais sistemas de classificação de medicamentos e seus efeitos associados à gestação, estes devem ser usados com cautela, pois fornecem informações limitadas sobre segurança de utilização durante a gestação da maioria dos medicamentos (MEADOWS , 2009)

Neste contexto, o uso de medicamentos durante a gravidez deve ser considerado como um fato real e de grande relevância na área da saúde (BRUM et al,2015). Entretanto o uso de medicamentos na gestação ainda representa um desafio para os profissionais de saúde, que devem ter atenção especial, pois a terapia medicamentosa pode provocar ação potencialmente danosa não apenas para a mulher, mas também para o conceito (BOCHNER, 2005).

Durante o pré-natal, a equipe de saúde precisa desenvolver estratégias educativas e de cuidado em relação ao uso de medicamentos, permitindo seu emprego seguro e eficaz, e desestimulando práticas de automedicação. Desse modo, cada profissional, durante seus atendimentos, podem contribuir em muito para o emprego racional da medicação através de orientações voltadas para o autocuidado, incluindo aquelas relacionadas aos medicamentos (CAMPOS et al, 2012).

Sobre esse ponto, a pesquisa observou uma deficiência acerca das orientações efetuadas sobre uso de medicamentos na gravidez, realizada pelos profissionais de saúde da atenção primária.

É evidente uma ausência da educação em saúde pela maioria dos profissionais que assistem essas mulheres. Vale salientar que todos os profissionais de saúde necessitam informar as mulheres em idade fértil sobre o risco da utilização de medicamentos na gravidez, com ênfase no perigo potencial da automedicação, pois os medicamentos utilizados pelas mulheres grávidas atravessam a barreira placentária e expõe o embrião em desenvolvimento aos efeitos farmacológicos.

Neste cenário, o profissional farmacêutico é um importante elemento neste processo de prevenção, mantendo uma visão crítica-reflexiva a respeito do impacto de terapias medicamentosas, sobretudo nos serviços de atenção em saúde sobre o uso correto e racional de medicamentos em gestantes (MIRANDA et al, 2015).

## CONCLUSÃO

A medicalização da gestação expõe a mãe e seu conceito aos riscos decorrentes do consumo de medicamentos, assim são efetuadas classificações destes fármacos que favorece minimizar os riscos indesejáveis à gestante, ao feto ou recém-nascido.

Diante dos resultados obtidos neste estudo, foi perceptível na pesquisa em questão, realizada com 141 gestantes das UBS da zona urbana que há um elevado consumo de medicações durante a gestação sem conhecimento dos riscos teratogênicos implicados, tendo o estado civil e a escolaridade como características socioeconômica das gestantes mais exposta aos fatores potencialmente teratogênicos.

É notório que a maioria destas puérperas relatara iniciar o pré-natal precocemente, ingeriram os suplementos vitamínicos indicados e adotam hábitos saudáveis de vida, como não serem fumantes e estarem em dia com suas vacinas. Tais atos favorecem uma redução quantos aos índices da morbimortalidade materno-infantil.

Mesmo diante da prática da automedicação e da facilidade de obter esses fármacos sem prescrição, foi possível perceber que a maioria das gestantes não efetua esta ação quanto ao uso dos antibióticos.

Determinado fato decorre sobre a aplicação da política da venda deste fármaco somente com prescrição, de forma mais efetiva. Nota-se que a automedicação é frequente com quase todas as drogas, principalmente os da classe dos anti-inflamatórios, que propicia complicações fetais.

Foi perceptível uma deficiência quanto à participação do profissional de saúde em executar as orientações que abordem sobre o uso dos medicamentos durante a gravidez. Ressalta-se, portanto, a necessidade da capacitação desses profissionais para que estes possam através dessas ações de educação em saúde conscientizar a população, principalmente as gestantes, acerca dos riscos materno- infantil inerente quanto ao uso indiscriminado e inconsequente desses medicamentos.

Neste cenário, o profissional farmacêutico é um importante elemento neste processo de prevenção, mantendo uma visão crítica-reflexiva a respeito do impacto de terapias medicamentosas, sobretudo nos serviços de atenção em saúde sobre o uso correto e racional de medicamentos em gestantes.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE VÍTIMAS DA TALIDOMIDA – ABVT. Disponível em: <http://abvt.wordpress.com/o-que-e-a-talidomida/>. Acesso: 14/09/2015.

BESERRA, F. P.; PAIVA, S. G.; SOUSA, S. F.; LOPES, S. P. S.; AZEVEDO, D. A.; BORGES, J. C. M. Perfil de utilização de medicamentos em gestantes assistidas em serviço público de saúde de Gurupi, Tocantins. **Revista CEREUS**, Tocantins, 2014.

BRUM, L. F.S.; PEREIRA, P.; FELICETTI, L. L.; SILVEIRA, R. D. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. Vol. 16 n<sup>o</sup>. 5 - Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500012). Acesso 25/04/2016.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/ Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename**. Série B. Textos Básicos de Saúde / Brasília – DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1 : Histórico e implementação / Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília; 2013.

\_\_\_\_\_. **SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso: 01/10/2015.

\_\_\_\_\_. **SIS Pré Natal: Sistema de Pré Natal**. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>. Acesso: 01/10/2015.

Inserir as referências bibliográficas segundo a norma da ABNT (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

GONTIJO, E. E. L.; LOURENÇO, A. F. E.; DIAS, T. C.; SILVA, M. G. Prevalência de medicamentos prescritos para gestantes atendidas na policlínica de Gurupi-TO, Brasil. **Revista Amazônia Science & Health** - ISSN: 2318-1419 - Abr/Jun;3(2):16-23; 2015.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5<sup>a</sup>. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUERRA, G. C. B.; SILVA, A. Q. B.; FRANÇA, L. B.; ASSUNÇÃO, P. M. C.; CABRAL, R. X.; FERREIRA, A. A.

A. Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2008.

GEIB LTC, Vargas Filho EF, Geib D, Mesquita DI, Nunes ML. Prevalência e determinantes maternos do consumo de medicamentos na gestação por classe de risco em mães de nascidos vivos. *Cad Saude Publica* 2007; 23(10):2351-2362.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Mulheres e Saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. Publicado também em inglês com o título: *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*, 2009.

PAIXÃO, G. P. N.; SENA, C. D.; SANTOS, T. C. S.; GOMES, N. P.; CARVALHO, M. R. S. A importância do uso

do ácido fólico e sulfato ferroso em mulheres no ciclo gravídico – puerperal: revisão integrativa da literatura. **Rev APS. 2012 abr/jun, vol 15, pag 214-219.**

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; NARDI, T de; LOPES, R. S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol Estud**, 2008.

PETITO, A. D. C.; CÂNDIDO, A. C.F.; RIBEIRO, L. O.; PETITO, G. Importância da participação do pai no ciclo gravídico puerperal: uma revisão bibliográfica. **Refacer**, v. 4, n. 1, 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus, professores, orientadores, residente e acadêmicos envolvidos no trabalho e a coordenação da atenção básica do município de quixadá.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IMPORTÂNCIA DOS ENFERMEIROS NO ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL E OS SEUS OBSTÁCULOS

Rafaela Lima Nascimento<sup>1</sup>, Luana de Sousa Oliveira<sup>2</sup>, Herika Paiva Pontes<sup>3</sup>, Mirna Albuquerque Frota<sup>4</sup>, Ceci Vilar Noronha<sup>5</sup>, Caroline Soares Nobre<sup>6</sup>

*1 Graduação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Graduação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahia-Brasil.*

*6 Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahia-Brasil.*

E-mail: rafaelaliman@hotmail.com

Palavras-chave: Violência Doméstica. Criança. Enfermeiro.

## INTRODUÇÃO

A violência contra a criança ocorre majoritariamente no ambiente familiar, é um acontecimento universal, endêmico e complexo. Configura uma das manifestações da violência doméstica que ocorre no âmbito familiar. Como consequência para a criança, podem ser apontados traços que se manifestam ainda durante a infância, tais como a dificuldade de aprendizado, ou quando adultas, com vínculos frágeis e inseguros, menor tolerância à frustração, agressividade com colegas e outras pessoas, dificuldade de lidar com as próprias emoções e a repetição da violência com outras crianças, os filhos, por exemplo, confirmando a tendência do fenômeno ser cíclico e marcante em seguidas gerações (CARDOSO; SANTANA; FERRIANI, 2006).

Considerando que é durante a infância que a pessoa adquire as noções de direito, respeito, tolerância, autoestima e capacidade para solução de conflitos, pode-se afirmar que as crianças que sofreram algum tipo de abuso ou que não tiveram modelos de relações benéficos a esta formação poderão tornar-se adultos agressores (MARTINS; FERRIANI, 2008).

Logo, a violência doméstica contribui de forma negativa para o desenvolvimento das crianças, e por vezes, é utilizada como forma de educação ou punição, isto pode ser visto nas famílias mais tradicionais, as quais a força significa poder.

De acordo com Bason (2008) violência é qualquer ato acidental que implica em danos físicos ou psicológicos realizado pelos pais ou por quem cuida da criança, advindos de ações físicas, sexuais ou emocionais. Acrescenta que esses eventos podem ocorrer por omissão ou permissão ameaçando o desenvolvimento físico ou psicológico da criança.

Porém, a violência não é restrita a apenas uma variável, pode ocorrer por situações econômicas desfavoráveis, falta de instrução dos pais, uso de drogas, álcool, dentre outros. Dessa forma, a prevenção e o tratamento tornam-se mais complexos, sem uma medida efetiva a qual o enfermeiro possa realizar mediante situações como essas (APOSTOLICO et al, 2012).

De acordo com Gomes e Lunardi (2004) a enfermagem deve enfrentar e combater a violência contra crianças, destacando a sua importância para não ocorrer a banalização, algumas pesquisas feitas nas emergências do Brasil ressaltam a preocupação dos profissionais de saúde apenas com os sinais e sintomas, patologias, ou ferimentos e o desconhecimento do fenômeno da violência familiar em suas diferentes formas, impossibilitando que os casos sejam investigados, notificados e registrados. Esses profissionais contribuem para um efeito cíclico, no qual a criança continua sendo violentada em casa e o tratamento é feito apenas físico, mas não é aprofundado.

Por conseguinte, a consulta de enfermagem, quando realizada por profissionais bem capacitados, representa um importante recurso para detecção de casos de violência, dado o maior contato com a família e a compreensão da dinâmica familiar, potencializado ainda pela visita diária. O enfermeiro deve, então, ter o conhecimento necessário sobre o fenômeno citado desde a sua formação acadêmica e manter estudos contínuos em serviço, pois não é rara a dificuldade encontrada por esses profissionais para identificar e/ou cuidar da questão acerca da violência familiar (ALGERI, 2005).

Com objetivo de contribuir acerca da importância do enfermeiro no enfrentamento à violência doméstica contra crianças, e as dificuldades encontradas, o estudo tem a finalidade de conhecer a produção científica sobre o tema supracitado.

## METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa, método que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões, avaliação crítica e síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado (MENDES et al, 2008).

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram seguidas as seis etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas e categorização; avaliação; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

As buscas foram realizadas nas bases de dados LILACS e BDNF, por meio da utilização dos seguintes descritores: violência doméstica, enfermeiro, criança. Os critérios de inclusão considerados foram: artigos científicos com textos disponibilizados na íntegra; divulgados em português e publicados nos últimos dez anos, entre os anos de 2007 a 2017.

A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2017. Para a qualificação dos estudos selecionados foram extraídas e organizadas em um quadro com as seguintes informações: título, autores, periódico, ano, objetivos e tipo de estudo.

## METODOLOGIA

Na busca inicial foram encontrados 200 artigos, 109 na MEDLINE, 49 na LILACS, 40 na BDNF, 2 Coleciona SUS. Foram excluídos estudos em duplicidade, em idiomas distintos dos definidos como critérios para inclusão e aqueles que, conforme percebido através do título ou após leitura do resumo não atendiam ao tema proposto. Dos 23 artigos lidos na íntegra, 11 responderam ao tema proposto e definiram o resultado final. As informações do Quadro 1 sintetizam os conhecimentos dos estudos encontrados e analisados.

**Quadro 1** – Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, periódico e ano de publicação, objetivo e tipo de estudo.

Título	Periódico	Ano	Objetivos	Tipo de estudo
As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2013	Identificar os limites e potencialidades da CIPESC na consulta de enfermagem com crianças vítimas de violência doméstica.	Qualitativo
A criança vítima de violência doméstica: Limites e desafios para a prática de enfermagem	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental	2012	Identificar os fatores que contribuem para a ocorrência da violência doméstica contra a criança, e as suas consequências.	Pesquisa Bibliográfica
Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	2012	analisar a atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família frente à violência intrafamiliar contra a criança.	Qualitativo
Violência doméstica infantil: abordagem da enfermagem	Acta Scientiarum. Health Sciences	2012	Aprofundar a discussão sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes.	Pesquisa Bibliográfica
Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil	Ciencia y Enfermería	2012	Identificar na literatura existente, a importância da atuação do enfermeiro no atendimento às vítimas de violência infantil.	Pesquisa Bibliográfica

Atenção a criança e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviço de pronto atendimento	Revista Eletrônica de Enfermagem	2009	Identificar de que forma acontece o atendimento de enfermagem as crianças e aos adolescentes vítimas de violência intrafamiliar.	Qualitativo
A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde	Ciência, Cuidado e Saúde	2009	Conhecer a percepção dos profissionais de um hospital universitário, quanto à importância da notificação na violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.	Qualitativo
Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência	Revista Eletrônica de Enfermagem	2008	Conhecer os tipos de violência identificados pelos profissionais de saúde nos casos.	Quantitativo
Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente	Revista Latino – Americano em Enfermagem	2008	Compreender as concepções que os profissionais de saúde têm sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente.	Qualitativo
A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: O que nos mostra a literatura nacional	REME – Revista Mineira de Enfermagem	2008	Pesquisar na literatura nacional a produção teórica dos profissionais de saúde sobre essa temática.	Pesquisa Bibliográfica
Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro	Revista do HCPA	2007	Refletir sobre a violência intrafamiliar contra crianças, discutir possibilidades de assistência.	Pesquisa Bibliográfica

Constatou-se que as pesquisas qualitativas e do tipo pesquisa bibliográfica foram as mais predominantes na busca, com 5 produções científicas cada, em relação aos objetivos foram encontrados 4 artigos os quais abordavam a importância e atuação do enfermeiro no processo de enfrentamento, e 6 artigos que tratavam acerca do conceito, fatores e consequências. Martins e Ferriani (2008) relatam que na perspectiva de crianças e familiares, a violência doméstica faz parte do microsistema familiar e é vista como uma prática usual, baseada na crença de valores autoritários e no poder dos pais sobre os filhos. A prática da violência física punitiva gera nas crianças sentimento de revolta, mágoa e humilhação.

Independentemente do tipo de violência, suas consequências atingem diretamente a saúde da criança de forma imediata, a médio e longo prazo. Este fenômeno, que se manifesta nos moldes de um processo patológico social, necessita de uma visão mais ampla dos profissionais de saúde para seu enfrentamento. Diante dessa conjuntura, a enfermagem é vista como a primeira instância de uma rede de apoio que favoreça a interrupção do ciclo da violência (CARDOSO; SANTA; FERRIANI, 2006).

De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2008) o enfrentamento da violência é uma questão delicada, por envolver diferentes aspectos da vida social e requerer intervenções em muitos âmbitos, que extrapolam o setor saúde e sua capacidade de atuação. Por isso, é importante a atuação do enfermeiro nesse enfrentamento já que os profissionais de saúde encontram-se em uma posição estratégica para identificar possíveis situações de violência, uma vez que as vítimas buscam os serviços de saúde em consequência dos danos físicos ou emocionais (RIQUINHO; CORREA, 2006).

Frente a esse contexto, os profissionais de saúde, enquanto seres humanos e cidadãos com direitos e deveres a cumprir, devem intervir em situações de violência onde as crianças estão expostas. Porém, duas questões complicam o atendimento a essas crianças: a falta de conhecimento sobre sinais e sintomas de maus tratos por parte dos profissionais dados estes que os levaria a intervir corretamente, como também a inexistência de uma rede de apoio às vítimas, na maioria dos municípios (CARDOSO; SANTANA; FERRIANI, 2006).

A visita domiciliar é vista como uma importante ferramenta, a qual acompanha as famílias mais vulneráveis e possibilita um apoio maior, colaborando para as ações dos enfermeiros contra a violência intrafamiliar contra crianças. Por outro lado, essa visita compulsória frequente não é desejada, pois atribui-se a isso a intromissão do setor saúde na vida privada, quando na prática educativa dessas intervenções diárias, adota-se uma postura positiva e que desvaloriza os conhecimentos e decisões dos usuários (MANDÚ et al, 2008)

Diante do exposto, é notória a importância do enfermeiro e o despreparo para os tipos de situações as quais incluem crianças sendo violentadas em casa. Por isso, é relevante que as instituições educadoras durante o período acadêmico abordem esse fenômeno, e ofereça cursos e palestras com discussões para a consolidação acerca dessa problemática. Dessa forma, o próprio órgão educador e formador destes profissionais, que é a universidade, deve estar atento e preparado para atender suas expectativas e necessidades, diminuindo os obstáculos enfrentados por esses profissionais (ALGERI, 2005).

## CONCLUSÃO

O estudo realizado identificou a necessidade de elaboração de novos materiais científicos os quais abordem essa temática a fim de contribuir para o conhecimento dos enfermeiros sobre sua importância e os possíveis obstáculos encontrados no campo de prática, de forma que permita a melhora no atendimento às crianças vítimas de violência no contexto domiciliar.

Diante dessa conjuntura, a importância da capacitação efetiva desses profissionais para o tratamento, identificação e abordagem correta é evidenciado. Assim como os conceitos de violência doméstica contra crianças, os seus tipos, e as suas consequências a curto e longo prazo.

## REFERÊNCIAS

- ALGERI, S.; SOUZA, L. Violência intrafamiliar contra a criança: uma análise crítico-reflexiva para a equipe de enfermagem. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 4, n. 3, dez. 2005.
- APOSTOLICO, M. R. et al. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. **Rev Latino Am Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 266-73, 2012.
- BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 323-32, 2008.
- BRASIL. Secretaria Municipal da Saúde; Fundação de Ação Social. **Rede de Proteção à Criança e Adolescente em Situação de Risco para Violência**. Curitiba; 2008 [citado 2011 jun. 3]. Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=220>>.
- CARDOSO, E.; SANTANA, J. S.; FERRIANI, M. Criança e adolescente vítimas de maus-tratos: informações dos enfermeiros de um hospital público. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 4, p. 524-30, out./dez. 2006.
- GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D. Banalização da violência na família. In: LUZ, A.M.H., MANCIA, J.R., MOTTA, M.G.C. (orgs). **As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem**. 1. ed. Brasília: ABEn Nacional; 2004. p. 17-21.
- MANDU, E.N.T. et al. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 131-40, 2008.
- MARTINS, C. S.; FERRIANI, M. G. C. A compreensão de família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: FERRIANI, M. G. C. et al. **Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica**. Goiânia: AB; 2008. p.7-53.
- MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- RIQUINHO, D. L.; CORREA, S. G. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. **Rev Gaucha Enferm.**, v. 27, n. 2, p. 301-10, jun. 2006.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão **integrativa: o que é e como fazer?** Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CARACTERIZAÇÃO E DESFECHOS DOS PACIENTES PRIORIZADOS PARA TRANSPLANTE RENAL

**Juliana Gomes Ramalho de Oliveira<sup>1\*</sup> (PG), Gilberto Loiola Alencar Dantas<sup>2</sup> (IC), Lucas Lobo Mesquita<sup>3</sup> (IC), Ronaldo de Matos Esmeraldo (IC)<sup>4</sup>, Geraldo Bezerra da Silva Júnior<sup>5</sup> (PQ), Tainá Veras de Sandes-Freitas<sup>6</sup> (PQ)**

*1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Setor de transplantes do Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. ronaldo.esmeraldo@gmail.com*

*5 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*6 Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Ceará (UFC) / Mestrado Profissional em Transplantes da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*E-mail: taina.sandes@gmail.com*

*Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica. Transplante de Rim. Emergências.*

### INTRODUÇÃO

O aprimoramento das técnicas diagnósticas e o avanço global de doenças como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica (HAS) têm contribuído para o rápido crescimento mundial do número conhecido de pessoas com doença renal crônica (DRC) em estágio terminal (GARCIA-GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012). As altas taxas de incidência e prevalência atribuídas à DRC destacam-na como um grave problema de saúde pública e fator determinante dos maus resultados dos cuidados em saúde (GARCIA-GARCIA; JHA, 2015).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), no ano 2000, o total estimado de pacientes em tratamento dialítico era 42.695 e, em 2016, elevou-se para 122.825, acometendo, principalmente, indivíduos com idade entre 20 e 64 anos. Sabe-se da forte associação da DRC e o envelhecimento (TONELLI; RIELLA, 2014) porém, é possível constatar, na análise dos últimos anos, que a incidência da doença nas faixas etárias mais jovens, em idade produtiva, tem sido elevada, gerando importantes prejuízos econômicos e sociais.

No Brasil, o encaminhamento tardio ao nefrologista é frequente e associado a maior mortalidade (DIEGOLI et al., 2015). Um dos objetivos do referenciamento nos primeiros estágios da doença, é a escolha compartilhada da modalidade da terapia renal substitutiva (TRS), visando a que melhor se adeque ao perfil de cada paciente, como também a preparação sob os pontos de vista psicológicos, sociais, familiares e clínicos. O transplante renal é considerado a opção terapêutica de escolha na DRC terminal por proporcionar melhor qualidade de vida e sobrevida, além de estar associado a menor custo quando comparado à diálise. (GARCIA-GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2012). Entretanto, a hemodiálise (HD) continua a ser o tratamento de escolha na América Latina, correspondendo a 75% dos pacientes em TRS da região (PECOITS-FILHO, et al., 2015).

Nas estatísticas nacionais, observa-se uma desproporção entre o número de pacientes em diálise e os inscritos na fila para transplante. De acordo com a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), em dezembro de 2016, havia 21.264 pacientes à espera por um rim, enquanto estimativas da SBN indicam que, no mesmo ano, havia 122.825 em tratamento dialítico no país (SBN, 2016). O referenciamento ao transplante objetiva melhor prognóstico, como já mencionado.

A HD requer a disponibilidade de um acesso vascular, que pode ser a fístula arteriovenosa (FAV), cateter duplo lúmen (CDL) ou enxerto. Os pacientes renais crônicos, quando diagnosticados a tempo, precisam ser orientados a evitar punções nas veias de ambos os braços e a utilizar como opção as veias do dorso das mãos (KUMAR, et al., 2013), visando a preservação dessa veia para a confecção da FAV. Sabe-se que o uso de CDL está associado a complicações e riscos a curto prazo, repercussões vasculares tardias, como estenose no sítio de inserção e obstrução com e sem recanalização (LEITE, et al., 2014) e a maior mortalidade (DIEGOLI, et al., 2015). A incapacidade de manter um acesso pérvio para o tratamento dialítico, HD ou diálise peritoneal (DP), é uma condição grave que leva o paciente a ser priorizado para o transplante renal (COCKFIELD, 2006) de urgência como estratégia para a manutenção da vida. Nota-se que, o percurso do paciente, no contexto da DRC, é comumente determinado pela gravidade do seu quadro clínico, seja

no início súbito em diálise, devido ao encaminhamento tardio à atenção especializada, ou na priorização para o transplante, por escassez de acessos para a realização das outras modalidades de tratamento.

Acredita-se que conhecer as características dos priorizados fornecerá subsídios para o planejamento de ações em saúde que visem a preservação dos acessos venosos e o encaminhamento precoce ao transplante dos pacientes que apresentem fatores de risco para falência vascular. O perfil epidemiológico e a evolução desses pacientes após o transplante é um tema pouco explorado. Portanto, o objetivo desse estudo foi descrever as características epidemiológicas e os desfechos dos priorizados para transplante renal por falência de acesso vascular para diálise.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo descritivo, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado na unidade de transplante renal de um hospital terciário da cidade de Fortaleza, Ceará, no período de janeiro a março de 2016. A amostra foi composta por pacientes priorizados para transplante renal, por falência de acesso vascular para diálise, entre janeiro de 2010 a outubro de 2015. Foram excluídos aqueles com dados incompletos ou transferidos precocemente para acompanhamento em outro serviço.

Os dados foram coletados a partir das fichas padronizadas utilizadas no serviço, onde constam todas as informações referentes ao transplante e ao acompanhamento ambulatorial de longo prazo, e armazenados em um banco construído no programa de computador Microsoft Excel®. A análise estatística foi realizada pelo SPSS para Windows versão 20. Os resultados foram expressos por meio de frequências, porcentagens, médias e desvios-padrão. As variáveis de interesse foram sexo, idade, etnia, tempo e modalidade de tratamento antes do transplante, retransplante e desfechos.

O estudo foi desenvolvido com base nos princípios legais e éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram realizados 859 transplantes renais no período e incluídos no estudo 60 priorizados por falência de acesso vascular. Observa-se que os estudos realizados em outros países, como Alemanha (KOUSOULAS, et al., 2012; KLEINERT, et al., 2013;), Turquia (CELEBI, et al., 2015), apresentam percentuais anuais de pacientes priorizados consideravelmente menores, quando comparados aos resultados desse estudo, apontando para possíveis associações com o acesso da população aos serviços de saúde e a qualidade da assistência na condução clínica desde a descoberta da doença.

Os participantes desse estudo eram predominantemente do sexo feminino (60%), jovens ( $36 \pm 19$  anos), mestiços (65%) e com etiologia desconhecida da DRC (35%). Em estudo multicêntrico europeu, a média de idade dos priorizados foi de 43 anos (0-74) e 50,3% da amostra eram mulheres (ASSFALG, et al., 2016). Na análise de pesquisas brasileiras observa-se que o percentual de causas indeterminadas como razões que levaram à DRC ainda é considerado elevado (44,8%) (MOURA et al., 2014).

Quanto à modalidade de TRS realizada antes do transplante, 76% realizaram HD, 17% diálise peritoneal (DP) e 7% realizaram ambas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em 2016, 92,1% dos pacientes em tratamento estavam em HD. A DP ainda é subutilizada no país. Em alguns serviços, os pacientes são encaminhados apenas quando não dispõem de acessos para a realização da HD, apesar dos benefícios já descritos em termos de proteção da função renal residual, menor alteração na rotina dos pacientes e melhores resultados nos primeiros anos de TRS (ABENSUR, 2014).

Observou-se que em 30% dos casos tratava-se de pacientes submetidos a retransplantes, considerado como fator de risco para diminuição da sobrevida do enxerto, conforme Assfalg, et al. (2016). O tempo entre o início da diálise e a inscrição para o transplante foi de  $57 \pm 54$  meses e o tempo entre a inclusão na lista de espera e o transplante foi de  $10 \pm 21$  meses. No Sistema Europeu de Alocação de Rim para Transplante, o tempo total médio da inscrição na lista de espera normal, até a solicitação de priorização, a aprovação do status de alta urgência e o transplante foi de 34 meses (intervalo 0-213) (ASSFALG, et al., 2016).

No tempo de seguimento avaliado ( $29 \pm 16$  meses), 10 pacientes perderam os enxertos (4 trombozes vasculares, 2 rejeições agudas, 1 fibrose intersticial e atrofia tubular (IFTA) imune, 1 IFTA não imune, 1 nefropatia por vírus BK, 1 pielonefrite) e 1 paciente morreu (sepse). Para Kanashiro, et al. (2015), os resultados negativos dos transplantes dos pacientes priorizados são multifatoriais, incluindo condições clínicas e cirúrgicas.

A sobrevivência geral do enxerto de 1, 3 e 5 anos foi de 87, 82 e 73%, respectivamente, inferior às sobrevidas demonstradas para pacientes não priorizados na maioria dos registros brasileiros e internacionais. A análise univariável não identificou fatores de risco para perda de enxerto. Kousoulas et al. (2012) constataram, que



a sobrevida do enxerto dos transplantados sob prioridade foi de 47%, 35% e 35%, aos 5, 10 e 15 e que, em comparação com transplantados não priorizados, a amostra apresentou taxas de sobrevivência menores ( $p < 0,05$ ). A influência da priorização na mortalidade tem sido constatada em diversos estudos (KANASHIRO, et al., 2012; ASSFALG, et al., 2016).

## CONCLUSÃO

Os pacientes priorizados para transplante renal foram predominantemente mulheres jovens e não diabéticas. Uma pequena porcentagem de pacientes realizou DP antes do transplante, refletindo a subutilização local da modalidade. O tempo entre a inclusão na lista de espera e o transplante foi relativamente curto, porém, o intervalo desde o início da diálise até a inclusão na lista, foi excessivamente extenso. Observou-se uma porcentagem significativa de perdas precoces do enxerto renal devido à trombose, uma consequência provável das condições vasculares dos pacientes e um reflexo, a longo prazo, do diagnóstico tardio da DRC, início abrupto em diálise, uso de múltiplos acessos e referenciamento ineficaz ao transplante.

Os resultados desse estudo alertam sobre a importância do manejo adequado do paciente renal crônico que vai desde a busca ativa de casos novos, o diagnóstico precoce da doença, a preservação dos acessos vasculares até o encaminhamento aos serviços transplantadores sem mandatória urgência, visando ganhos relacionados a maiores expectativa e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ABENSUR, H. Como explicar a baixa penetração da diálise peritoneal no Brasil. **J Bras Nefrol**, v. 36, n. 3, p. 269-270, 2014.

ASSFALG, V. et al. High-urgency kidney transplantation in the Eurotransplant Kidney Allocation System: success or waste of organs? The Eurotransplant 15-year all-centre survey. **Nephrol Dial Transplant**, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS (ABTO). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016). Registro Brasileiro de Transplantes. 2016. Disponível em: < [www.abto.org.br](http://www.abto.org.br) >. Acesso em Maio 2017.

CELEBI, Z. K. et al. Urgency Priority in Kidney Transplantation: Experience in Turkey. *Transplantation Proceedings*, v.47, p. 1269e1272, 2015.

COCKFIELD, S. M. Prioritization for kidney transplantation due to medical urgency. Canadian Council for Donation and Transplantation, 2006.

KUMAR, V. et al. Acesso Arteriovenoso para hemodiálise. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; TODD, S. I. Manual de Diálise. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

DIEGOLI, H.; SILVA, M. C. G.; MACHADO, D. S. B.; CRUZ, C. E. R. N. Encaminhamento tardio ao nefrologista e a associação com mortalidade em pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 37, n. 1, p. 32-37, 2015.

GARCIA- GARCIA, G.; HARDEN, P.; CHAPMAN, J. O papel global do transplante renal. *J Bras Nefrol*, v. 34, n.1, p. 1-7, 2012.

GARCIA-GARCIA, G.; JHA, V. CKD in Disadvantaged Populations. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n.1, p. 14-18, 2015.

KANASHIRO, H. et al. Current outcome of prioritized patients for kidney transplantation. **IBJU**, v. 38, n. 3, p. 389-394, 2012.

KLEINERT, R. et al. Prognosis After "High Urgent" Kidney Transplantation Might Be Determined by Control of Preexisting Septic Condition. **Transplantation Proceedings**, v. 45, p. 95–98, 2013.

KOUSOULAS, L., et al. High-Urgency Renal Transplantation: Indications and Long-Term Outcomes. *Journal of Transplantation*, v. 2013. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jtrans/2013/314239/>

LEITE, D. S. et al. Repercussões vasculares do uso de CDL em pacientes hemodialíticos: análise ecográfica dos sítios de inserção. **J Bras Nefrol**, v. 36, n. 3, p. 320-324, 2014.

MOURA, L. et al. Dialysis for end stage renal disease financed through the Brazilian National Health System, 2000 to 2012. **BMC Nephrology**, v.15, n.111, 2014.

PECOITS-FILHO, et al. Tratamento substitutivo da função renal na doença renal crônica: uma atualização

do Registro Latino-Americano de Diálise e Transplante. **J Bras Nefrol**, v. 37, n. 1, p. 9-13, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Censo 2016. Disponível em: <<http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>> Acesso em 26 de julho de 2017.

TONELLI, M.; RIELLA, M. Doença renal crônica e o envelhecimento da população. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 36, n. 1, p. 1-5, 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos à Universidade de Fortaleza pela oportunidade de divulgação dos resultados deste estudo por meio deste evento.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## REIKI NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AMPLIANDO PERSPECTIVAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

**Carlton Washington Pinheiro<sup>1</sup>, Isabelle de Souza Costa<sup>2</sup>, Claudia Maria de Oliveira Baquit<sup>3</sup>, Mayana de Azevedo Dantas<sup>4</sup>, Samuel Fernandes de Oliveira Souza<sup>5</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim<sup>6</sup>**

*1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Psicóloga. Possui residência em Saúde da Família e Comunidade, pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Atua com terapias as integrativas: Reiki, Medicina Tradicional Chinesa e Massoterapia. Fortaleza- Ceará-Brasil.*

*4 Filósofa. Mestranda do programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará(UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Enfermeiro. Especialização em Saúde Pública na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza- Ceará-Brasil.*

*6 Enfermeira. Post Doctoral em l'Humanisation des Soins em Néonatalogie l'Université de Rouen, France - CHU-ROUEN. Doutorado e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Desenvolve pesquisas na área da Humanização e Tecnologias na Complexidade do Cuidado. Saúde da Criança (com ênfase na Neonatologia e Saúde do Binômio Mãe-Filho). Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: karlarolim@unifor.br

Palavras-chave: Terapias complementares. Enfermagem. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

O pensamento linear e mecanicista, desenvolvido por cientistas do século passado, tiveram grande importância para a construção do conhecimento científico, no entanto, hoje concebe-se uma necessidade de impulsionar os paradigmas do conhecimento, desafiando o conservadorismo de alguns conceitos existentes. O pensamento sistêmico volta-se para a integração de tudo que se concebe como fragmentado, como partes isoladas e isso tem um impacto decisivo na construção da realidade que vivemos hoje, principalmente na área da saúde. Essa perspectiva não-linear e complexa das formas de produção da saúde, podem e devem dialogar com o campo teórico da saúde coletiva (CAPRA, 2011).

A Promoção da Saúde tem princípios que se sustentam em uma concepção holística de saúde, assim como, na equidade, na intersetorialidade, na participação social e na sustentabilidade. Os campos de ação da promoção da saúde contemplam a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, o reforço da ação comunitária, a criação de espaços saudáveis, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (WESTPHAL, 2006).

Dentro desse contexto progressista de se pensar a construção de saúde, pode-se destacar a importância da prática integrativa de Reiki. O nome Reiki significa: Rei, energia do universo e Ki, energia da terra, combinando essas duas energias em uma prática de imposição de mãos em 7 principais pontos de chakras que são distribuídos por toda a coluna vertebral, sendo esses pontos de chakras, os grandes centros de energia no corpo, que ao se desequilibrarem, podem causar adoecimento (BRASIL, 2017).

A presença das práticas integrativas e complementares deve se dar a nível federal, estadual e municipal no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo alguns dos seus processos operacionais consolidados a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), de 2006.

A PNPIC traz em seu conteúdo diretrizes que reforçam a necessidade dessas práticas nos níveis de atenção à saúde primário, secundário e terciário, assim como, busca ampliar os conhecimentos das práticas integrativas no currículo dos profissionais de saúde e define a responsabilidade dos gestores das três esferas. A portaria número 10, de 12 de janeiro de 2017 regulamentou o Reiki e outras terapias na lista de procedimentos ofertados pelo SUS, tornando essa prática válida nos diversos níveis de atenção à saúde (BRASIL 2017).

O município de Fortaleza vem se configurando com uma potencialidade muito significativa na construção de um novo paradigma para o conceito amplo de saúde, construído por meio da utilização de terapias integrativas, sendo exemplo o projeto “4 varas” e também o espaço “Ekobé”. Atualmente, existem ocas comunitárias de saúde que estão presentes em duas regionais de saúde e também dentro de instituições de ensino, fortalecendo as terapias integrativas e propiciando o acesso por meio de referência dos serviços de saúde ou por demanda espontânea (FORTALEZA, 2017).

Objetiva-se com o presente estudo, descrever a experiência de realização da prática de reiki em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza-CE.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, acerca da experiência da utilização da prática de Reiki na atenção primária. O estudo qualitativo costuma ser descrito como holístico, esse tipo de estudo baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus autores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O local onde realizou-se a prática foi na sala de coleta de exames de uma das UAPS da Regional VI, do município de Fortaleza-CE. Primeiramente foram desenvolvidos panfletos informativos, que foram distribuídos dias antes da intervenção, contendo informações sobre os benefícios do Reiki, o horário da intervenção e o local onde se poderia agendar o atendimento. Os sujeitos foram pacientes que demonstraram previamente interesse pela terapêutica, assim como, pacientes que estavam aguardando alguma consulta e que se sentiram motivados para realizar a prática ou os que já estavam sendo cuidados pelas ACS que trabalhavam com Reiki na unidade.

O período de realização da prática de Reiki ocorreu no dia 16 de maio de 2017, durante a tarde, no período de vigência do estágio de Internato em Enfermagem em Saúde Coletiva, da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). A realização dessa atividade vem ao encontro da necessidade de criação de um projeto de intervenção na unidade, sendo uma das exigências da disciplina. Os recursos utilizados foram: uma maca, um som e um frasco de álcool em gel. A avaliação foi realizada pelos pacientes, no fim da prática.

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, 2013). Durante todo o percurso da experiência acadêmica e a divulgação do mesmo todos os preceitos éticos foram seguidos conforme estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A terapia com Reiki normalmente é conduzida em um ambiente tranquilo, onde podem ser utilizados artifícios sonoros, como: som ambiente ou músicas relaxantes, além disso, evita-se uma iluminação excessiva. A temperatura da sala deve ser adequada, evitando o calor ou o frio. O ambiente também pode ser aromatizado, por meio da utilização de fragrâncias que promovam o relaxamento, como é o caso da lavanda.

O terapeuta Reikiano passa por um processo de formação e iniciação, possuindo três níveis: nível 1, 2, 3a e 3b, sendo o último considerado o mestre de reiki, cabendo a este, a iniciação de novos reikianos. A cura por imposição de mãos é um dos métodos mais antigos da história da humanidade, sendo o século XIX o período em que um monge japonês chamado Mikao Usui canalizou os símbolos do reiki e configurou sua prática para a maneira que conhecemos hoje. Esse processo não está ligado a nenhuma religião, encontra-se regido por cinco princípios: só por hoje não te zangues, não te preocupes, seja grato, ganhe seu dinheiro honestamente, seja bondoso com o outro e com todos os seres vivos (FREITAG; ANDRADE; BADKE, 2015).

Inicialmente, o paciente deita-se na maca, depois é orientado sobre a respiração diafragmática, onde ele realiza a inspiração pelo nariz expandindo a região abdominal e depois expira pela boca, repetindo três vezes esse movimento. Após isso, é indagado qual é a queixa que o trouxe ao Reiki, deve-se escutar atentamente as demandas do paciente e respeita-las para se estabelecer conexões de sentido, que possam se desdobrar nas próximas sessões.

No momento da aplicação da técnica, o terapeuta traça os símbolos nas mãos, no ambiente e no paciente, depois percorre todos os pontos de chacras do corpo, sendo eles: coronário, terceiro olho, laríngeo, cardíaco, plexo solar, umbilical e básico, passando também pelos joelhos e pés. No fim da aplicação, o paciente pode estar dormindo, quando não estiver e for se levantar, orienta-se que fique em decúbito lateral e depois se levante, para evitar tonturas ou síncope (FREITAG; ANDRADE; BADKE, 2015).

Seis pacientes foram atendidos, durante a tarde de intervenção com a prática de Reiki. O perfil de pessoas foi diverso, contemplando desde adolescentes até idosos. A impressão prévia que alguns tinham, era de que a terapêutica promovia relaxamento e eles se encontravam ansiosos ou em alguma situação na vida que estava ocasionando estresse. Tiveram também aqueles que não tinham nenhuma informação sobre a prática, mas que tiveram curiosidade em vivenciá-la. Notou-se que essa intervenção foi capaz de captar muitas pessoas com transtornos mentais comuns, assim como, pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

No fim da prática, perguntou-se sobre a experiência e foi referido um nível de relaxamento profundo, sendo visível em alguns pacientes chegaram a dormir. Esse momento também foi significativo para oferecer escuta, pois muitos dos clientes não possuem um momento na sua rotina para refletir sobre suas vidas e esses pensamentos acabam chegando a consciência na prática de Reiki. É importante frisar que os pacientes acabam percebendo

a importância do autocuidado, após serem cuidadas com Reiki e isso é fundamental para o estabelecimento da saúde integral do indivíduo.

Sabe-se que ainda existem muitos empecilhos para a implantação de terapias integrativas nos serviços de saúde, principalmente naquelas em que ainda se estabelece uma perspectiva absolutamente biomédica e hospitalocêntrica. Isso mostra que ainda há muito no que avançar na reforma sanitária brasileira e ao falar dessa reforma, estamos a falar dos movimentos sociais, da luta de classes, da democratização e universalização da saúde, além de uma perspectiva horizontal que valoriza a participação social, contemplando elementos da educação popular tanto no âmbito de Paulo Freire, como nos pós-freirianos (VASCONCELOS, 2004).

O crescimento da perspectiva holística no cuidado de Enfermagem vem se mostrando de forma crescente, valorizando a importância de uma ação integrativa e sistêmica no cuidado. O impacto das teorias de Enfermagem de cunho interacional e das teorias do processo unitário, foram fundamentais para o amadurecimento contemporâneo desse olhar para as múltiplas faces da produção de saúde. Deve-se destacar a importância do Enfermeiro na condução dessas práticas, principalmente porque estas compõem a especialidade de terapias holísticas e complementares (MCEWEN; WILLS, 2015).

## CONCLUSÃO

A experiência com o Reiki na UAPS possibilitou uma abordagem diferenciada no manejo das demandas da unidade, seja de saúde mental, ou outros adoecimentos de caráter sistêmico e/ou físico, destacando-se as doenças crônicas não transmissíveis. A prática já existe na unidade, mas de maneira tímida e com poucos profissionais com tempo para realizá-la. O projeto de intervenção serviu de incremento às práticas integrativas na Atenção Primária.

Explorar outras perspectivas de cuidado, principalmente nas disciplinas práticas, se torna uma necessidade, principalmente quando se busca a incorporação de uma educação progressista, que presa pelas capacidades do indivíduo enquanto ser ativo do seu processo de aprendizagem. Expandir as possibilidades da consciência humana é um caminho para a capilarização de ações voltadas para realidades específicas, onde pessoas singulares, dotadas de inteireza, podem construir um novo futuro e um novo olhar para a humanidade.

Para dar continuidade às práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde da Atenção Primária, cabe às autoridades estaduais e municipais subsidiar a implantação dessas práticas nas unidades de saúde, de forma rotineira, assim como as outras atividades realizadas na UAPS, sensibilizando gestores e profissionais de saúde acerca da importância de uma abordagem biopsicossocioespiritual.

## REFERÊNCIAS

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. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria amplia oferta de PICS**. 2017. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2297](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2297)>. Acesso em: 2 set. 2017. CAPRA, F. **O tao da física**. 28. ed. São Paulo: Cultrix, 2011.

FORTALEZA. PREFEITURA DE MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Cirandas da Vida**. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/cirandas-da-vida>>. Acesso em: 2 set. 2017.

FREITAG, Vera Lucia; ANDRADE, Andressa de; BADKE, Marcio Rossato. El Reiki como forma terapéutica em el cuidado de la salud: una revisión narrativa de la literatura. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 14, n. 38, p. 335-345, abr. 2015. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000200018&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200018&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 2 setembro 2017.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 590 p. Tradução: Regina Machado Garcez.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3): 621- 626, 2012.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização**. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, Junh 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100005>.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. C. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Cap. 19, p. 635-667.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e aos docentes pela oportunidade de viabilizar o estágio em Internato de Enfermagem em Saúde Coletiva. Também agradeço imensamente minha mestra de Reiki, Claudia Baquit pelos ensinamentos e tempo dispensado diariamente ao cuidado humano e integral. Também agradeço a todos os outros cuidadores do espaço Ekobé, que diretamente e indiretamente me deram oportunidade de trilhar um caminho melhor, um caminho de utopias possíveis, de solidariedade, de compaixão e inteireza. Presto aqui uma grande reverência a Vera Dantas, Mayana, Milza, Edvan e Santinha, com quem tive a oportunidade de ser cuidado. Espero poder dar continuidade a essa grande rede de afeto que todos vocês sustentam, independente onde eu esteja.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ACOMETIDOS COM FEBRE CHIKUNGUNYA

**Oneide Facundo Vasconcelos de Olivera<sup>1</sup>, Syllas Rhuan Pereira Soares da Silva Portácio<sup>2</sup>, Edmir Geraldo de Siqueira Fraga<sup>3</sup>, Karla Bruna Nogueira Torres Barros<sup>4</sup>**

*1 Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil 2Centro Universitário Católica de Quixadá- Unicatólica, Quixadá-Ceará-Brasil*

*E-mail: oneide\_facundo@hotmail.com*

*Palavras-chave: Artralgia. Epidemiologia. Febre Chikungunya. Infecções por Arbovírus.*

### INTRODUÇÃO

A febre Chikungunya tem se tornado um importante problema de saúde pública nos países onde ocorrem as epidemias, visto que metade dos casos evolui com cronicidade da doença e muitas vezes aparecimento de artrite crônica, e outras alterações persistentes e até incapacitantes.

A Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya, pertencente à família Togaviridae e do gênero Alphavirus. A presença de vírus no sangue persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas. A transmissão ocorre por meio da picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* infectadas pelo vírus Chikungunya (BRASIL, 2017).

No cenário epidemiológico descritos no estado do Ceará em 2017. Há ocorrência epidêmica de arboviroses, principalmente se consideradas as notificações de casos de Chikungunya. Desta forma, todo o processo de vigilância, desde a notificação, investigação e análise do perfil epidemiológico, além do manejo clínico adequado do paciente e ações de controle vetorial devem ser enfatizados e intensificados pelos profissionais de saúde e gestores dos municípios acometidos.

As arboviroses são um sucessivo transtorno de saúde pública em todo o mundo particularmente associado ao seu potencial de dispersão, pela sua capacidade de adaptação a diversos ambientes e hospedeiros, pela capacidade de causar grandes epidemias, pela vulnerabilidade universal e pela ocorrência de número extenso de casos graves, com ataques neurológicos, articulares e hemorrágicos (DONALISIO; FREITAS; VON ZUBEN, 2017).

A repercussão das arboviroses na morbidade e mortalidade se agrava, ao passo que extensas epidemias presumem um número extenso de indivíduos afetados, com inferências sobre os serviços de saúde, particularmente diante da falta de vacinas e tratamento, bem como outras medidas eficientes de prevenção (DONALISIO; FREITAS; VON ZUBEN, 2017).

Os casos com sinais de gravidade com a presença de algum acometimento neurológico, instabilidade hemodinâmica, dispneia, dor torácica, vômitos persistentes, sangramento de mucosas e descompensação de alguma comorbidade ou que apresentem critérios de internação no caso de neonatosé sugestivo o acompanhamento em unidades com leitos de internação (MARQUES et al., 2017).

A repercussão das arboviroses na morbidade e mortalidade se agrava, ao passo que extensas epidemias presumem um número extenso de indivíduos afetados, com inferências sobre os serviços de saúde, particularmente diante da falta de vacinas e tratamento, bem como outras medidas eficientes de prevenção (DONALISIO; FREITAS; VON ZUBEN, 2017).

Com a circulação endêmica dessas três arbovirose (Dengue Chikungunya e Zica). Existem relatos de casos de transmissão vertical que podem ocorrer exclusivamente no intraparto de gestantes virêmicas e, muitas vezes, provoca infecção neonatal grave. Pode ocorrer transmissão por via transfusional, todavia é rara se os protocolos forem observados (BRASIL, 2017).

A relevância deste trabalho está no fato de conhecer o perfil epidemiológico e os dados clínicos dos pacientes e quais agravamentos tiveram em decorrência da Chikungunya, bem como ela alterou seu estilo de vida. Dessa forma, fornece subsídios para promoção de uma assistência extra-hospitalar de maior qualidade, contribuindo para que estes usuários tenha um bem estar tanto físico quanto psicossocial.

### METODOLOGIA

O presente trabalho analisa o perfil epidemiológico dos casos de Febre Chikungunya entre os anos de 2015 a 2017 segundo os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde especificamente com informações no Ceará.

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo do cenário dos casos de Febre Chikungunya confirmados no estado do Ceará. A fonte de dados é secundária e serão utilizados artigos e boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde.

A pesquisa foi realizada com base nos dados fornecidos pelo ministério da saúde e secretaria estadual de saúde do estado do Ceara. A busca por evidências foi feita com os descritores; artralgia, epidemiologia, infecções por arboviroses e febre Chikungunya. Os critérios de inclusão foram artigos sobre a temática de arboviroses especificamente a febre Chikungunya nos últimos 2 anos.

As pesquisas foram realizadas nas bases de dados da Biblioteca virtual em saúde- BVS, Medline, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, SciELO, LILACS, BIREME, PubMed e foram selecionados livros, artigos, dissertações e teses relacionados ao diagnóstico e tratamento da febre Chikungunya, além de resumos publicados em anais de congressos, em língua portuguesa, inglesa, e espanhola, entre os anos de 2015 a 2017 .

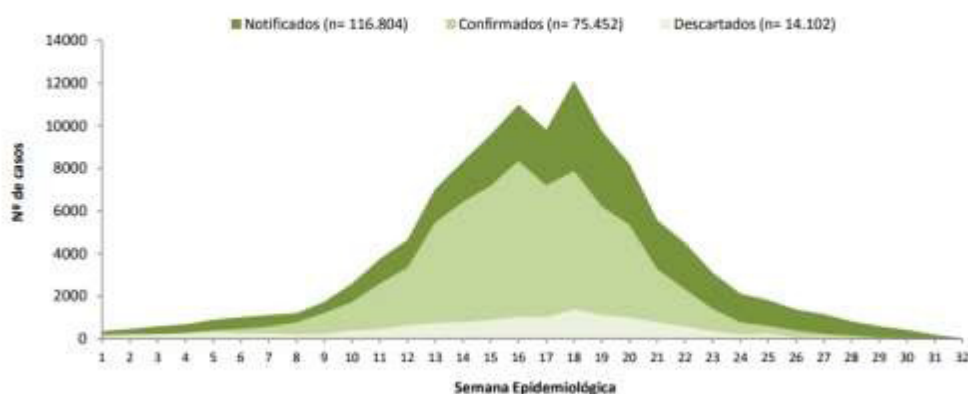
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o manual de manejo clínico para Chikungunya, divulgado pelo Ministério da Saúde no Brasil. Os sinais e sintomas da Chikungunya e da Dengue são clinicamente parecidos ambos, apresentam febre de início agudo, dores articulares e musculares, cefaleias, náuseas, fadiga e exantema.

Diferentemente das manifestações clínicas que são observadas nas crianças, adolescentes e nos adultos, a infecção por Chikungunya nos lactentes parece ser bem específica e representa um grupo de risco bem significativo com a presença de manifestações atípicas . Tais achados podem incluir manifestações cutâneas vesicobolhosas e presença de úlceras, danos neurológicas, aumento de aminotransferases entre outras (DUARTE et al.,2016).

Segundo dados do Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Ceará-SESA/CE no ano de 2016, houve transmissão sustentada da Chikungunya no Estado, caracterizando um cenário epidêmico, com 49.516 casos suspeitos, sendo que 63,6% (31.482/49.516) foram confirmados, distribuídos em 80,8% (139/172) dos municípios. Atualmente, o boletim publicado na 32ª semana de 2017 pela SESA informou que 97,3% (179/184) dos municípios notificaram casos suspeitos de Chikungunya e 86,6% (155/179) têm casos confirmados. Observa-se que até semana 17ª, 69 municípios cearenses apresentavam incidência acima de 300 casos por 100 mil habitantes de casos notificados de Chikungunya, já na 32ª semana, 104 municípios se destacaram com altas incidências Ceará (2017).

Figura 7. Distribuição dos casos notificados, confirmados e descartados de chikungunya, segundo SE de início dos sintomas, Ceará, 2017\*.



Fonte: Sinan. Dados exportados em 14/08/2017, sujeitos a alterações.

Em 2017, foram confirmados 70 óbitos por febre Chikungunya, sendo destes 28 (40,0%) do sexo feminino e 42 (60,0%) do sexo masculino, com idades entre 10 dias e 102 anos (mediana de 77 anos, média de 72 anos e moda de 85 anos), residentes nos municípios de Acopiara (02), Aracati (01), Beberibe (02), Caucaia (03), Fortaleza (56), Maranguape (02), Marco (01), Morada Nova (01), Pacajus (01) e Senador Pompeu (01) (CEARÁ, 2017).

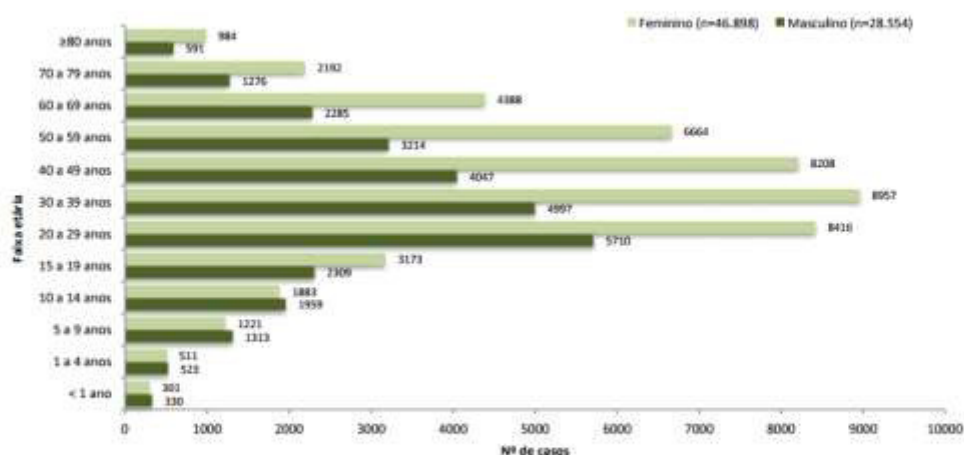
Castro, Lima e Nascimento (2016), relatam que alguns dos testes para infecção pelo vírus da Chikungunya são: Cultura de vírus, RT-PCR, pesquisa de anticorpo IgM e IgG ou ensaio de anticorpo neutralizador. O acometimento por Chikungunya pode contribuir para o aparecimento de uma doença inflamatória reumática ou até mesmo



contribuir para o diagnóstico inicial de artrite reumatoide e artrite psoriática em pacientes com susceptibilidade para elas.

Nesse contexto, alguns biomarcadores podem ser pesquisados, como por exemplos; a proteína C reativa, velocidade de hemossedimentação, fator reumatoide, anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico (anticorpo anti-CCP) e expressão de HLA-B277-9. Outros exames podem ser solicitados. Resultados de ressonância nuclear magnética são representados por derrame articular, erosões ósseas, edema ósseo, espessamento sinovial, tendinite e tenossinovite. Creio que alguns desses achados em conjunto com a infecção pela febre da Chikungunya podem influir para a classificação da artrite por Chikungunya como uma artrite crônica inflamatória de caráter erosiva (CASTRO; LIMA; NASCIMENTO, 2016). O sofrimento relacionado à essa enfermidade não se limitam somente a dor. Uma parte significativa dos pacientes apresentam problemas de saúde mental, distúrbios do sono e mudanças de humor (BRITO et al., 2017) (RIBEIRO et al., 2016).

Figura 8. Distribuição dos casos confirmados de chikungunya, segundo faixa etária e sexo, Ceará 2017\*.



Fonte: Sinan. Dados exportados em 14/08/2017, sujeitos a alterações.

Segundo as leituras sobre a temática do manejo da febre Chikungunya na fase aguda, observei que foram feitas recomendações para os pacientes que apresentaram a forma nessa fase, e que não apresentaram nenhum sinal de gravidade, para estes foram sugeridos acompanhamentos ambulatoriais por meio de unidades básicas de saúde (UBS). Nesses casos não existiria uma necessidade de acompanhar diariamente os pacientes, sendo apenas nas situações em que haja alguma comorbidade ou que apresentem critérios de internação no caso de neonatos é sugestivo o acompanhamento em unidades com leitos de internação (MARQUES et al., 2017).

O tratamento farmacológico na fase crônica ocorre quando há persistência de manifestações clínicas por mais de três meses após o início dos sintomas, sendo considerada uma fase crônica. A artralgia é leve em alguns desses pacientes, podendo significar que a doença está em uma possível regressão; Nesses casos, a inflamação das articulações é mínima e resolve-se em algumas semanas adicionais. Em contraste, em uma porcentagem considerável de pacientes, manifestações inflamatórias intensas são observadas, muitas das quais satisfazem adequadamente os critérios do American College of Rheumatology para serem classificadas como artrite reumatóide (CUNHA; TRINTA, 2017) (BRITO et al., 2017).

Os dados na literatura sobre terapêuticas específicas nas diversas fases da infecção pelo vírus Chikungunya são limitados, não há estudos randomizados de qualidade que avaliem a eficácia das diferentes terapias. Há algumas poucas publicações sobre o tratamento das manifestações musculoesqueléticas da febre Chikungunya, porém com importantes limitações metodológicas. Porém, a maioria dos dados nos remete a um tratamento interdisciplinar na fase crônica onde o Fisioterapeuta tem um papel importante na reabilitação, na redução a dor e no tratamento das limitações e deformidade causadas pelas sequelas da Chikungunya (BUITRÓN et al., 2017).

A dor articular nas diferentes fases da doença de Chikungunya causa incapacidade física importante que afetam significativamente a qualidade de vida dos pacientes acometidos com Chikungunya. Pesquisas realizadas com pacientes que tiveram os sintomas da febre Chikungunya de forma crônica apresentaram; artralgia intermitente com recuperação e recaída, alguns apresentaram artralgia persistente, outros uma recuperação inicial seguida de

recidivas e poucos tiveram recuperação total ao final do período de seguimento (CUNHA; TRINTA, 2017) (BRITO et al., 2017) .

Um das principais manifestações clínicas que as diferenciam são as fortes dores articulares, que diversas vezes podem estar acompanhadas de edema. Logo após a fase inicial a doença, a mesma pode evoluir em duas etapas: a fase aguda e crônica. A Chikungunya tem caráter epidêmico com elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, tendo como consequência a redução da produtividade e da qualidade de vida (BRASIL, 2017).

A inserção de qualquer arbovírus em área incólume ou com o surgimento de vetor nunca deve ser descuidada. O combate de arboviroses emergentes requer políticas e intervenções de amplo espectro, que envolvam diversos setores da sociedade, não apenas a área da saúde (DONALISIO; FREITAS; VON ZUBEN, 2017)

## CONCLUSÃO

Alguns estudos estão analisando o impacto da doença na qualidade de vida desses pacientes. Observou-se que muitos pacientes foram limitados em sua capacidade de levantar e sentar caminhar, pegar objetos, abrir uma garrafa ou até mesmo se vestir ou tomar banho. Para esses casos é recomendado realizar tratamento Fisioterapêutico.

A incidência de casos de Febre Chikungunya ano de 2017 até o presente já passa de mais de 50mil casos com mais de 60 casos de óbitos confirmado. A prevalência são casos do sexo feminino e com faixa etária de 15 a 49 anos. O alerta maior é para idosos e crianças que fazem parte dos grupos mais vulneráveis.

O impacto econômico também é sentido pelas camadas mais desfavorecidas da sociedade. Sugere-se a existência de uma possível correlação inversa entre a dor e a qualidade de vida visto que a dor pode estar entre os principais fatores que são capazes de impactar de modo negativo na qualidade de vida de um indivíduo, pois o limita na execução de suas atividades expressando com isso um maior risco de estresse e isolamento social. Com isso, muitas pessoas não estão conseguindo trabalhar e consequentemente reduzindo a sua renda familiar.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya : manejo clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 65p, 2017.

BRITO, Carlos Alexandre Antunes de et al . Pharmacologic management of pain in patients with Chikungunya: a guideline. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba , v. 49, n. 6, p. 668-679, Dec. 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822016000600668&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822016000600668&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Aug. 2017.

BUITRÓN, Yuliana et al. ROL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA FUNCIONALIDAD DE LOS PACIENTES CON FIEBRE DEL CHIKUNGUNYA. **Revista Facultad Ciencias de La Salud.**, [s.l.], v. 17, n. 3, p.29-33, 3 dez. 2015.

CASTRO, Anita Perpetua Carvalho Rocha de; LIMA, Rafaela Araújo; NASCIMENTO, Jedson dos Santos. Chikungunya: vision of the pain clinician. **Revista Dor**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.299-302, 2016. GN1 Genesis Network.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico ARBOVIROSES | 18 de agosto de 2017: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DENGUE, CHIKUNGUNYA E**

ZIKA. 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/boletim\\_arboviroses\\_se32\\_04\\_08\\_2017.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/boletim_arboviroses_se32_04_08_2017.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CUNHA, Rivaldo V da; TRINTA, Karen S. Chikungunya virus: clinical aspects and treatment - A Review. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro , v. 112, n. 8, p. 523-531, Aug. 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0074-02762017000800523&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762017000800523&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Aug. 2017.

DONALISIO, Maria Rita; FREITAS, André Ricardo Ribas; ZUBEN, Andrea Paula Bruno Von. Arboviruses emerging in Brazil: challenges for clinic and implications for public health. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 30, 2017n. Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100606&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100606&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Aug. 2017. Epub Apr 10, 2017.

DUARTE, Maria do Carmo Menezes Bezerra et al . Chikungunya infection in infants. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 16, supl. 1, p. S63-S71, Nov. 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292016000800006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000800006&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Aug. 2017.



MARQUES, Claudia Diniz Lopes et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da febre chikungunya. Parte 1 – Diagnóstico e situações especiais. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s.l.], p. 1-14, jun. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2017.05.004>.

RIBEIRO, Aileciram Monialy Barros Marinho et al. Abordagem fisioterapêutica na fase tardia da chikungunya: um relato de caso. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 16, supl. 1, p. S51-S56, Nov. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292016000800005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000800005&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Aug. 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, a meus pais e UNIFOR.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL DOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS NA CLÍNICA DE ESPECIALIDADE MÉDICA DO HOSPITAL EUDÁSIO BARROSO, QUIXADÁ-CE

Oneide Facundo Vasconcelos de Oliveira<sup>1</sup>, Syllas Rhuan Pereira Soares da Silva<sup>2</sup>, Karla Bruna Nogueira Torres Barros<sup>2</sup>, Jonny Gomes Rodrigues<sup>3</sup>

*1 Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Centro Universitário Católica de Quixadá- Unicatólica, Quixadá-Ceará-Brasil*

*E-mail: oneide\_facundo@hotmail.com*

*Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Hipoglicemiante oral. Hipertensão Arterial.*

### INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pelas principais causas de incapacidades e morte no mundo representando um desafio no âmbito da saúde no que se refere a seu desenvolvimento global (OLIVEIRA, 2011).

Dentre as condições crônicas em foco atualmente, podemos citar o Diabetes Mellitus no qual o aumento da incidência nos países em desenvolvimento é particularmente preocupante. O diabetes é o responsável ainda por outros fatores de risco e as projeções futuras demonstram aumento de incidência desses casos. No Brasil, as regiões Sul e Sudeste consideradas de maior desenvolvimento econômico apresentam maior prevalência da doença que tem forte impacto tanto pela morbidade como pela mortalidade (OLIVEIRA, 2011).

A prevalência de Diabetes Mellitus (DM) está aumentando por causa do crescimento e do envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência da obesidade, sedentarismo e maior sobrevivência do paciente diabético. A prevenção pode ser realizada mediante a identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), identificação de casos não diagnosticados (prevenção secundária) e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, visando a prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver o DM e tem impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde quanto a de tratar as complicações da doença. Desta forma torna-se relevante conhecer o perfil dos pacientes diabéticos atendidos na clínica de especialidade médica do Hospital Municipal Eudásio Barroso.

### METODOLOGIA

O estudo foi analítico, transversal e prospectivo com abordagem do tipo quantitativo. O estudo foi realizado na Clínica de Especialidade Médica do Hospital Municipal Eudásio Barroso de Quixadá, localizado na região do Sertão Central do Ceará. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS), através da plataforma Brasil, foi aprovado com o nº do protocolo 645.162 atendendo as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Participaram da amostra 50 participantes.

A população em estudo foi formada pelos diabéticos que utilizaram a Clínica de Especialidade Médica do Hospital Municipal Eudásio Barroso, a fim de realizarem consulta médica e ou de enfermagem no período de março a abril de 2014.

Como critérios de inclusão foram escolhidos pacientes diabéticos que foram realizar consulta médica ou de enfermagem para tratamento de Diabetes Mellitus na Clínica de Especialidade Médica do Hospital Municipal Eudásio Barroso. Foram excluídos do estudo os pacientes diabéticos que se recusaram a participar do estudo.

As Variáveis Independentes analisadas na pesquisa foram; idade, sexo, escolaridade. Variáveis dependentes; comorbidade, tempo de diagnóstico e estilo de vida dos pacientes diabéticos, assim como demais conhecimentos sobre os diabéticos.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado previamente testado contendo perguntas abertas e fechadas.

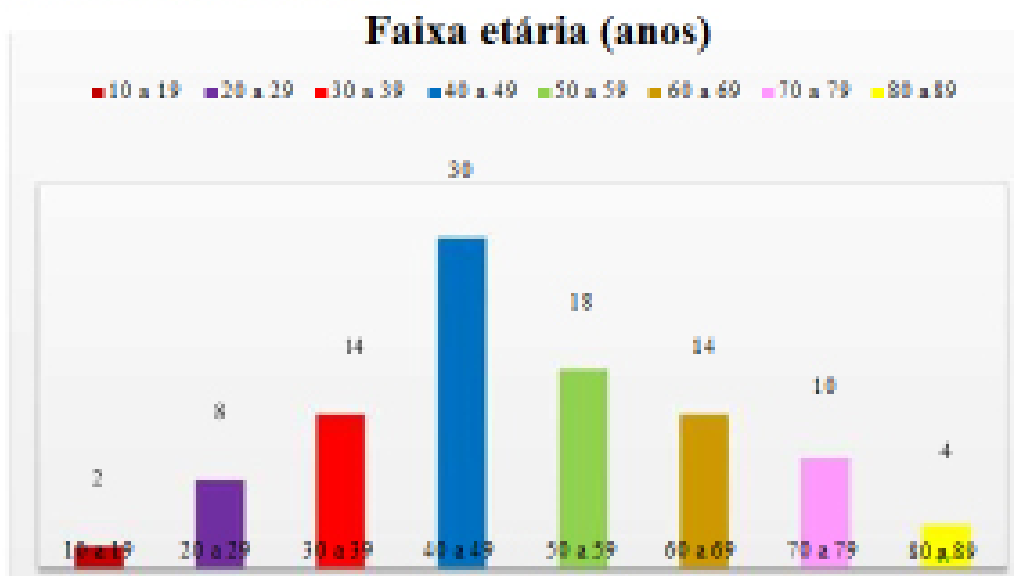
A análise estatística foi realizada através de um programa Software Epi Info versão 6.04 para viabilizar o processamento e análise dos dados que serão obtidos nos questionários. Utilizamos o teste do qui - quadrado (p) com índice de significância ( $p < 0,05$ ), visando verificar a significância nos desvios que ocorrerem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 50 pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) clínica de especialidade médica do hospital Eudásio Barroso, onde foi verificado um maior número de mulheres 54%, e de 46% foi composta por homens. Portanto, esses valores entram em concordância com ROSENDO, FREITAS, (2012) o resultado foi de 62% para o sexo feminino, que contribui para uma prevalência do diabetes mellitus para o sexo feminino. No contexto da LIMA, et al., (2011) o resultado foi de 53,3% para o sexo masculino, e um aumento dos portadores de diabetes mellitus para o sexo masculino. E um diferente resultado do estudo encontrado da clínica de especialidade médica do hospital Eudásio Barroso.

Foi verificado, que a faixa etária dos entrevistados teve uma predominância na idade de 40-49 anos de idade 15 (30%), seguidos pela a faixa etária dos 50-59 anos 9 (18%), e tiveram o mesmo número de participantes com as faixa etária de 30-39 e de 60-69 de anos de idade foram de 7 (14%), o número de participantes com idade de 70-79 anos foi de 5 (10%), de 20-29 anos 4 (8%), de 80-89 anos 2 (4%), e na faixa etária entre 10-19 foi de apenas 1 indivíduos (2%). No estudo de FONTELA., et al., (2013) obteve uma faixa etária de idade entre 60-69 anos dos participante da amostra, isso implica em uma porcentagem de 44,3%. Um resultado diferente do estudo encontrado. E outro estudo de GROFF, et al., (2011) ainda obteve faixas etárias entre 50-59 anos, e um percentual de 33% dos participantes do estudo. Outro resultado diferente do estudo encontrado da clínica de especialidade médica do hospital Eudásio Barroso.

Gráfico 1 – Distribuição da faixa etária dos participantes da clínica de especialidade médica do hospital Eudásio Barroso, Quixadá – CE.



Foi verificado o grau de escolaridade, onde 5 (10%) dos entrevistados eram analfabetos, 16 (32%) possuíam o ensino fundamental completo, 13 (26%) o ensino fundamental incompleto. Com relação ao ensino médio verificamos que 15 (30%) dos participantes possuíam o ensino médio completo, e somente 1 (2%) usuário possuíam nível superior. O estudo de MORAIS, et al., (2009) o resultado foi de 50% dos participantes, possuíam o ensino fundamental incompleto, um percentual muito baixo, do esperado pelos os portadores de diabetes.

Dos 50 participantes da clínica de especialidade médica do hospital Eudásio Barroso, em relação ao uso do fumo, 49 (98%) pacientes não faz uso do fumo, e somente 1 (2%) era fumante.

Quando indagado sobre o uso do álcool entre os participantes do presente estudo, 31 (62%) dos participantes não faziam o uso de álcool, e 19 (38%) dos participantes ingeriam bebida alcoólica. No contexto de BENINI, et al., (2009) o resultado foi de 71% dos indivíduos informaram que não faz uso de álcool, e contribuindo para a redução dos malefícios da bebida alcoólica aos portadores de diabetes mellitus. O resultado foi semelhante ao encontrado no estudo.

De acordo com a pesquisa, foram analisados os dados recente á atividade física, onde dos 50 participantes, 20 (40%) indivíduos praticavam atividade física, e a caminhada foi a mais utilizada pelos os portadores de DM e os outros 30 (60%) dos indivíduos entrevistados não faziam atividade física.

No estudo também foi pesquisado através do questionário apresentado aos usuários da clínica de especialidade médica do hospital Eudásio Barroso, Quixadá – CE, quanto a prática de atividade física pelos participantes, conforme o Gráfico 5.

GRÁFICO 5 – Descrição da prática de atividade física, Quixadá 2014.



No presente estudo foi realizada a associação da DM com a HAS, onde dos 50 entrevistados, 20 (40%) indivíduos possuíam associação de DM e HAS, e os outros 30 (60%) indivíduos não possuíam tal associação. No estudo de SILVA, et al, (2011) o resultado foi de 62,1% dos participantes tinham associação, a prevalência da associação vem com um aumento do envelhecimento dos portadores de diabetes mellitus.

Dos 50 entrevistados do presente estudo, foi observado que 5 (10%) dos participantes estavam com o diagnóstico de DM de até 1 ano, em seguida 18 (36%) participantes possuíam o diagnóstico de DM entre 2 a 5 anos, 20 (40%) dos participantes possuíam o mesmo diagnóstico entre 6 a 10 anos, e somente 1 (2%) indivíduo possui diagnóstico a mais de 20 anos. Os achados do estudo de RODRIGUES, et al., (2012) o resultado foi entre 6 a 15 anos o tempo de diagnóstico, e a porcentagem de 28,9% dos usuários de DM. Quando mais rápido o diagnóstica da doença, melhor por paciente.

Dos 50 participantes do presente estudo, foi observado o uso dos hipoglicemiantes orais, que 27 (27,8%) dos indivíduos faziam uso de metformina 500mg, 10 (10,3%) dos indivíduos faziam o uso de glicazida 30mg, e 21 (21,6%) dos indivíduos faziam uso de glibenclamida 5mg. Foi verificado que 21 (21,6%) dos indivíduos faziam o uso da insulina NPH e 18 (18,5%) faziam o uso da insulina regular. O estudo realizado por SILVA, et al, (2011) o resultado dos hipoglicemiantes orais foi que 75,9% fazem uso de glibenclamida 5mg, seguindo por 58,6% de metformina 500mg, resultado diferente do encontrado pelos os usuários de DM da clínica de especialidade médica do hospital Eudásio Barroso.

## CONCLUSÃO

A faixa etária dos participantes que teve predominância foi à idade entre 40-49 anos com 30% dos participantes e a idade de 10-19 anos (jovens e adolescentes), foi a de menor número de participantes 2%. Com predominância da maioria dos participantes do sexo feminino com 54% (27), e do sexo masculino foi de 46% (23).

Foi possível verificar com relação a escolaridade dos entrevistados, que o ensino fundamental completo teve maioria com 32% (16) e somente 2% (1) com nível superior completo.

Em relação ao estilo de vida foi verificado que 98% (49) dos participantes não são fumantes. Que 62% (31) não fazem uso de álcool e 38% (19) faz uso do álcool, E que os participantes do estudo 60% (30) não faz atividade física e 40% (20) fazem atividade física, e a caminhada foi a mais relatada.

Foi possível verificar que dos participantes do estudo 60% (30) não possuem HAS associado a DM. O tempo de diagnóstico de DM dos usuários foi de 40% para um tempo de 6 a 10 anos de diagnóstico.

Dos participantes que utilizaram os hipoglicemiantes orais, 27% faziam o uso de metformina 500mg, 21% faziam uso de glibenclamida 5mg. E dos participantes que utilizaram a insulina, 21% faziam uso da NPH e 18% o uso da regular.

Desta forma faz-se necessário uma atenção maior à população em estudo com o ensino fundamental incompleto. Assim como sensibilizar os pacientes com DM dos riscos do uso do álcool e incentivá-los à prática de atividade física.

## REFERÊNCIAS

- BENINI E. B, REMPEL C. STROSCHOEN A. A. G, HOERLLE J. L, PÉRICO E. Perfil Glicêmico da População de Usuários Adultos do Posto de Saúde de Arvorezinha – RS. *Com Scientiae Saúde*, 2009;8(3):439-445.
- FONTELA P. C, WINKELMANN E. R, BERLEZI M. E. Perfil de Indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 Adscritos em Estratégia de Saúde da Família. Salão do Conhecimento Ciência, Saúde e Esporte, evento: XXI Seminário de Iniciação Científico, UNIJUÍ 2013.
- GROFF D. P, SIMÕES P. W. T. A, FAGUNDES A. L. S. C. **Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo 2 usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC**, Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 40, no. 3, de 2011.
- LIMA LM, Schwartz E, Muniz RM, Zillmer JGV, Ludtke I. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):323-9.
- LIMA M. T., BUCHER J. S. N. F., LIMA J. W. de O. **A Hipertensão Arterial sob o olhar de uma população carente: Estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas**. *Cad. Saúde Publica*2004; 20(4):1079-1087.
- MORAIS G. F. C, SOARES M. J. G. O, COSTA M. M. L, SANTOS I. B. C. Conhecimento e Práticas dos Diabéticos Acerca das Medidas Preventivas para Lesões de Membro Inferiores. *Revista Baiana de Saúde pública*, v.33, n.3, p. 361-371 jul./set. 2009.
- OLIVEIRA M. R. L. **Perfil dos Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos em um Serviço Municipal de Saúde em Campina Grande** – PB. 21. Ed. CDD 616.462 44f.
- OLIVEIRA, Kelly Cristina Silva de; ZANETTI, Maria Lucia. Conhecimento e atitude de usuários como Diabetes Mellitus em um serviço de atenção básica a saúde. *Ver Esc Enferm USP*. v. 45, n.4, p. 862-8, 2011.
- RODRIGUES FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2):284-90.
- ROSENDO RA, FREITAS CHSM. Dificuldades de Acesso e Adesão de Pacientes ao Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ciência da saúde*, v.16(1):13-20, 2012.
- SILVA D. B, SOUZA T. A, SANTOS C. M, JUCÁ M. M, MOREIRA T. M. M, FROTA M. A,
- VASCONCELES S. M. M. Associação entre hipertensão arterial e diabetes diabetes em centro de saúde da família. *RBPS, Fortaleza*, 24(1): 16-23, jan./mar., 2011.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, Unicatólica de Quixadá e UNIFOR.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA EM MULHERES GAÚCHAS

Pricilla Cândido Alves<sup>1</sup>, Ana Fátima Carvalho Fernandes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil . [pricillacandido@hotmail.com](mailto:pricillacandido@hotmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

Email: [pricillacandido@hotmail.com](mailto:pricillacandido@hotmail.com)

Palavras-chave: neoplasias da mama, enfermagem, fatores de risco.

### INTRODUÇÃO

A neoplasia mamária, à exceção do câncer de pele não melanoma, é a localização primária mais frequente entre as mulheres. Sendo sem dúvida uma doença com grande repercussão na vida da mulher, pois além de ser o tipo de câncer com a maior incidência na população feminina é também o de maior mortalidade, convertendo-se em um problema real de saúde pública mundial (BONFIM *et al.*, 2009).

Para o Brasil, em 2016, havia uma estimativa de 57.960 novos casos de câncer de mama (CM), com um risco estimado de 61,82 casos novos a cada 100 mil habitantes. Excetuando-se pelo câncer de pele não melanoma, este tipo de câncer é o mais frequente na região Sul do país, por exemplo, como no Estado do Rio Grande do Sul que apresentou uma estimativa de 5.210 casos novos de CM, com um risco estimado de 90,2 novos casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2015).

No último século têm ocorrido vários progressos na compreensão e no manejo do câncer de mama, tendo sido considerados como fatores de risco para esta neoplasia: idade acima de 50 anos, casos de câncer de mama em parentes de primeiro grau, primiparidade com mais de 30 anos, nuliparidade, menarca antes dos 12 anos, menopausa após os 50 anos, consumo de álcool e obesidade (BARRETO *et al.*, 2008).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama como se pode constatar relacionam-se com idade avançada, história familiar e pessoal, características reprodutivas, hábitos de vida e influências ambientais (INCA, 2008).

Diante dos fatores de risco da doença, a perspectiva atual é impulsionar o diagnóstico precoce e o rastreamento de base populacional. O Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama reforça a importância do conhecimento dos fatores de risco para a doença, sendo fundamental que a mulher esteja bem informada e atenta a possíveis alterações nas mamas e, em caso de anormalidades, a mesma busque prontamente o serviço de saúde (INCA, 2011).

Ao considerar o contexto da Região Sul, *locus* deste estudo, com destaque para o Rio Grande do Sul (RS) e capital, a qual apresenta uma das mais altas taxas de incidência do câncer de mama do país, é que se objetivou traçar o perfil sociodemográfico e identificar fatores de risco para o câncer de mama em mulheres gaúchas na perspectiva do desenvolvimento de estratégias futuras para um maior controle da doença.

### METODOLOGIA

Estudo do tipo transversal, de natureza descritiva e abordagem quantitativa, realizado no serviço de ginecologia do Hospital Militar de Área de Porto Alegre e da Policlínica Militar de Porto Alegre.

A população do estudo foi composta por mulheres que compareceram ao local do estudo para consulta ginecológica nos meses destinados a coleta de dados. Os critérios de inclusão para compor a amostra foram: mulheres com idade acima de 18 anos e mulheres que compareceram ao local da pesquisa para realização de atendimento em ginecologia. Os critérios de exclusão incluíram mulheres que não possuíam condições de responder às questões expressas pela pesquisa, em razão da idade, nível de consciência ou dificuldade de comunicação. A amostra foi constituída por 182 mulheres. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada constituído por dados sociodemográficos e dados relacionados aos fatores de risco para o câncer de mama.

Os dados foram compilados e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, sendo calculada média e desvio padrão para as variáveis contínuas, frequências e percentagens para as categóricas.

O estudo foi desenvolvido após devidamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE-UFC), sob protocolo nº 369.590 de 23 de agosto de 2013. Respeitou-se a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, e obteve-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade das participantes do estudo foi de 46,4 anos (DP = ± 15,4 anos), variando de 18 a

83 anos. A escolaridade, mensurada em anos de estudo, foi de 7 a 20 anos, com uma média de 15 anos dedicados à vida escolar (DP = ± 3,5 anos). A renda média foi de R\$ 4.357,89 (DP = ± 2.680,98). A maioria das mulheres possuía companheiro (76,3%) e tinham como ocupação predominante os trabalhos do lar (52,1%). A religião prevalente foi a católica (59,3%), seguida em menor percentual pela religião espírita (14,2%). Tais dados podem ser observados na tabela de número 1.

Tabela 1- Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas. Porto Alegre-RS. 2016.

VARIÁVEL	MIN	MÁX	Md (±DP)
IDADE	18	83	46,4 (±15,4)
ESCOLARIDADE	7	20	15 (±3,5)
RENDA (R\$)	1.000,00	20.000,00	4.357,89 (±2.680,98)
CONDIÇÃO UNIÃO	N	%	-
COM COMPANHEIRO	139	76,3	-
SEM COMPANHEIRO	43	23,6	-
TOTAL	182	100	-
OCUPAÇÃO	N	%	-
DONA DE CASA	95	52,1	-
ESTUDANTE	10	5,4	-
PROFESSORA	8	4,3	-
AUTÔNOMA	7	3,8	-
SECRETÁRIA	4	2,1	-
APOSENTADA	4	2,1	-
MILITAR	4	2,1	-
ENFERMEIRA	3	1,6	-
DEMAIS	47	25,8	-
TOTAL	182	100,0	-
RELIGIÃO	N	%	-
CATÓLICA	108	59,3	-
PROTESTANTE	19	10,4	-
ESPÍRITA	26	14,2	-
OUTRA	12	6,5	-
NÃO POSSUI	17	9,3	-
TOTAL	182	100,0	-

As mulheres mais atingidas pelo câncer de mama são as que se encontram na faixa de idade entre 45 e 65 anos, havendo uma tendência de aumentar, cada vez mais, o número de mulheres nessa faixa etária em virtude do aumento da expectativa de vida da população (BAIRROS *et al.*, 2011).

O Rio Grande do Sul é o Estado que apresenta o maior número de casos de câncer de mama no Brasil, o qual representa 22% dos casos de câncer do país. Nesta região o cenário de acometimento das mulheres não difere do restante das outras localidades, estando as mulheres entre 45 e 65 anos de idade sob maior risco de ocorrência da doença (PEREIRA; SIQUEIRA, 2011). A idade, à exceção do sexo feminino, é o fator de risco mais importante para ocorrência do câncer de mama (BATISTON *et al.*, 2009).



A média de idade das mulheres do presente estudo foi de 46,4 anos (DP =  $\pm 15,4$ ), estando, portanto, na faixa etária de risco de acometimento pela doença. Tal achado alerta para a importância de se trabalhar aspectos relacionados ao rastreamento e detecção precoce da doença, uma vez que apresentam um fator de risco associado ao aumento da probabilidade de adoecimento por neoplasia da mama.

As participantes da pesquisa apresentaram um bom nível de escolaridade, pois ter em média 15 anos de estudo, como foi encontrado, significa que a maioria das mulheres apresentava pelo menos o ensino médio completo.

A ausência de conhecimento sobre vários aspectos relacionados ao câncer de mama é preocupante, pois pode estar relacionada ao diagnóstico tardio da doença, enquanto que a probabilidade do diagnóstico precoce ocorrer aumenta na proporção da existência de conhecimento prévio sobre o assunto (CIATTO, GUIDO E MARCO, 2004).

No que se refere à condição de união das participantes do estudo encontrou-se na amostra (N=182) 139 mulheres (76,3%) com companheiro e apenas 43 (23,6%) sem companheiro, o que corrobora com a maioria dos estudos relacionados à problemática do câncer de mama, ou seja, nas diferentes temáticas abordadas verifica-se um maior percentual de mulheres que possuem um cônjuge (CUNHA *et al.*, 2002; BRITO *et al.*, 2004; MACIEIRA *et al.*, 2007; XAVIER *et al.*, 2008; ARAÚJO *et al.*, 2010).

Este achado ergue-se positivamente no contexto do câncer de mama, pois a presença do companheiro torna-se fundamental no universo que permeia as diferentes abordagens que envolvem a feminilidade da mulher e que podem implicar em mudanças que afetam a relação familiar, marital e social.

Em relação aos fatores de risco para o câncer de mama, verificou-se de acordo com a tabela 2, uma média de idade da menarca de 12,7 anos (DP  $\pm 1,48$ ). A média de idade da menopausa foi de 48,5 anos (DP

$\pm 5,76$ ). A idade média da primeira gestação entre as mulheres foi de 23,15 anos (DP  $\pm 5,084$ ). O tempo médio de amamentação mensurado em meses foi de 12,16 meses (DP  $\pm 11,82$ ). Em relação ao uso de anticoncepcional o tempo médio foi de 137,52 meses (DP  $\pm 98,95$ ). Das 182 participantes, 147 (80,7%) tiveram pelo menos uma gravidez no curso da vida, das quais 121 (67%) amamentaram.

Ao verificar a ocorrência de doença benigna da mama entre as participantes, a maioria das mulheres, 127 (69,7%), referiu não ter tido nenhuma doença da mama de natureza benigna. No que se refere à existência de casos de câncer de mama na família, a maioria, 144 (79,1%) relatou não ter histórico familiar de câncer de mama. Das que possuíam histórico familiar de neoplasia da mama, o maior número de casos, 25 (12,6%), de ocorrência da doença foi em parentes de 1º grau. Tais dados podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis relacionadas aos fatores de risco para o câncer de mama. Porto Alegre – RS. 2016.

VARIÁVEL	MIN	MÁX	Md ( $\pm$ DP)
IDADE DA MENARCA	9	18	12,7 ( $\pm 1,48$ )
IDADE DA MENOPAUSA	32	60	48,5 ( $\pm 5,76$ )
IDADE DA 1ª GESTAÇÃO	14	39	23,15 ( $\pm 5,084$ )
TEMPO DE AMAMENTAÇÃO (MESES)	1	48	12,16
TEMPO DE USO DE ANTICONCEPCIONAL ORAL (MESES)	4	420	( $\pm 11,82$ ) 137,52 ( $\pm 98,95$ )
GRAVIDEZ	N	%	-
- SIM	147	80,7	-
- NÃO	35	19,2	-
TOTAL	182	100	-
AMAMENTAÇÃO	N	%	-
- SIM	121	67	-
- NÃO	26	14,2	-
TOTAL	147	81,2	-
ANTICONCEPCIONAL ORAL	N	%	-
- SIM	50	27,4	-
- NÃO	132	72,5	-
TOTAL	182	100	-
DOENÇA BENIGNA DA MAMA	N	%	-



- SIM	55	30,2	-
- NÃO	127	69,7	-
TOTAL	182	100	-
CA DE MAMA NA FAMÍLIA	N	%	-
- SIM	38	20,8	-
- NÃO	144	79,1	-
TOTAL	182	100	-
GRAU DE PARENTESCO FAMILIAR	N	%	-
-1º GRAU	25	12,6	-
-2º GRAU	13	7,1	-
TOTAL	38	19,7	-

A idade média da menarca (12,7 anos) e da menopausa (48,5 anos) encontradas no estudo, em tese, não se configura como fator de risco para o câncer de mama, pois as mulheres pesquisadas não apresentaram como características hormonais presentes menarca precoce (antes dos 12 anos) e menopausa tardia (após os 50 anos).

Esses achados corroboram com os achados do estudo de Barreto, Mendes e Thuler (2012) em que se avaliou 3.608 mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família com vistas a ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no município investigado. Para o estudo citado a média de idade da primeira menstruação foi 13,7 anos e a da última foi 43,5 anos.

Na pesquisa e de acordo com a tabela 2, obteve-se o maior número de mulheres, 147 (80,7%), com pelo menos uma gravidez no curso da vida, sendo a idade média da primeira gestação entre as mulheres de 23,15 anos (DP  $\pm$ 5,084).

A nuliparidade é fator de risco para o câncer de mama, pois a proteção da mama é evidenciada em mulheres com histórico de gravidez e amamentação. A paridade se apresenta como fator protetor para a doença, desde que, além da amamentação, a primeira gestação ocorra antes dos 30 anos de idade (PENHA *et al.*, 2013).

De acordo com a tabela 2, das 147 mulheres do estudo com pelo menos uma gravidez, 121 (67%) amamentaram. O tempo médio de amamentação mensurado em meses foi de 12,16 meses (DP  $\pm$ 11,82) ou de um ano e alguns meses.

Um estudo caso-controle realizado no Rio Grande do Sul observou que mulheres que amamentavam seis meses ou mais, tiveram um risco 84% menor de ter câncer de mama em comparação com mulheres que amamentaram por um tempo inferior a esse período ou não amamentaram. A amamentação pode contribuir para o efeito protetor das mamas, pois leva a diferenciação completa das células mamárias, assim como uma renovação do tecido mamário e das células epiteliais (FELDEN; FIGUEIREDO, 2011).

Em relação ao uso de anticoncepcional oral, 132 mulheres (72,5%) não faziam uso de contraceptivo e 50 (27,4%) referiram uso de medicação. O tempo médio de uso de contracepção foi de 137,52 meses (DP $\pm$ 98,95) ou cerca de 12 anos de uso.

A revisão de Schunemann Júnior, Souza e Dória (2011) sobre a relação entre o uso da anticoncepção hormonal e o desenvolvimento do câncer de mama verificou que estudos realizados a partir de 2002 não observaram maior chance de câncer de mama pelo uso de anticoncepção hormonal.

A ocorrência de doença benigna da mama entre as participantes do estudo não predominou entre a maioria das mulheres, pois 127 (69,7%) participantes não tinham apresentado nenhum tipo de alteração benigna da mama, havendo apenas 55 (30,2%) que relataram presença de doença mamária benigna.

A alteração funcional benigna da mama está intimamente relacionada à ansiedade e ao medo do câncer de mama. Tal alteração acomete cerca de 70% das mulheres e 40% de todos os cânceres de mama. A principal conduta terapêutica é afastar a causa oncológica dos nódulos (KURBET, 2014).

No que se refere à existência de casos de câncer de mama na família, de acordo com os dados da tabela 2, a maioria das mulheres, 144 (79,1%) relatou não ter histórico familiar de câncer de mama. Das que possuíam histórico familiar de neoplasia da mama, 38 (20,8%), o maior número de casos, 25 (12,6%), de ocorrência da doença foi em parentes de 1º grau.

A história familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se mãe e irmã foram acometidas na pré-menopausa, o que as colocaria como tendo uma história familiar de primeiro grau, e, então, cerca de duas vezes mais risco de desenvolver câncer de mama; 10% dos casos de câncer de mama acham-se ligados a uma história familiar deste câncer. (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005).

## CONCLUSÃO

O estudo identificou que a maioria das participantes apresentou fatores de proteção para o câncer de mama. Entretanto, todas as mulheres, independente da existência de fatores de risco, devem ter acesso e estímulo à prevenção secundária do câncer de mama. O estudo dos fatores de risco pode possibilitar a identificação de fatores modificáveis que aumentam a incidência de casos de câncer de mama, para, com isso, diminuir o número de adoecimento e morte por essa patologia.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. L. N.; *et al.* Grau de satisfação após mastectomia com reconstrução mamária. **Arq Catarinense Méd**, v. 39, n. 2, abr-jun, 2010.
- BAIROS, F. S., *et al.* Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p: 2364-2372, dez, 2011.
- BARRETO, A. S. B., MENDES, M. F. M., THULER, L. C. S. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 34, n. 2, p: 86-91, 2012
- BARRETO, R. A. S. dos; SUZUKI, K.; LIMA, M. A. de; MOREIRA, A. A. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.1, p. 110 – 123, jan./abr., 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>>.
- BATISTON, A.P.; *et al.* O Método de detecção do câncer de mama e suas implicações. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 1, p. 59-64, 2009.
- BONFIM, I. S. M.; ALMEIDA, P. C.; ARAÚJO, I. M. A.; BARBOSA, I. C. F. J.; FERNANDES, A. F. C. Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. **Rev RENE**, v. 10, n. 1, p. 45-52, 2009.
- BRITO, N. M. B.; *et al.* Perfil epidemiológico das pacientes com neoplasia maligna de mama atendidas no Hospital Ofir Loyola. **Rev Para Med**, v. 18, n. 3, jul-set, p. 49-54, 2004.
- CIATTO, S., GUIDO, M.; MARCO, Z. Prognostic impact of the early detection of metachronous contralateral breast cancer. **European Journal of Cancer**, v. 40, n. 10, p: 1496-1501, 2004.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. 2012.
- CUNHA, A. M. R. da, LEMÔNICA, L. Incidência da síndrome da mama fantasma e suas características clínicas. **Rev Bras Mastol**. v. 12, n. 4, out-dez, p. 29-38, 2002.
- FELDEN, J. B. B.; FIGUEIREDO, A. C. L. Distribuição da gordura corporal e câncer de mama: um estudo caso-controle no Sul do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p: 2425-2433, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª edição. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil+/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil+/programa_controle_cancer_mama/)>.
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar da Silva. **Estimativas 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
- KURBET, S. Alterações funcionais benignas da mama, **Rev Bras Med**, v. 7, n. 9, set, 2014.
- MACIEIRA, R. C.; *et al.* Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama. **Rev Bras Mastol**. v. 17, n. 3, p. 102-106, 2007.
- PENHA, N. S. da, *et al.* Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da Amazônia. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 34, n. 4, p: 579-584, 2013.
- PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. Acesso à mamografia: percepções dos responsáveis pela política da saúde da mulher. **Rev Min Enferm**. v. 15, n. 3, p: 365-371, jul./set.,2011.

SCHUNEMANN JUNIOR, E., SOUZA, R. T., DÓRIA, M. T. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. **Femina**, v. 39, n. 4, p: 231-235, 2011.

SILVA, N. C. B.; FRANCO, M. A. P.; MARQUES, S. L. Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama E de colo do útero. **Paidéia**, v. 15, n. 32, p: 409-416, 2005.

XAVIER, N. L., BIÁZUS, J. V., XAVIER, M. C., RIBEIRO, P. L.I., BITTELBRUM, A. C. C., RABIN, E. G. Auto-exame de mama e fatores associados em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. **Rev Bras Mastol**, v. 18, n.3, p. 89-93, jul-set, 2008.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Promoção da Saúde da Universidade Federal do Ceará (PPGENF - UFC). Ao Hospital Militar de Área de Porto Alegre (HMAPA - RS).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## INTER-RELAÇÃO DOS SINTOMAS DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL COM O CONSUMO DEFICIENTE DE PIRIDOXINA ENTRE ESCOLARES ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO

Daniele de Araújo Oliveira Carlos<sup>1</sup>, Lisidna Almeida Cabral<sup>2</sup>

*1 Programa de Graduação em Nutrição, Centro Universitário Estácio - FIC, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: danii\_joly@yahoo.com.br*

*Palavras-chave: Inserir até cinco palavras-chave, separadas por ponto.*

### INTRODUÇÃO

A síndrome pré-menstrual (SPM) ocorre na fase lútea do ciclo menstrual e é caracterizada por sintomas físicos e psicológicos, que se apresentam de forma recorrente e com variações de intensidade (TEIXEIRA, 2014).

As alterações físicas incluem sensibilidade e tamanho aumentado nos seios, ganho de peso, enxaqueca, fadiga e aumento da circunferência abdominal, dentro outros. Já os sintomas psicológicos e comportamentais, envolvem irritabilidade, ansiedade, depressão e mudanças de humor (FOSTER et al, 2017).

Tais alterações emocionais são devidas a modificações nas atividades de neurotransmissores centrais, como a serotonina e o ácido gama-aminobutírico, que são influenciadas pela variação hormonal (TERZI, TERZI E KALE, 2015).

Essas mudanças nas atividades de neurotransmissores produzem sintomas desagradáveis que antecedem a menstruação como irritabilidade, ansiedade e baixa autoestima, o que interfere significativamente nas atividades diárias de mulheres portadoras, afetando relacionamentos, estilo de vida e desempenho profissional (TEIXEIRA, OLIVEIRA e DIAS, 2013).

No Brasil, estima-se que de 8 a 86% das mulheres apresente algum tipo de sintomas. De uma maneira geral, embora a prevalência da SPM varie conforme o local de pesquisa, em alguns países o percentual de mulheres que apresente pelo menos um sintoma das possíveis alterações físicas, comportamentais, cognitivas ou de humor chega a 96,6%. Sendo assim, a SPM se apresenta como um problema relevante na sociedade e que atinge uma parcela importante da população feminina (TEIXEIRA, OLIVEIRA E DIAS, 2013; FOSTER, 2017).

Quanto ao tratamento, as medidas terapêuticas usualmente envolvem abordagens medicamentosas, como a administração de contraceptivos orais ou antidepressivos. Todavia, já é consolidado o papel de alguns nutrientes na redução dos sintomas, como a piridoxina (CHENIAUXM, 2006; MASOUMI et al., 2016; EISENLOHR-MOUL et al, 2017).

A vitamina B6, na forma de piridoxal-fosfato, participa do metabolismo dos aminoácidos como cofator de enzimas. Algumas dessas enzimas, envolvidas no processo de descarboxilação, são necessárias para a biossíntese de neurotransmissores, como dopamina, serotonina e ácido gama-aminobutírico, já citados previamente (COZZOLINO, COMINETTI, 2013).

Assim, a piridoxina pode ser sugerida como tratamento para a SPM, pois melhora os níveis de serotonina e dopamina, melhorando os sintomas. Além disso, a vitamina B6 é essencial na síntese de prostaglandinas e ácidos graxos, cuja redução também está relacionada à etiologia da SPM (EBRAHIMI et al., 2012).

Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar inter-relação entre sintomas de ansiedade, raiva, depressão e mudança de humor com consumo deficiente de piridoxina (B6) entre escolares adolescentes do sexo feminino.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado em Fortaleza/CE. A coleta dos dados ocorreu no primeiro semestre de 2017, de segunda a sexta-feira, no período vespertino. Envolveu 117 estudantes que cursam do 6º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio com idade entre 11 a 20 anos e idade média de 13,8 anos, sendo 61 estudantes de escola pública e 56 estudantes de escola particular.

Para a realização do estudo, todas as participantes acima de 18 anos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como as menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento. Todos pais assinaram um termo autorizando a participação e o uso dos dados coletados para fins científicos. Antes do início da coleta de dados, tanto diretores, como professores e alunos receberam informações sobre os objetivos e a metodologia da investigação.

Realizou-se a coleta de dados por meio de Questionário de Rastreamento Metabólico, validado pelo Instituto Brasileiro de Nutrição Funcional (IBNF), para análise da presença da sintomatologia de ansiedade, raiva, depressão e mudança de humor repentina. O consumo deficiente de piridoxina foi verificado por meio da média do consumo relativo, coletado através do Recordatório Alimentar 24 Horas (RA24h) aplicado em duplicata e posteriormente analisado no *software Dietbox*. A recomendação de ingestão diária foi verificada através da *Estimated Average Requirements* (EAR) encontrada na *Dietary Reference Intakes* (DRI). Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva.

O presente estudo é resultado de um projeto maior, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição vinculada, sob o número 1.993.052.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

É sabido que análise de consumo alimentar, de forma geral, baseia-se na avaliação da composição química da dieta. No entanto, é importante enfatizar que as questões referentes à qualidade da alimentação estão além da composição química da dieta, elas vão desde as questões sociais até as preferências e influências familiares, culturais e políticas. Uma vez que o que se come não é apenas fruto de escolha individual, é, também, determinado por questões como: pobreza, exclusão social e falta de acesso à informação (SILVA et al., 2008)

No que diz respeito às características sócio demográficas, dentre as 117 adolescentes estudadas, houve uma participação maior da faixa etária de 13-14 anos com 52,99%. A idade média foi de 13 anos, desvio padrão de 1,88 e mediana de 14 anos. Em relação à escolaridade, participaram alunos desde o 6<sup>a</sup> ano do ensino fundamental até o 3<sup>o</sup> ano do ensino médio. A parcela predominante dos alunos (64,96%) cursava o ensino fundamental. Cerca de 53% das pesquisadas referiram ter renda familiar mensal variando de 1 a 3 salários mínimos. Em média, as famílias ganhavam 3 salários mensais (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do número de adolescentes do sexo feminino, segundo características sócio demográficas. Fortaleza, CE, 2017.

Variáveis sócio-demográficas		N	%	
Idade	11-12	21	17,95	
	13-14	62	52,99	média = 13,85
	15-16	25	21,37	desvio padrão = 1,88
	17-18	6	5,13	mediana = 14
	19-20	3	2,56	
Escolaridade	Ensino fundamental	76	64,96	
	Ensino médio	41	35,04	
	1-3	53	45,30	média = 3
Renda	4-7	17	14,53	desvio padrão = 1,07
	8-10	5	4,27	mediana = 3
	não sabe	42	35,90	

Segundo dados da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2016), mais de 27% das famílias brasileiras encontram-se em classes socioeconômicas de menor renda, sendo a região nordeste, local de desenvolvimento desse estudo, a de situação mais deficitária com 44,7% das famílias nas classes D e E. Ainda segundo a pesquisa, a renda média dos brasileiros é de 2 salários mínimos. As classes D e E tem rendimento mensal de 768 reais.

Um estudo realizado por Silva et al., (2008) mostra que a relação entre aspectos sociais versus nutrição é pertinente já que, na contemporaneidade, uma alimentação saudável, incluindo frutas e verduras, tem custo elevado para famílias de baixa renda. Em contra partida, a indústria alimentícia brasileira dispõe de várias opções de alimentos hipercalóricos, mais saciáveis, palatáveis e baratos, o que os torna mais acessíveis à população em geral. Além disso, são pobres em vitaminas e sais minerais.

Segundo dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2008/2009), a população brasileira apresenta consumo deficiente de quase todos os micronutrientes, dentre eles, a piridoxina, cuja prevalência de consumo deficiente entre mulheres é de 32,1%.

A piridoxina é uma vitamina do complexo B, popularmente conhecida como vitamina B6. Possui participação importante na síntese de neurotransmissores, tais como dopamina e serotonina. Deste modo, sua deficiência está relacionada com as seguintes sintomatologias: ansiedade, mudança de humor, raiva, depressão, irritabilidade, nervosismo, dentre outros (MEDEIROS, 2003).

A tabela 2 mostra a distribuição do número de escolares adolescentes do sexo feminino e a possível inter-relação dos sintomas da síndrome pré-menstrual com o consumo de piridoxina.

Tabela 2 – Distribuição do número de escolares adolescentes do sexo feminino e a possível inter-relação dos sintomas da síndrome pré-menstrual com o consumo de piridoxina. Fortaleza, CE, 2017.

Variáveis	Normal (n=46)		Deficiente (n=71)		Total (n=117)		p-valor
	N	%	N	%	n	%	
<b>Mudanças de humor</b>							
Não	17	34,0	33	66,0	50	42,74	0,309
Sim	29	43,3	38	56,7	67	57,26	
<b>Ansiedade</b>							
Não	19	35,2	35	64,8	54	49,15	0,397
Sim	27	42,9	36	57,1	63	50,85	
<b>Raiva</b>							
Não	29	35,8	52	64,2	81	69,23	0,243

p>0,05, Teste qui-quadrado. #p>0,05, Teste exato de Fisher

Do total, 57,26% relataram a presença de mudança de humor repentina, 50,85% relataram a presença de ansiedade e 30,77%, a presença de raiva. Dentre as que relataram os sintomas, apresentaram consumo deficiente de piridoxina, respectivamente 56,7%, 57,1% e 52,8%.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a deficiência de B<sub>6</sub> e a presença de tais sintomas.

Apesar de a associação entre deficiências vitamínicas e de sais minerais com a SPM não estar comprovada, são prescritos: vitamina B6 (100 mg/dia); 25 carbonato de cálcio (1.200-1.600 mg/dia); 26 vitamina E (600 UI/dia); magnésio (> 500 mg/dia); triptofano (> 6 g/dia) (WHELAN, et al., 2009).

Em um estudo realizado por Souza et al., (2010), dos sintomas referidos pelas participantes que apresentavam a SPM (211 - 93,4%), o mais citado foi a irritabilidade e mudança de humor (156 - 73,9%). Outros sintomas relatados foram: ansiedade, com 85 (40,3%) e depressão, com 73 (34,6%). No presente estudo, tal ausência de relação estatisticamente significativa pode ser decorrente das diversas variáveis que estão associadas a alterações emocionais e/ou hormonais.

Além disso, a ausência de relação não diminui a importância da B6 para a regulação do metabolismo, e a prevalência de deficiência no grupo estudado se apresentou maior que a média nacional, conforme a POF (2008/2009). Sendo ela importante para fatores como: criação de anticorpos que, por sua vez, atuam no sistema imunológico do organismo, além de participar do metabolismo das proteínas e gorduras. Tem a capacidade de estimular a função hepática, atuar na formação dos glóbulos vermelhos, manter a função normal dos nervos e atuar positivamente nas reações químicas de proteínas deve ser incentivado um consumo adequado.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo devem ser vistos sob a luz de algumas limitações. Os dados apresentados são provenientes de um desenho transversal, portanto não é possível avaliar a sequência temporal entre alimentação e a dosagem de B6 através de exames bioquímicos.

A deficiência de piridoxina esteve presente em partes daqueles que sentiram os sintomas averiguados. Contudo, nem todas as adolescentes que possuem os sintomas, possuem teor deficiente no consumo. O que pode ser explicado devido ao fato de tais sintomas estarem relacionados com outros fatores ambientais, como sociais e de estilo de vida.

## REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Classificação econômica do Brasil do ANEP [periódico eletrônico]. 2016. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- CHENIAUX, E. Tratamento da disforia pré-menstrual com antidepressivos: revisão dos ensaios clínicos controlados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n.2, p. 142-147, 2006.
- COZZOLINO, S. M. F.; COMINETTI, C. **Bases bioquímicas e fisiológicas da nutrição**: nas diferentes fases da vida, na saúde e na doença. Barueri, SP: Manole, 2013.
- EBRAHIMI, E.; MOTLAGH, S. K.; NEMATI, S.; TAVAKOLI, T. Effects of Magnesium and Vitamin B6 on the Severity of Premenstrual Syndrome Symptoms. **Journal of Caring Sciences**, v. 1, n. 4, p. 183-189, 2012.
- EISENLOHR-MOUL, T. GIRDLER, S. S.; JOHNSON, J. L.; SCHMIDT, P. J.; RUBINOW, D. R. Treatment of premenstrual dysphoria with continuous versus intermittent dosing of oral contraceptives: Results of a three-arm randomized controlled trial. **Depress Anxiety**, p.1-10, 2017.
- FOSTER, R., VAISBERG, M. ARAÚJO, M. P.; MARTINS, M. A.; CAPEL, T.; BACHI, A. L. L.; BELLA, Z. I. K. J. Relationship between Anxiety and Interleukin 10 in Female Soccer Players with and Without Premenstrual Syndrome (PMS). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, aug, v. 28, 2017.
- MASOUMI, S. Z.; ATAOLLAHI, M.; OSHVANDI, K. Effect of Combined Use of Calcium and Vitamin B6 on Premenstrual Syndrome Symptoms: a Randomized Clinical Trial. **Journal of Caring Sciences**, v. 5, n. 1, p. 67-73, 2016.
- SILVA, A. R. V. et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. **Rev. bras. enferm.** [online]. vol.62, n.1, p.18-24, 2009.
- SILVEIRA, A.; VIEIRA, E.; LEÃO, D.M.; NICORENA, B. P. B.; FERREIRA, R. R.; LONGORIA, E. S. Síndrome da tensão pré-menstrual observada em usuárias do ambulatório municipal de saúde da mulher. **Enfermeria Global**, jul., n. 34, p. 74-84, 2014.
- Sousa et al., Fatores relacionados à síndrome pré-menstrual em acadêmicas de enfermagem. **Rev. Mineira de enferm.** v.14, n. 1, p. 548-53, 2010.
- TEIXEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E.C.M; DIAS, M. R. C. Relação entre o nível de atividade física e a incidência da síndrome pré-menstrual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 5, p.210-214, 2013.
- TERZI, R.; TERZI, H; KALE,A. Avaliação da relação entre síndrome pré-menstrual e dismenorreia primária em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.55, n.4, p.334-339, 2015.
- WHELAN A. M.; JURGENS T. M; NAYLOR H. Herbs, vitamins and minerals in the treatment of premenstrual syndrome: a systematic review. **Can J Clin Pharmacol.** v. 16, n.3, p. 407-29, 2009.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, nosso Mestre, e a professora orientadora pelo incentivo à pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## HIV/AIDS NA TERCEIRA IDADE: CONHECIMENTOS E SABERES DOS IDOSOS

**Jaiane Pereira Martins<sup>1</sup>, Riani Joyce Neves Nobrega<sup>2</sup>, Natalia Bastos Ferreira Tavares<sup>3</sup>, Raimundo Tavares de Luna Neto<sup>4</sup>**

*1 Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil.*

*2 Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil. Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do adolescente, da Universidade Estadual do Ceará.*

*3 Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil.*

*4 Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil; Curso de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade Vale do Salgado-FVS- Icó-Ceará-Brasil.*

E-mail: [jaianepereira2013@gmail.com](mailto:jaianepereira2013@gmail.com)

Palavras-chave: Idoso. Sexualidade. HIV/AIDS.

### INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento humano é definido como progressivas modificações biológicas, psicológicas e sociais ao longo da vida, alterações estas que apresenta características distintas do envelhecer, podendo o idoso optar por diferentes posturas e formas de ser e de se comportar. Esses acontecimentos, muitas vezes são vistos como estigma da discriminação, deixando de ser compreendido como um tempo produtivo específico da vida emocional, intelectual e social, sem reconhecer o que há de importante nessa nova etapa da vida (SCHIMIDT; DUARTE, 2015).

Constata-se ainda, que o surgimento de terapias hormonais, uso de medicamentos para disfunção erétil e colocação de próteses penianas tem aumentado a estimativa de vida da população idosa, igualmente a um prolongamento na atividade sexual na velhice. Mesmo com o avanço das tecnologias é notório a dificuldade na utilização de preservativos, principalmente quando aliados a menopausa, por não haver risco de gravidez (BEZERRA *et al.*, 2015).

Portanto, surge um grande incentivo para a mudança sociocultural das práticas relacionadas à sexualidade e ao envelhecimento, desafiando assim, o estereótipo tradicional da velhice assexuada, uma vez que a função sexual passou a ser vista como um componente vital para se alcançar uma idade avançada com qualidade (VÉRAS; FELIX, 2016).

A epidemia do HIV ocorreu no período de 1980, apresentando 656.701 casos até junho de 2012. Salienta-se ainda que, nesse mesmo período a incidência de casos aumentaram na faixa etária de 25 a 49 anos, representando aproximadamente 75% dos casos notificados. Por outro lado, o número de novos casos em pessoas com 60 anos ou mais tem ascendido nos últimos anos, quantificando 18.712 casos de AIDS desde à década de 80, chegando em 2011 com uma taxa de incidência de 1.620 casos (LAZZAROTTO *et al.*, 2013).

O HIV é responsável por uma infecção que mina as defesas do organismo podendo evoluir para a síndrome clínica, nomeada AIDS, que por sua vez, pode ser encontrado no sangue, no esperma, no líquido lubrificante do homem, na secreção vaginal, no leite materno e em objetos infectados por essas substâncias (CESAR; AIRES; PAZ, 2012).

Com o avançar da idade a imunidade tende a declinar perdendo a capacidade de responder adequadamente ao ataque dos microrganismos, tornando o corpo mais vulnerável ao ataque de várias doenças causando danos à saúde, representando um grande empecilho para descoberta precoce da AIDS na população idosa (COSTA *et al.*, 2016).

Apesar do Ministério da Saúde (MS) reconhecer a necessidade de inserir as pessoas da terceira idade nas campanhas de prevenção de IST não é o que se observa atualmente, os trabalhos educativos continuam em maior prevalência direcionados ao público jovem, aos usuários de drogas, aos homossexuais e aos profissionais do sexo (ROCHA *et al.*, 2013).

Nesse contexto, é preciso atentar tanto às lacunas no conhecimento dos idosos sobre IST quanto aos meios de contágio. Pois apesar de hoje os senis adquirirem informações com bastante facilidade, isso não certifica que estes dados estejam totalmente seguros. Na maioria das vezes estas buscas são realizadas por meio das redes sociais e dos amigos, torna-se imprescindível à conversa com profissionais de saúde (VIEIRA; BRANCO; VILELAS, 2014).

Assim, o Enfermeiro, que tem a educação em saúde como processo intrínseco à prática do cuidado e como importante instrumento de promoção da saúde deve por meio desta, apoderar os idosos para que desenvolvam o



autocuidado. É importante que as ações educativas, para a conscientização destes senis, promova a construção compartilhada de saberes (CAMBRUZZI; LARA, 2012).

Deste modo, torna-se imprescindível a utilização de estratégias criativas, para estas ações educacionais, com vista à incitação da reflexão, criticidade e autonomia da pessoa idosa. Propiciando um ambiente acolhedor e de criação de vínculo, para que se sintam estimulados e interessados a participar bem como ativos em todo o processo (OLIVEIRA; LEITE; FULY, 2015).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de campo, exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, com vistas a alcançar os objetivos propostos. A pesquisa foi realizada no Centro de Convivência do Idoso (CCI), no município de Orós-Ce. O município está localizado na região Centro Sul do Estado do Ceará, a 350<sup>2</sup> quilômetros da capital Fortaleza. Orós, possui uma área de aproximadamente 576,270 Km<sup>2</sup> e uma população de 21. 342 habitantes de acordo com a última estimativa (IBGE, 2016).

O município possui 01 Centro de Convivência do Idoso localizado em área urbana. Esta é uma instituição com número significativo de senis, correspondendo a 70 idosos. Destes, apenas 42 participam ativamente pois alguns possuem idade avançada, e outros vieram a óbito.

Participaram desta pesquisa 20 idosos intervenientes do grupo Vida Ativa localizado na cidade de Orós-Ce, onde o mesmo visa a inclusão social, por meio de ações que levem a promoção da saúde física, social e mental, através de dinâmicas, jogos educativos, terapias ocupacionais e eventos sociais como: apresentações teatrais e danças.

Para tanto, a escolha dos participantes foram por conveniência sendo selecionados 42 senis, 20 destes, fizeram-se presente na reunião a qual a pesquisadora designou para a realização da coleta. Desta forma, a pesquisa obedeceu os seguintes critérios de inclusão: estar na faixa etária de 60 a 80 anos, assim como devidamente inscritos e frequentando os encontros, e apresentar o Termo de Consentimento Pós Esclarecido assinado. Foram excluídos da pesquisa aqueles que se negaram a participar, os que mesmo cadastrados não participam mais ativamente e os que já foram a óbito e continuam na lista dos cadastrados. A coleta dos dados se deu por meio de uma entrevista semiestruturada, incluindo questões norteadoras que buscou alcançar os objetivos propostos. O instrumento de pesquisa é aquele que envolve duas pessoas, o entrevistador e o participante, através de um roteiro de perguntas ou entrevista, cujo objetivo é o levantamento de dados de um determinado estudo (MINAYO, 2014)

Não obstante entrevista semiestruturada ocorre de forma aberta e fechada seguindo um roteiro que é adequado fisicamente e usado pelo o pesquisador, constituído por questões que podem ser respondidas com maior precisão as perguntas feitas para que estas consigam ser compreendidas de uma forma clara e objetiva (ALBINO; FAQUETI, 2014).

Os dados foram coletados no mês de abril de 2017. Na oportunidade, os idosos foram abordados no Centro de Convivência do Idoso de acordo com a agenda do grupo Vida Ativa, sendo convidados a participar da pesquisa que foi realizada em uma sala reservada para propiciar a privacidade dos mesmos. O questionário sociodemográfico foi respondido manualmente, e as questões norteadoras deste estudo foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, garantindo assim fidedignidade na qualidade das respostas dadas aos questionamentos.

Se deu por meio de visitas previamente agendadas com os participantes e, após o seu consentimento a entrevista foi gravada com auxílio de um celular Samsung modelo Galaxi Core Plus, que teve como objetivo coletar maiores informações e manter sua fidedignidade, para melhor abordagem e análise dos resultados do estudo. A entrevista foi realizada no Centro de Convivência do Idoso do referido município, em sala reservada com os determinados senis.

Os dados foram avaliados por meio de Análise de Conteúdo, a partir da modalidade de análise temática. Essa técnica busca analisar as comunicações, através do que se objetiva, a partir de procedimentos sistemáticos e de descrição do conteúdo das mensagens qualitativas, possibilitando assim, a fundamentação de núcleos de sentidos com significado para o objeto analítico (MINAYO, 2014).

O estudo foi realizado obedecendo todos princípios éticos e bioéticos estabelecidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Ministério da Saúde (MS), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, a comunidade científica e ao Estado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Ao abordar quanto a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, identificou-se uma maior prevalência do gênero feminino. Portanto a predominância de mulheres corrobora a chamada feminização da

velhice pois a razão de feminilidade no grupo de idosos é crescente no Brasil. Em virtude dos fatos, é notório que essa participação aumentada desse sexo, seja devido a uma preocupação maior com o bem estar, se cuidando mais que os homens, quer seja na busca rotineira dos serviços básico de saúde ou por meio da realização de atividade física, alimentação saudável, sendo um assim um dos fatores favoráveis para o aumento da longevidade e da expectativa de vida.

Em relação a idade o estudo mostrou uma prevalência de participantes no intervalo de 60 a 70 anos%. Nos dias que correm cada vez mais a população tem se preocupado com a saúde buscando meios que contribuam para uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente cheguem a terceira idade em boas condições de saúde. Desta maneira tem ocorrido um aumento na procura por serviços de saúde visando prevenir e tratar doenças recorrentes dessa faixa etária.

Quanto ao estado civil, fica claro que há um grande número de idosos viúvos. Desta forma, esse estado de vida configura uma situação, não planejada, que tende a provocar transformações na vida das pessoas. Principalmente por representar uma inesperada quebra emocional e psicológica, quer seja nas relações familiares, como também, sociais, econômicas e culturais, fazendo com que o indivíduo, pelo fato de se sentirem só, estabeleça novos contatos em grupo (SOUZA *et al.*, 2015).

Quanto a escolaridade, a maior predominância se refere ao público analfabeto, isso porque na época passada a escola era vista como um lugar de elite ou mesmo inexistia a possibilidade de trabalhar e estudar e assim muitas pessoas mediante a necessidade de um meio de sobrevivência optavam pelo trabalho deixando o estudo para segundo plano.

### **Conhecimentos e saberes dos idosos quanto HIV/AIDS.**

Nesta categoria buscou-se identificar o conhecimento dos idosos acerca do HIV/AIDS, sendo suas falas decompostas para a análise crítica, buscando encontrar por meio deste, depoimentos que demonstrassem o nível dos saberes dos participantes sobre a patologia supracitada, os quais explicitaram a falta de conhecimentos através das falas:

“Não entendo coisa alguma sobre AIDS, a única coisa que sei é não tem cura, apenas tratamento.” (13).

“Eu não sei muito, sei que a AIDS pega através do beijo, do sangue e sei também que não tem cura.” (14).

“Não sei falar sobre AIDS, só sei que se um homem casado transar com uma mulher da vida que tem a doença, ele vai levar para a sua mulher em casa aí ela também vai pegar a AIDS e vai morrer.” (15).

Ao analisar os discursos apresentados foi perceptível pouco conhecimento dessa população sobre essa patologia, sendo visto por eles como uma doença incurável podendo levar até a morte. O que por sua vez, torna esse público vulnerável a chance de exposição ao vírus e conseqüentemente ao adoecimento resultante de um conjunto de fatores não apenas individuais, mas também coletivo.

Apesar do pouco entendimento sobre essa temática os idosos mostraram interesse considerável sobre o assunto, a maioria dos depoimentos colhidos pôde-se identificar, uma população desprovida de informações sendo ainda um público que necessita de trabalhos e rodas de conversas que venham sanar dúvidas sobre a temática abordada. No ato da entrevista, muitos relataram que outrora, ou seja, quando jovens, assuntos como doença sexualmente transmissíveis pouco se comentava, isso pelo empoderamento imposto pelos pais que impunha um estilo de vida conservador, bem como por uma sociedade cheia de preconceitos, que por sua vez enxergavam essa doença como algo feio e pecaminoso, chegando na terceira idade com pouca ou nenhuma informação sobre esse tema.

O HIV/AIDS é uma gravidade, considerada um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade pelo seu caráter epidêmico, cuja forma de ocorrência acontece nas diferentes regiões do mundo. Apesar do Ministério da Saúde (MS) reconhecer a necessidade de inserir as pessoas da terceira idade nas campanhas de prevenção de ISTs não é o que se observa atualmente, os trabalhos educativos continuam em maior prevalência direcionados ao público jovem, aos usuários de drogas, aos homossexuais e aos profissionais do sexo. Desta forma é visível a falta de educação em saúde sobre essa temática nessa população (GODOY *et al.*, 2014)

No entanto, falar sobre AIDS na terceira idade provoca grande impacto social, ocasionando surgimento de estigmas de preconceito no que concerne a vida sexual do idoso, apesar dos avanços tecnológicos e farmacêuticos na área gerontológica terem grande relevância para esse público, principalmente devido a criação de terapias hormonais, próteses penianas dentre outros, cabe ressaltar que além destes, são também fatores contribuintes para manter uma vida sexual ativa desta população tornando-se portanto um dos meios facilitadores para exposição ao vírus HIV e conseqüentemente ao desenvolvimento da AIDS. Desta forma é indispensável criação de políticas públicas voltadas para saúde sexual dos senis afim de reduzir senão erradicar o índice dessa patologia na terceira idade.

Outro ponto importante é que em sua maioria os sintomas iniciais, como: sonolência, cansaço, aumento da frequência respiratória, déficit de pensamento, perda de peso e febre, muitas vezes por não serem específicos dessa doença, passam a ser confundidos com outras enfermidades comuns nessa faixa etária. Isso se dá pelo fato de muitas vezes os idosos serem vistos como uma população assexuada, em que a prática do sexo é exercida apenas pelo público jovem.

## CONCLUSÃO

Notou-se ainda, que apesar dos entrevistados terem reconhecido a relevância na adesão ao uso de preservativos como um dos meios de prevenção contra as ISTs. O público feminino expressou que ainda encontram grande dificuldade de negociação por sexo seguro, devido seus parceiros se sentirem incomodados, assim como, pelo medo de provocar desconfiança de estar sendo traídas.

O presente estudo mostra que apesar do aumento do número de idosos infectados com esse vírus, os profissionais da Atenção Básica não trabalham temáticas que envolva esse assunto, visto que, de maneira geral esses profissionais são negligente quanto a saúde sexual dos idosos, gerando portanto, impessoalidade do cuidado e falta de humanização no atendimento. Em sua maioria esses fatos ocorrem, porque os profissionais da saúde priorizam um atendimento no modelo biomédico, em que a assistência é voltado apenas para a enfermidade do paciente, desconsiderando um modelo de saúde biopsicossocial.

Diante do exposto, surge a grande necessidade de investimentos públicos endereçados a população da terceira idade, sendo indispensável estratégias educativas, realizadas por uma equipe multiprofissional habilitada que venha promover mudanças no comportamento dos idosos, principalmente no que concerne as mais diversas formas de prevenção em relação as Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Nesse sentido, é fundamental que os profissionais da saúde, resgatem os princípios éticos da humanização, sendo acolhedor e ao mesmo tempo resolutivo, incluindo também a necessidade psicobiológica de sexualidade e psicossocial de amor. Pois sabendo onde se encontram seus maiores questionamentos, mitos e receios, as intervenções podem ser mais direcionadas a suas elucidações. Contribuindo assim, para que haja uma diminuição nos índices dessa doença nessa população.

## REFERÊNCIAS

- ALBINO, S. F.; FAQUETI, M. F. Projeto de pesquisa. Camboriú, 2014. Acesso em 24 de março de 2017.
- BEZERRA, V. P.; SERRA, M. A. P.; CABRAL, I. P. P.; MOREIRA, M. A. S. P.; ALMEIDA, S. A.; PATRÍCIO, A. C. F. A. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev. Gaúcha. Enferm**, v. 36, n. 4, p. 70-76, dez. 2015.
- CAMBRUZZI, C.; LARA, M. L. HIV/AIDS em idosos brasileiros. **Revista Conhecimento Online**, Novo Hamburgo, v. 1, n. 4, p. 1-12, mar. 2012.
- CESAR, A. K.; AIRES, M.; PAZ, A. A. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma estratégia da Saúde da família. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 745-50, set-out. 2012.
- COSTA, M. J. S. M.; LINHARES, M. S. C.; MELO, M. G. B. A.; FERNANDES, M. M. Atenção secundária à saúde no atendimento de DST E HIV/AIDS: relato de experiência. **Senare**, Sobral, v.15 n. 1, p. 132-138, Jan./ Jun. 2016.
- GODOY, S.; CAPELLARI, B.; VIDOR, M. O.; MAFFEI, V.; POETA, JÚLIA. O CONHECIMENTO DE HIV/AIDS EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS DAS CIDADES DE NOVA PRATA, GARIBALDI, PROTÁSIO ALVES E SALVADOR DO SUL/ RS. **Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG**, Caxias do Sul, v. 2, p. 780-782, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2016**.
- LAZZAROTTO, A. R.; SANTOS, V. S.; REICHERT, M. T.; QUEVEDO, D. M.; FOSSATTI, P.; SANTOS, G. A.; CALVETTI, P. Ü.; SPRINZ, E. Oficinas educativas sobre HIV/AIDS: uma proposta de intervenção para idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 833-843, 2013.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento**. 14 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.
- OLIVEIRA, C. E.; LEITE, L. J.; FULY, C. S. P. A gerência do cuidado à mulher idosa com HIV/AIDS em um serviço de doenças Infecto-parasitárias. **Recom**, v. 5, n. 1, p. 1486-1496, jan/abr, 2015.

ROCHA, F. C. V.; FILHO, F. F.; JÚNIOR, J. M.; ROSA, Y. R. D. Conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS. **R. Interd**, v.6, n.2, p.137-143, jun. 2013.

SOUZA, M.; MARCON, S. S.; BUENO, S. M.V.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V. D. A. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. **Saúde. Soc**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 936-944, 2015.

SCHIMIDT, T. C. G.; DUARTE, Y. A. O. Replicação de programa de capacitação em comunicação não verbal em gerontologia. **Rev. Bras. Enferm**, v. 68, n. 6, p. 1042-1051, nov-dez, 2015.

VÉRAS, M. P. B.; FELIX, J. Questão urbana e envelhecimento populacional: breves conexões entre o direito à cidade e o idoso no mercado de trabalho. **Cad. Metrop**, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 441-459, jul, 2016.

VIEIRA, S. V. H.; BRANCO, V.; VILELAS, J. A vivência da sexualidade saudável nos idosos: O contributo do enfermeiro. **Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**, v. 6, n. 2, Julho, 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

A Faculdade Vale do Salgado-FVS, onde comecei meus primeiros passos desta trajetória profissional, os participantes da pesquisa e ao grupo Vida Ativa, pela abertura do seu espaço para a realização deste estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## REPERCUSSÃO DE UM JOGO EDUCATIVO NA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS DE ADOLESCENTES FRENTE À CONTRACEPÇÃO

Rosane Shirley Saraiva de Lima<sup>1</sup>, Roberta Peixoto Vieira<sup>2</sup>, Kerma Márcia de Freitas<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, Faculdade Vale do Salgado, Pós graduanda em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri, Crato, CE.

<sup>2</sup> Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE. docente da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.

<sup>3</sup> Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; Coordenadora de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.

E-mail: rosaneshirley15@gmail.com

Palavras-chave: Adolescente. Conhecimento. Contracepção. Educação em Saúde. Jogos e Brinquedos.

### INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde e com o Ministério da Saúde, a população adolescente corresponde aos indivíduos com idade entre os 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias. É um período caracterizado por inúmeras mudanças físicas, psíquicas, emocionais e sociais, marcantes para a consolidação da sua identidade, entendida assim, como uma fase de transição entre a infância e a idade adulta (BRASIL, 2010).

Dentre as problemáticas a que essas mudanças biopsicossociais os deixam vulneráveis, está a gravidez na adolescência, que se configura como um preocupante problema de saúde pública. É considerada de risco, pois pode acarretar problemas tanto para a mãe como para o conceito, pois nessa faixa etária o sistema reprodutivo ainda está em processo de amadurecimento e na maioria das vezes o adolescente não está preparado psicologicamente e financeiramente para assumir esta responsabilidade. Além disso, denota a prática sexual desprotegida, o que é fator de risco para infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras IST (CORREIA, 2014; SOUZA *et al.*, 2012).

A Organização das Nações Unidas - ONU (2016) estima que nascem em média 14 milhões de crianças no mundo por ano, filhos de adolescentes. No Brasil, aproximadamente 1,1 milhão de adolescentes engravidam anualmente (ANDRADE *et al.*, 2013).

Segundo o Instituto da Infância – IFAN (2014), 03 em cada 10 adolescentes ficam grávidas antes de completar 20 anos e embora os índices de mortalidade infantil tenha diminuído no Brasil, 20% dessas mortes ainda são de filhos e filhas de mães adolescentes (10 a 14 anos). Em 2011, no Brasil, dos 2.913.160 nascimentos, 533.103 eram filhos de meninas de 15 a 19 anos, e 27.785 de meninas de 10 a 14 anos, indicando 18% e 0,9% de adolescentes grávidas nesta faixa etária respectivamente.

Acredita-se que a maioria das gestações ocorridas entre os 10 e 14 anos de idade estão relacionadas a casos de violência sexual e na faixa etária entre 15 e 19 anos à insuficiência de informações, bem como orientações e ações educacionais que abordem a sexualidade em sua integralidade; ao acesso restrito aos serviços de saúde e aos subsídios necessários para o seu planejamento reprodutivo; assim como ao baixo status social das adolescentes mulheres (BRASIL, 2013).

Assim, se faz necessário o fortalecimento das políticas públicas, onde sejam garantidos os seus direitos sexuais e reprodutivos livre de discriminações. Estas políticas abrangem desde ações educacionais, acesso aos métodos anticoncepcionais e realização do planejamento familiar, responsabilização igualitária entre os gêneros, prevenção de IST, à atenção ginecológica, pré-natal, parto e puerpério (TAQUETTE, 2013).

Nesse contexto, é preciso atentar tanto às lacunas no conhecimento dos adolescentes sobre anticoncepção, pois apesar de hoje os adolescentes adquirirem informações com bastante facilidade, isso não certifica que estes dados estejam totalmente seguros. Na maioria das vezes estas buscas são realizadas por meio da *internet*, onde muitos dos *sites* são de origens duvidosas e dos amigos, que geralmente possuem anseios semelhantes. Assim, a conversa com familiares, professores, e profissionais de saúde ainda é de suma importância (GONDIM *et al.*, 2015).

A educação em saúde como processo intrínseco à prática do cuidado e como importante instrumento de promoção da saúde deve por meio desta, apoderar os adolescentes para que desenvolvam o autocuidado, sendo importante que as ações educativas, direcionadas à conscientização destes jovens, promovam a construção compartilhada de saberes (COELHO *et al.*, 2012).

A utilização de estratégias criativas para estas ações educacionais é preferencial e possível. Por meio destas podem ser instigadas a reflexão, a criticidade e a autonomia dos adolescentes, propiciando um ambiente acolhedor e de criação de vínculos, para que se sintam estimulados e interessados a participar, tornando-os ativos em todo o processo (BECHARA *et al.*, 2013).

A utilização dessas novas tecnologias de ensino e aprendizagem deve objetivar a transcendência da transmissão e da imposição de informações e posturas, de modo que o público em questão se torne apto a tomar suas próprias decisões. Para tanto, seus conhecimentos prévios devem ser levados em questão e suas dúvidas precisam ser esclarecidas para que se desmistifiquem seus preconceitos. Partindo desse pressuposto acredita-se que se os adolescentes entenderem e reconhecerem os seus determinantes de saúde poderão se tornar capazes de intervir sobre eles (FREIRE, 2011).

Neste cenário, dentre as inúmeras ferramentas que podem ser trabalhadas, o jogo educativo, se configura como uma metodologia dinâmica de Educação em Saúde, pois contribui para a construção de conhecimentos de forma lúdica. O enfermeiro, ou outro profissional da saúde e da educação torna-se facilitador ou mediador, enquanto os indivíduos agem por eles mesmos. No entanto, não se pode afirmar que os mesmos mudarão de imediato suas atitudes pela simples apreensão de novas informações, pois há grande complexidade e subjetividade nos contextos de vida de cada ser. Todavia, é dado o primeiro passo para que desenvolvam atitudes de prevenção (MARIANO *et al.*, 2013).

Assim, o presente estudo objetivou analisar a repercussão de um jogo educativo na aquisição de conhecimentos de adolescentes frente à contracepção. A pesquisa foi relevante para a identificação das possíveis fragilidades e lacunas no conhecimento dos adolescentes a respeito dos métodos contraceptivos, a fim de que as intervenções possam ser mais direcionadas a suas elucidações.

A partir dos resultados desse estudo espera-se fomentar o debate sobre a importância das metodologias ativas para uma maior eficácia das ações de educação e saúde, bem como incitar o interesse por novas pesquisas nessa área e nortear os acadêmicos e profissionais de saúde em suas práticas educativas, para que se deem de maneira mais interativa, dinâmica e dialogada, incentivando assim, a autonomia e o autocuidado dos adolescentes.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, e descritivo numa abordagem quantitativa, realizada em uma escola de ensino fundamental na cidade de Pereiro-CE, em março de 2017. A coleta de dados se deu em três etapas: aplicação de um questionário para traçar o perfil sociodemográfico dos participantes e para a identificação dos seus conhecimentos prévios sobre contracepção, aplicação de um jogo educativo intitulado: "Anticoncepção na Adolescência" que se trata de um jogo de tabuleiro, com cartas contendo informações e perguntas sobre os métodos contraceptivos. Depois os adolescentes responderam novamente ao questionário constituído pelas mesmas perguntas, para a posterior avaliação nas mudanças ou não no seu entendimento sobre o assunto em questão. Participaram do estudo 56 adolescentes de 12 a 18 anos que foram selecionados obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: estar na faixa etária de 10 a 19 anos, estar devidamente matriculado e frequentando as aulas, e apresentar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido assinado pelo pai e/ou responsável para os menores de 18 anos e o termo de assentimento assinado pelo adolescente. Foram excluídos da pesquisa aqueles que se negaram a participar. Os dados obtidos foram organizados em tabelas com apoio do programa SPSS 20.0. As variáveis foram analisadas descritivamente e discutidas a partir da literatura acerca da temática. O presente projeto foi realizado em harmonia com as disposições da resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, que estabelece as normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Leão Sampaio - UNILEÃO, pelo parecer nº 2.150.230.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra foi composta por 56 adolescentes na faixa etária entre 12 e 18 anos, cursando do 7º ao 9º ano. A maioria estava com idade entre 12 e 14 anos (85,7%), era do sexo feminino (53,6%), cursava o 8º ano (51,8%), se declarou parda (60,7%) e afirmou não trabalhar (92,9%).

Os adolescentes foram questionados sobre diversos aspectos que envolvem a contracepção, como os métodos que conheciam e os que julgavam como os indicados para adolescentes, entendimento sobre dupla proteção, preservativos masculino e feminino, métodos hormonais, comportamentais e cirúrgicos, sendo tratados aqui apenas os resultados sobre alguns dos métodos.

A camisinha masculina (94,6%), a camisinha feminina (80,4%), a pílula do dia seguinte (73,2%) e o anticoncepcional oral (48,2%) foram apontados respectivamente como os mais conhecidos pelos adolescentes, enquanto a temperatura basal (1,8%), o implante subcutâneo (7,1%), diafragma (8,9%) e o coito interrompido

(10,7%), evidenciaram-se como os menos citados. Após o jogo observou-se diferenças nesses números, havendo a elevação da porcentagem em todos os métodos, o anticoncepcional oral, por exemplo, pontuou 66,1% que indica que alguns adolescentes vieram a conhecer muitos dos outros métodos por meio do jogo.

Quando os adolescentes foram questionados sobre quais os contraceptivos seriam os mais adequados para usar na adolescência, os preservativos foram os mais citados antes da aplicação do jogo como os métodos mais adequados para adolescentes (80,4% a camisinha masculina e 30,4% a camisinha feminina), havendo um leve aumento de sua indicação após o jogo, sendo este um aspecto positivo.

Contudo, constatou-se que antes da aplicação do jogo a pílula do dia seguinte foi indicada pelo mesmo número de adolescentes que indicaram a camisinha feminina, correspondendo a 30,4% dos jovens. Este é um dado preocupante tendo em vista que este método só deve ser utilizado em última instância, tendo em vista a sua gama de efeitos colaterais em decorrência da sua alta taxa de hormônios e provável perda da eficácia com a repetição do uso. Salieta-se que o contraceptivo de emergência é de fundamental importância para a prevenção da gravidez em casos de relações sexuais desprotegidas, mas é necessário ampliar seus conhecimentos sobre o mesmo (SCHMITZ *et al.*, 2013). Após a aplicação do jogo, notou-se a diminuição desta opinião para 12,5% dos jovens. Isso demonstra que o jogo teve um alcance positivo a uma parte considerável dos adolescentes.

Em seguida, foi avaliada a compreensão dos adolescentes acerca dos anticoncepcionais hormonais, onde foram apresentadas no questionário, afirmações que os jovens deveriam discernir pela sua veracidade, assinalando sim ou não.

A primeira afirmação dizia que no primeiro mês de uso do anticoncepcional oral a primeira pílula deveria ser tomada no primeiro dia da menstruação. Antes do jogo, apesar de a maioria (57,1%) ter respondido corretamente que sim, houve uma leve diferença nos que disseram que não, sendo este um número também expressivo (41,1%). Isso expressa que apesar de terem dito conhecer o método, uma notável parcela dos pesquisados não sabia a sua utilização correta.

Após o jogo o número de adolescentes que acertou sofreu elevação, equivalendo a 80,4% e conseqüentemente o número de erros decresceu para 14,3%. Mais uma vez o jogo mostrou-se positivo, contribuindo para o conhecimento dos adolescentes a respeito da temática.

A próxima assertiva alegava que a pílula anticoncepcional deixa a mulher infértil. Antes do jogo, houve uma diferença não tão expressiva entre as respostas, apesar de a maioria, equivalendo a 53,6% ter marcado corretamente que não, mais de 42,9% acreditava erroneamente que sim.

Após o jogo houve uma considerável distância entre as respostas. A maioria continuou presumindo que a pílula anticoncepcional não causava infertilidade enquanto, correspondendo agora a 62,5% e os que continuavam admitindo a verdade dessa hipótese diminuiu para 25%. Este é um dos grandes mitos que permeiam o uso dos anticoncepcionais hormonais e o jogo mostrou-se eficiente na amenização dessa visão. Em seguida, afirmou-se no questionário que a pílula anticoncepcional de emergência também conhecida como pílula do dia seguinte é abortiva. Antes do jogo, houve o predomínio da resposta sim, onde 51,8% optaram erroneamente por essa opção, evidenciando que esta informação equivocada ainda vigora atualmente, no entanto os pesquisados pareceram divididos uma vez que mais de 46,4% optou pela resposta não.

Após o jogo, houve aumento do número dos que mudaram de resposta para não, correspondendo a 64,3% e decréscimo dos que afirmaram que sim para aproximadamente 28,6%. Novamente o jogo evidencia-se como pertinente instrumento de mudança de concepções errôneas, esclarecendo os adolescentes acerca da temática abordada.

Ainda sobre a pílula do dia seguinte, questionou-se sobre a sua utilização. Os dados obtidos no questionário foram preocupantes, havendo uma diferença mínima entre as respostas. Antes do jogo 51,8% responderam que este método deve ser utilizado apenas em situações de emergência, no entanto 46,4% disseram que deve ser utilizada após todas as relações sexuais. Esse dado indica que se tem a ideia de uso arbitrário desse método e são desconhecidos os riscos do seu uso demasiado e a perda de sua eficácia em decorrência disso.

Contudo, as respostas sofreram modificações após o jogo. Diminuiu o número dos que pensavam ser correto utilizar este método após todas as relações sexuais, pontuando 28,6% e aumentou os que concluíram que o uso deveria ser feito apenas em situações de emergência, equivalendo a 64,3%. Observa-se agora, larga diferença nos números. Vê-se que o jogo contribuiu para mais esse esclarecimento de uma temática tão séria que pode trazer inúmeras conseqüências para quem a pratica.

Em seguida, questionou-se aos adolescentes qual seria a conduta correta caso a mulher esqueça-se de tomar o anticoncepcional oral. Antes do jogo, 53,6% acertaram, afirmando que se deve tomar a esquecida no horário que lembrar e a pílula do dia no horário de sempre. Contudo, um número expressivo, equivalendo a 35,7% errou marcando que o correto seria não tomar a pílula que esqueceu e continuar com o restante da cartela as respostas dos adolescentes mudaram positivamente. Após o jogo, verifica-se mudanças positivas nas respostas, onde o percentual de acerto aumentou para 73,2% e o de erro diminuiu em aproximadamente 19,6%.

Vê-se a importância da ampliação da abordagem dos anticoncepcionais hormonais, no que diz respeito a sua metodologia de utilização, como age no corpo e eficácia tendo em vista a um número expressivo de adolescentes que optou pelas alternativas incorretas. Além disso, o seu uso está relacionado principalmente quando há um vínculo entre o casal, reduzindo-se o uso do preservativo, isso denota a maior preocupação em não engravidar e a negligência em relação às IST, principalmente quando se usa indiscriminavelmente o anticoncepcional de emergência.

Constatou-se que os adolescentes não possuem um conhecimento satisfatório sobre os métodos contraceptivos, onde percebeu-se que ainda vigoram muitas ideias equivocadas. Infere-se que o jogo interferiu de forma benéfica nas respostas, tendo um impacto positivo na aquisição de conhecimento dos adolescentes a respeito dos métodos contraceptivos.

## CONCLUSÃO

O adolescente precisa conhecer e ter acesso aos contraceptivos disponíveis, compreendendo seus riscos e benefícios e saber que embora possa utilizar grande parte deles, alguns lhes são mais adequados do que outros. Para isso, o adolescente deve conhecer o modo correto de usá-los, fazendo com que os contraceptivos tenham maior efetividade.

Para isso, a prática de ações educacionais em saúde, principalmente com a utilização de metodologias como os jogos, é essencial nesse processo. Devem ser constantes, tendo em vista que a mudança de comportamentos de risco não acontece de imediato.

Apartir desta pesquisa, foi possível inferir que o jogo educativo obteve impacto positivo sobre o conhecimento dos jovens, evidenciando-se como um importante instrumento para a aquisição de conhecimentos. Tornou a atividade educativa mais atrativa, gerando o interesse dos adolescentes, tornando-os multiplicadores de conhecimentos e aptos a realizar decisões autônomas para a melhoria da sua qualidade de vida, satisfazendo o que se define como promoção da saúde.

Observou-se que o percentual de acertos aumentou em quase todas as perguntas pós a participação dos adolescentes no jogo educativo. Foi possível notar durante a participação dos adolescentes no jogo, a aceitabilidade dos jovens em relação à metodologia utilizada, o ambiente descontraído proporcionado pelo jogo, em que os adolescentes liam as cartas livremente, sem olhares julgadores, compartilhando com o grupo cada informação ou pergunta contida nas cartas, havendo assim a aquisição e a construção conjunta de conhecimento.

Evidencia-se então que é um método aplicável e eficaz de educação e promoção da saúde, pois além de tudo, conseguiu-se obter o interesse e a atenção dos adolescentes, que participaram da atividade até o fim. Sugere-se que ao utilizar o jogo como ferramenta, os adolescentes detenham de um tempo que os proporcionem participar de mais de uma rodada, para que tenham acesso a todas as informações do jogo, que o processo educacional seja contínuo, pois a utilização dos anticoncepcionais possui a interferência de múltiplos fatores e o conhecimento é algo em eterna (re) construção.

O estudo buscou corroborar com as ideias da relevância das novas metodologias de educação em saúde, principalmente com adolescentes que precisam de maior motivação para participar, pois gostam de coisas interessantes, novas e divertidas. Assim, pretende-se direcionar novas práticas e instigar outras pesquisas que objetivem exercer ações educativas com mais qualidade e resolutividade, para conseguir maior abrangência do público - alvo, atendendo ao verdadeiro significado de promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. R. F. A.; FIGUEIREDO, T. L.; DORNELLES, V. R.; ANJOS, F. C. Q. S. Aspectos epidemiológicos e sócio-demográficos da gravidez na adolescência em Crixás do Tocantins – TO. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2013, Belém. Anais... Belém: Editora SBMFC, 2013, p. 1243.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. O SUS e a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BECHARA, A. M. D.; GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M.; FACUNDES, V. L. D. “Na brincadeira a gente foi aprendendo”: promoção de saúde sexual e reprodutiva com homens adolescentes. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v. 15, n. 1, p. 25-33, jan/mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.19046>>. Acesso em: 13 de setembro de 2016.



COELHO, M. M. F.; TORRES, R. A. M.; MIRANDA, K. C. L.; CABRAL, R. L.; ALMEIDA, L. K. G.; QUEIROZ, M. V. O. Educação Em Saúde Com Adolescentes: Compartilhando Vivências E Reflexões. Rev. Ciência, Cuidado e Saúde, Rio de Janeiro, v. 11, n.2, p. 390-395, Abr/Jun. 2012.

CORREIA, V. A. R. Gravidez na Adolescência: Construção discursiva de uma condição desviante. 2014. 128f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Programa de Pós – Graduação em Estudos Culturais, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

FREIRE, L. A. M. Educação Em Saúde Com Adolescentes: Uma Análise Sob A Perspectiva De Paulo Freire. 2011. 82f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

GONDIM, P. S.; SOUTO, N. F.; MOREIRA, C. B.; CRUZ, M. E. C.; CAETANO, F. H. P.; MONTESUMA, F. G. Acessibilidade Dos Adolescentes às Fontes De Informações Sobre Saúde Sexual E Reprodutiva. Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 50-53, Nov. 2015.

IFAN - Instituto da Infância. Primeira Infância e Gravidez na Adolescência, Fortaleza: Biênio 2013/14. MARIANO, M. R.; PINHEIRO, A. K. B.; AQUINO, P. S.; XIMENES, L. B.; PAGLIUCA, L. M. F. Jogo educativo na promoção da saúde de adolescentes: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v.15, n.1, p.265-273, jan/mar., 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.17814>. Acesso em: 19 de setembro de 2016.

SCHMITZ, A. N.; SECCO, M. B.; PINHEIRO, T. R.; ALMEIDA, A. C. C. H.; Conhecimento de Adolescentes Acerca da Contracepção de Emergência. Revista Catussaba: Científica da Escola da Saúde. Ano 3, n° 1, 2013.

SOUZA, T. A.; BRITO, M. E. M.; FROTA, A. C.; NUNES, J. M. Gravidez Na Adolescência: Percepções, Comportamentos Experiências De Familiares. Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste. v. 13, n. 4, p. 794-804, 2012.

TAQUETTE, S. R. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. Rev. Adolescência e Saúde. Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 72-77, abril. 2013.

VIEIRA, R. P. Desenvolvimento e Validação de um Jogo educativo para Adolescentes com Enfoque na Anticoncepção. 2016. 112f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos que contribuíram de maneira direta e indiretamente para a realização dessa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A INTERFACE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA CULTURA INDÍGENA

Lídia Andrade Lourinho<sup>1</sup>, Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>2</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>3</sup>, Aline Veras Morais Brilhante<sup>4</sup>.

*1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil. catrib@unifor.br*

*3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: lidiandrade67@gmail.com*

*Palavras-chave: Cultura indígena. Educação. Saúde.*

### INTRODUÇÃO

O presente estudo trata de uma pesquisa realizada junto à aldeia dos Índios Pitaguary, na Comunidade localizada em Munguba \_ região que fica a 30 Km do município de Maracanaú, no estado do Ceará. É o resultado do trabalho de campo feito através de métodos, técnicas e instrumentos associados à pesquisa etnográfica como uma das possíveis direções que podemos dar na reconstrução do olhar sobre o homem e sua cultura e a formulação de relatos da história de um povo, no caso à comunidade indígena pesquisada.

Trata-se de uma reflexão do que foi vivido, experimentado e experienciado ao longo dos quatro encontros na ida ao campo, concentra no estudo de caso, a partir de sua pessoa - informante chave, em particular, a apresentação do tema: O índio e o bem viver: interface educação e saúde.

Para tanto, um relato centrado no informante chave encontrou em Wolcott (1993) um referencial teórico-metodológico importante à fundamentação do que foi percebido e colocado. Centramos a observação em apenas um indivíduo, conforme aspectos da Metodologia que trabalhávamos.

Apresentamos então a nossa experiência de fazer esta pesquisa, no encontro da Etnografia Centrada no Informante ou Etnografia Centrada na Pessoa. Mas essa não é a única característica desta ação investigativa, nas próximas linhas apresentaremos mais aspectos à medida que possamos caminhar no decorrer do texto.

### METODOLOGIA

Optar pela pesquisa qualitativa é escolher o caminho da compreensão da realidade através palavra falada. Para Minayo (2010), a metodologia constitui-se o caminho e o instrumental apropriados para se abordar a realidade que inclui concepções teóricas de abordagem: é o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e que deve levar também em conta o potencial criativo do pesquisador.

De acordo com Lüdke & André (1986), possibilita um contato pessoal e estreito entre pesquisador e o sujeito da pesquisa. Para esses autores, a observação e a entrevista são os principais métodos de investigação. Assim sendo, procuramos fazer desses dois métodos nossas ferramentas de trabalho.

Os fenômenos qualitativos, para Demo (1986), só existem num contexto material, temporal e espacial. Para termos uma compreensão desses fenômenos, faz-se necessária uma pesquisa de campo.

Para nós o tema Estudo de Caso nos conduz, de imediato, a vislumbrar uma representação que poderia ser descrita como a de uma convergência de informações, de dados, vivências, trocas de experiências, partindo sempre da percepção de um dos participantes ou de cada participante, levando-nos a uma compreensão mais clara e dinâmica da natureza de um fenômeno que estaria no foco de nossas observações. No nosso caso o fenômeno seria o "bem viver" na etnia Pitaguary, partindo das questões em relação à preservação da cultura e da concepção do bem viver, relacionadas à temas como educação e saúde. Para responder a estes questionamentos recorreu-se a etnografia centrada na pessoa (CAVALCANTE, 2004).

Meksenas (2002, p.118-119) defini o estudo de caso como sendo: "um método de pesquisa empírica que conduz a uma análise compreensiva de uma unidade social significativa".

Tanto Meksenas (2002), quanto Lüdke; André (1986) defendem que nessa modalidade de estudo o importante é a flexibilidade, permitindo ajustes de instrumentos, associações de técnicas e fontes de informações. Nessa característica flexível do estudo há a possibilidade de, durante sua condução, promover o confronto entre dados coletados, entre as evidências e informações, entre, inclusive, os autores trabalhados em revisão de literatura e que escrevem acerca de um mesmo objeto.

O objetivo de uma tarefa que busca compreender uma pessoa ou um grupo de pessoas, ou mesmo uma comunidade, sua maneira de ser e agir, não deixa de ser pretensioso e ao mesmo tempo recatado. Pretensioso, pois busca compreender o modo de ser e agir de alguém e recatado, pois é apenas uma tentativa de compreender e revelar.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Num estudo de caso a ser realizado em uma pequena aldeia indígena localizada no Município de Pacatuba, a 30 Km de Maracanaú, mais especificamente na localidade de Munguba, no estado do Ceará, seria uma utópica aspiração minha conhecer todos os possíveis fatores que interferem na ideia de *bem viver* que o índio tem. Pretendemos simplesmente, levantar o maior número de dados possíveis, centrados e colhidos em uma única pessoa, que possam servir de referencial e que nos ajude a compreender e não explicar, um pouco mais do que vem a ser o bem viver para o índio que mora em uma aldeia que há pouco se descobriu como índios e que lutam desesperadamente para manter a sua identidade e sua cultura.

Durante a visita alguns momentos foram bem marcantes, desencadeando em nós pesquisadoras emoções pitorescas, já que trazíamos em nossas mentes a ideia de que iríamos ali encontrar uma legítima aldeia indígena, com pessoas vestidas com apenas uma tanga feita de penas ou folhas e usando um cocar ou colares coloridos feitos de sementes nativas da região, ocas com aspecto arredondado e crianças correndo junto com cachorros e outros tipos de animais, imagens que construímos e trazemos de nossa infância sobre a concepção do que seria uma aldeia indígena. Em um de nossos encontros, o primeiro com o pajé, vimos o tal homem vestido com calças jeans e camiseta de malha, fumando um cigarro “pé duro” e com uma silhueta que em nada lembrava aqueles índios fortes e saudáveis.

Esquecemos por completo que o mundo dos “brancos” há muito, exterminou o que em nossas lembranças ainda é tão claro. Esta foi a nossa primeira decepção. A segunda foi ter visto tão claramente, através de nossa informante chave, a realidade de pobreza e miséria que encontramos, confirmando assim que ali não era exatamente uma aldeia indígena, mas sim uma favela como outra qualquer da capital. Porém há um diferencial que não pode jamais ser deixado despercebido, ali talvez fosse mais uma favela, porém uma favela construída por pessoas que lutam para confirmar suas identidades e manter viva a sua cultura. Geertz (1989) define cultura como sendo uma teia de significados que o homem tece, como uma lente através da qual vemos e damos sentido ao mundo. Para Geertz, cultura é um elemento fundamental para a definição de natureza humana e a força dominante da história (KUPER, 2002).

Continuado na busca de uma definição de Cultura, Canclini (1983, p.29) seria *a produção de fenômenos que contribuem, mediante a representação ou reelaboração simbólica das estruturas materiais, para a compreensão, reprodução ou transformação do sistema social*. Esta definição contribui para esclarecer que, ao se referir às diferentes culturas, compreende-se que as relações sociais que se estabelecem entre diferentes grupos étnicos numa mesma sociedade, a brasileira no caso, são determinadas por uma cultura dominante. A cultura dominante referida neste projeto é a cultura hegemonicamente determina todas as relações sociais da sociedade e que tem seus valores atrelados à cultura ocidental branca, cristã e capitalista.

As contradições entre as culturas indígenas e a cultura brasileira hegemônica se apresentam de uma forma que exclui socialmente e que são reafirmadas a cada dia através da educação, indígena ou não (1996).

A busca pela compreensão do que seria o *bem viver* para os índios da aldeia Pitaguary teve início juntamente com a procura da nossa informante chave. Não queríamos escolher alguém, queríamos sim, ser escolhidas. E foi isso que aconteceu! Durante a nossa conversa com Dona Maria, 83 anos, mãe de Fátima - nossa primeira opção de informante - na cozinha de sua casa, Fátima se chega devagarzinho e vai entrando na conversa como que não quer e nada e no final de tudo era ela a entrevistada.

Conhecer Fátima não foi difícil, muito falante, com sede de contar sua história, nos inundava constantemente com tanta informação. Nos falou desde a sua infância até a sua vida hoje na aldeia.

A informante chave, Fátima, 44 anos, estatura mediana, olhos castanhos, pele marrom, sorriso aberto, cabelos bem pretos amarrados ao pé da cabeça no formato de um coque, vestindo shorts jeans e camiseta de tecido num tom bege já meio desbotado, simpática, gosta de conversar, pés calçados em uma sandália rasteira preta bem gasta. Mora em Munguba desde que nasceu, casada, o marido trabalha em uma oficina mecânica longe da aldeia, sai de manhã e só volta a noite, tem quatro filhos, sendo três homens e uma mulher. A minha *menina* como ela chama a filha, mora em Florianópolis e sempre que pode manda algum dinheiro para ela e a família.

Desde o início da entrevista, quando questionada sobre o bem viver Fátima deixa claro a relação que existe entre *bem estar* e saúde. “*Por que a gente se considera que tem um pouco de saúde, né, pra batalhar pra arranjar alguma coisa pra ir sobrevivendo né. O bem que a gente considera é isso. É porque antigamente, uns anos atrás e tudo podia até ser que a gente vivesse melhor por tinha a cultura da peneira que a gente fazia que ajudava muito,*

*mas hoje em dia não tem mais por que ta muito difícil pra pessoa sair pra vender, fazer, pra arranjar o talo, tudo tem que tirar da terra.*

A busca por uma saúde que possa dar conta dos aspectos culturais indígenas é frequente. No entanto, o que se percebe é uma abordagem fragmentada e individualizada da saúde, conduzindo a uma oferta de receitas prontas e a imposição de condutas de saúde sem levar em consideração as demandas coletivas da comunidade (ATHIAS, 2007; MONTEIRO e VIEIRA, 2008).

E mais claramente que a saúde e o bem estar andam juntos com o trabalho. *“Bem, viver aqui é a gente viver assim num canto sossegado, viver da melhor maneira possível com os vizinhos, todo mundo unido né. Todo mundo, como a gente, passa por alguma dificuldade, né. Todo mundo é pobre. Também tem muita falta de emprego né. Os nossos maridos, a maioria é todo mundo desempregado.*

Impregnada com o espírito de mais nos aplicar para mais aprender através do estudo, nesse projeto encontramos um contexto onde ser índio significa ser alguém, mas não se sabe bem o que é ser índio. A explicação para tal sentimento é que faz pouco tempo que eles foram descobertos como índios por um historiador da FUNAI – Fundação Nacional do Índio. Existe uma divisão em ser como sempre foi criada e ser o que realmente é, índio. O que chamamos de conflito de identidade. *“Não, não me sinto por que não vive como índio, não tinha ouvido falar antes de ser índia, minha mãe nunca me disse nada de eu ser índia”.*

Em relação ao cuidar da saúde, Fátima nos fala da necessidade do posto de saúde e da importância dos ensinamentos do Pajé, dependendo do que se está sentindo. *“Bem é assim se a gente ta sentindo dor que agente ver que não é uma dor tão normal de médico, que foi repentina e tudo, às vezes a gente procura o pajé. Se ele vê que a gente não vai ficar boa com a reza, ele manda a gente para o médico”.* Há uma evidencia do desrespeito e da falta de tolerância dos profissionais de saúde quando estabelecem uma relação baseada no autoritarismo, e, também, de ignorância com relação às medicinas indígenas. A maioria dos profissionais demonstram em suas atitudes o preconceito existente em relação aos povos indígenas, caracterizando-os como sujeitos, ignorantes no que diz respeito às questões de saúde<sup>11</sup>. Pesquisas com a população indígena têm mostrado que, as ações na área de saúde são realizadas sem o necessário respeito e conhecimento da cultura do índio, e, assim, os profissionais expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas intervenções sem identificar e aceitar que a especificidade cultural do grupo irá influenciar no êxito de seu trabalho (ATHIAS, 2007).

Percebe-se através da fala da informante que a influência da cultura da medicalização, cultura ocidental e dominante, influencia na sua maneira de lidar com a saúde.

Apesar da dificuldade de se viver com tanta pobreza, Fátima afirma que o prefeito do Município ajuda os índios colocando no posto de saúde, médicos, dentistas e enfermeiras e principalmente contratando uma agente de saúde da aldeia. *“É, tem saúde, tem escola. Inclusive nós tem uma sala lá no posto de saúde com uma equipe, só não é completa porque não tem o nosso médico, é o médico da prefeitura, mas tem a Dra. Silvia, tem os auxiliares de enfermagem, tem a nossa agente de saúde que é a Cristina”.*

Na fala de Fátima a educação, tão ou mais importante que a saúde, visto que segundo a informante, é através da educação que há a perpetuação da cultura indígena, acontecia de forma normal até que começaram as humilhações, as exclusões, quando a nova diretora descobriu que eles eram índios. *“Sim, todos convivem bem. Tudo tranquilo. No começo houve algumas confusões com os alunos que estudavam no Maria de Sá Roriz e o pajé achou que as crianças eram muito humilhadas por eles e foi quando a gente conseguiu construir essa casa de apoio, que hoje tem aula lá pela manhã e a tarde. Mas quem estuda na casa de apoio é praticamente só um reforço”.*

É unânime que a educação indígena aconteça por intermédio de profissionais que pertençam a comunidade e que conheçam os costumes, a língua, os hábitos. Um professor não-indígena, mesmo contemplando o currículo, não domina a cultura da coletividade (GRASSI, 2004).

Agora eles contam com a casa de apoio e esperam por escolas que foram prometidas por políticos, só para índios. Essas escolas seriam instrumentos de manutenção e propagação da cultura indígena local e também da nacional. Para Fátima a educação é um fator de manutenção do *bem viver* indígena. O acesso negado a educação traz consequências drásticas para o *bem viver*, já tão descaracterizado e escondido nos antepassados. Hoje, os índios já não conseguem viver da “terra”, precisam trabalhar fora da aldeia e, portanto, precisam estar atualizados com as novas tecnologias e tendências da globalização. Além de perpetua a cultura, precisam sobreviver.

Em relação aos planos para o futuro, quando perguntei sobre o que estava faltando para que a vida melhorasse, Fátima, novamente fala sobre a falta de trabalhos para eles índios, principalmente para as mulheres da aldeia, que como ela passa o dia praticamente sem fazer nada e que gostariam de ajudar de alguma forma os maridos, no orçamento da família. *“Faltaria assim, sei lá um projeto que desse uma ajuda pra gente, que a gente pudesse trabalhar, ajudar nossos maridos, né. Talvez até ajudar nossos filhos que teja precisando e tudo. Pra nós mulheres. Já não tem trabalho pra os homens e nós mulheres não temos o que fazer por aqui”.*

A principal característica da população indígena do Brasil é a sua grande heterogeneidade cultural. Vivem no Brasil desde grupos que ainda não foram contatados e permanecem inteiramente isolados da civilização, até grupos indígenas denominados de semi-urbanos que se encontram plenamente integrados às economias regionais. Independentemente do grau de integração que mantenham com a sociedade nacional, os grupos aculturados tentam preservar sua identidade étnica, se auto identificam e são identificados como índios (NOBRE, 2002).

## CONCLUSÃO

A ida ao campo desvelou para nós aspectos que só a prática poderia demonstrar. Após quatro visitas à Comunidade Pitaguary, a diversidade de experiências, pensamentos e sensações que experimentamos enquanto grupo e em nossas secretas considerações particulares (que só depois pudemos confrontar) foram as mais variadas possíveis.

O desafio de viver a pesquisa com a lente que afasta e aproxima, no exercício que a Metodologia Científica requer e a inusitada experiência da liberdade de nos constituirmos como um ser presente que interage junto ao informante e junto a nós mesmas, com a carga de percepções que sentir-se presente propicia, talvez tenha sido algo de mais inusitado nessa experiência.

Incluir a visão que olha além, o ouvido que tenta ouvir nas entrelinhas, o olfato no contato e tantos outros sentidos operantes e interativos com o contexto, rascunhar o texto que iríamos produzir quer a quatro mãos, quer na nossa grafia solitária tomou-nos de várias questões que se foi delineando à medida em que o texto foi criando vida e o retrato foi podendo ser pintado.

Como retrato sabemos que alguns acabamentos e ajustes finos ficam por fazer... viajamos na hipótese de como seria reescrever este trabalho se voltássemos daqui a alguns anos. Com que olhar perceberíamos e com que foco enxergaríamos o que dessa vez nos tocou de forma tão inusitada?

No meio do percurso, o encontro com a questão cultura nos reportando a um outro encontro na diversidade e complexidade de composição e ampliação a desvendar multifacetadas de um amplo espectro encontrado, personificado em tantos variados aspectos de uma fala: no discurso excludente ao mesmo tempo exaltado, nos pedidos de socorro e em uma espécie de poder diante do sofrimento por parte de nossos informantes, em nuances onde percebíamos recortes de raça, arte, educação, religião ou tantos outros aspectos específicos e historicamente colocados, onde confrontávamos nossa expectativa e sonhos de criança na imagem projetada do índio bom e ideal, alternada com os mitos dos guerreiros agressivos e hostis.

Outra questão fundamental foi poder perceber cultura não como um estudo abstrato, da esfera do antropológico, sociológico, ou “meramente histórico”, mas permeado de toda uma multiplicidade de fatores dinâmicos da esfera do político, econômico, social, individual, coletivo e tantos outros... em uma sinergia complexa de camadas, níveis, sub-níveis e tantas outras interações que ressoam entre si e que nas visitas que fizemos começamos a contatar.

Refletimos acerca da importância de que estudos como estes possam continuar a serem feitos, tanto pela vivência dos pesquisadores quanto pela elaboração de detalhes e aspectos que destacam a identidade cultural. A diversidade de sujeitos que encontramos enriqueceu o trabalho, como que em parcelas representativas desta comunidade, o que também nos levou a refletir sobre como seria se o informante chave tivesse sido tão somente o pajé, ou o líder comunitário, ou mesmo a dona de casa evangélica, por exemplo?

A verdade é que não sabemos, mas percebemos a riqueza de variedade de focos e encaixes que um trabalho desta natureza apresenta.

## REFERÊNCIAS

- ATHIAS R. Sexualidade, fecundidade e programas de saúde entre os Pankararu. In: Scott P, Athias R, Quadros MT, organizadores. **Saúde, Sexualidade e Famílias Urbanas, Rurais e Indígenas**. Recife: Editora Universitária UFPE; 2007.
- CAVALCANTE JR. Disciplina de Estudos em Psicologia Cultural e Educação. **Apostila de sala de aula**, mimeo; 2004.
- CANCILIN NG. **As Culturas Populares no Capitalismo**. São Paulo: Brasiliense; 1983.
- CHAUÍ M. **Conformismo e Resistência**: aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1996.
- DEMO P. Metodologia científica em Ciências Sociais. 5ª.ed. São Paulo: Atlas; 1986.
- GRASSI LGI. Arara'wa – Araribá e a educação escolar na reserva indígena de Avaí no estado de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2004.

- GEERTZ C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC; 1989. KUPER A. **Cultura: a visão dos antropólogos**. Bauru (SP): EDUSC; 2002.
- LUDKE M; ANDRÉ ADEM. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo. EPU, 1986.
- MEKSENAS P. **Pesquisa Social e Ação Pedagógicas** Conceito, Método e Práticas. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
- MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento**. 12<sup>a</sup>. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- MONTEIRO EMLM, VIEIRA NFC. **(Re) Construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife-PE**. Recife: EDUPE; 2008.
- NOBRE LLL. **A etnomedicina dos índios Pitaguary: do enfoque da biomedicina à subjetividade cultural para promover o bem viver**. [Dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade de Fortaleza; 2002.
- WOLCOTT H. "Sobre la intencion etnográfica", in H. Maillou, R Castano e Ángel Rada (orgs.), **Lecturas de Antropología Para Educadores**, Madrid, Editorial Trotta, 1993.pp.127-144.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IMPORTÂNCIA DA CONSULTA DE PUERICULTURA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

Bianca Loiola Andrade Pinheiro<sup>1</sup>, Herika Paiva Pontes<sup>2</sup>, Amanda Emília Nunes Quezado Praxedes<sup>3</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim<sup>4</sup>, Mirna Albuquerque Frota<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Graduação em enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

<sup>2</sup>Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

<sup>3</sup>Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

<sup>4</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil,

<sup>5</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil,

E-mail: loiolabibi@gmail.com

Palavras-chave: Puericultura. Promoção da saúde. Consulta.

### INTRODUÇÃO

A puericultura é ferramenta importante para as condições de saúde das crianças. Baseia-se no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do público infantil, considerando a família e o contexto socioeconômico que estão inseridos (SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012).

A consulta de enfermagem é um momento que permite conhecer, de forma individual, cada criança em seu contexto familiar, ambiental e social e apresenta-se como uma forma de defesa da saúde infantil, possibilitando a implementação das condutas necessárias (ANDRADE et al, 2013). Desta forma, o acompanhamento por meio da puericultura visa não apenas o desenvolvimento e resultados dos problemas, como também a promoção da saúde para melhoria da qualidade de vida das crianças.

O desenvolvimento infantil constitui-se em um processo resultante da interação entre os fenômenos de crescimento, maturação e aprendizagem, cujas funções são identificadas em habilidades e comportamentos nas dimensões física, intelectual, emocional e social (SILVA et al, 2013). Logo, a consulta rotineira de puericultura torna-se essencial para o acompanhamento da criança, facilitando a redução de riscos e vulnerabilidades à ações precoces para o desenvolvimento infantil.

Os distúrbios que incidem a população infantil são responsáveis por graves consequências para os indivíduos e comunidades, pois a infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Entretanto, intervenções vêm sendo estudadas com o propósito de garantir e manter a qualidade de vida dessa população. Para que a criança se desenvolva de maneira saudável e esteja apta para enfrentar as transformações que ocorrem em seu organismo, é necessário que ela receba uma assistência específica, capaz de promover seu bem-estar físico e prevenir problemas que possam interferir em seu desempenho neuropsicomotor (PEREIRA et al, 2014).

A educação em saúde representa um dos principais elementos para a promoção do desenvolvimento saudável, pois possibilita ao cuidador da criança a formação de uma consciência crítica e reflexiva, por meio da produção de um saber para autonomia no cuidar não só de si, mas de toda a família, com enfoque especial à criança. Com isso, é compreendido que é necessário uma comunicação efetiva entre as famílias e os profissionais da saúde, a fim de haver um melhor esclarecimento sobre o desenvolvimento satisfatório da criança (SANTOS; PENNA, 2010).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo, foi investigar a produção científica acerca da importância da consulta de puericultura na promoção da saúde infantil.

### METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa, método que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões, avaliação crítica e síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado (MENDES et al, 2008).

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas e categorização; avaliação; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

As buscas foram realizadas nas bases de dados LILACS e MEDLINE por meio da utilização de forma associada dos seguintes descritores: puericultura, promoção da saúde e consulta. Os critérios de inclusão dos estudos foram:

artigos científicos com o texto disponibilizados na íntegra; divulgados em português e publicados nos últimos dez anos, no período compreendido entre 2007 e 2017.

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2017. Para a caracterização dos estudos selecionados as seguintes informações foram extraídas e organizadas em um quadro: título, periódico, ano de publicação, objetivo e método empregado.

Os estudos selecionados foram avaliados criteriosamente através da análise de conteúdo na modalidade temática (BARDIN, 2011), as informações extraídas foram categorizadas, construindo-se os grupos temáticos e analisadas de forma descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca inicial foram encontrados 20 artigos, 16 na LILACS e 4 na MEDLINE. Foram excluídos estudos em duplicidade, em idiomas distintos dos definidos como critérios para inclusão e aqueles que, conforme percebido através do título ou após leitura do resumo, não atendiam ao tema proposto. Dos 12 artigos lidos na íntegra, 8 responderam à questão norteadora e definiram a amostra final desta revisão. Os dados do Quadro 1 resumem as informações dos estudos analisados.

**Quadro 1** – Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, periódico e ano de publicação, objetivo e método empregado

Título	Periódico	Ano	Objetivo	Método
Abordagem do contexto de vida da criança na consulta de enfermagem	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental	2017	Analisar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros durante consultas relacionadas ao contexto de vida e ambiente familiar da criança na perspectiva de promover sua saúde.	Qualitativo
Puericultura em enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano	Revista Brasileira de Enfermagem	2012	Descrever o perfil da população menor de um ano atendida na consulta de enfermagem em Puericultura em uma Unidade Básica de Saúde e avaliar a associação	Descritivo
			entre situação nutricional e presença de candidíase oral, candidíase perineal e dermatite irritativa das fraldas.	
Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (REVRENE)	2013	Identificar as ações implementadas pelo enfermeiro durante as consultas de puericultura em Unidades de Saúde da Família.	Quantitativo
A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências	Jornal da Pediatria	2013	Conhecer a produção científica acerca da puericultura.	Revisão Literatura



Percepções da equipe de saúde e de familiares sobre a consulta de puericultura	Cogitare Enfermagem	2015	Conhecer a dinâmica da consulta de puericultura de equipes da Estratégia Saúde da Família de um Núcleo Integrado de Saúde e seus reflexos nas concepções da equipe de saúde e de familiares de crianças inscritas no Programa de Puericultura	Qualitativo
Prática educativa de enfermeiras na atenção primária à saúde, para o desenvolvimento infantil saudável	Cogitare Enfermagem	2015	Identificar a concepção de educação em saúde que norteia a prática educativa de enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde, visando à promoção do desenvolvimento infantil saudável.	Qualitativo
Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepções de mães na estratégia saúde da família	Escola Anna Nery	2012	Descrever a vivência das mães sobre os cuidados prestados aos filhos, bem como a percepção destas em relação à consulta de puericultura.	Pesquisa - ação
Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental	2013	Compreender a percepção do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família acerca da puericultura, descrevendo as ações implementadas durante a consulta de enfermagem.	Qualitativo

Dentre os oito artigos incluídos para análise, foi notório, o predomínio de publicações em revistas nacionais. No que diz respeito ao ano, observou-se que foram publicados de 2012 a 2017, com ênfase para o ano de 2013 e 2015.

No que concerne aos objetivos, todos estudos buscaram analisar a importância da consulta de puericultura na promoção da saúde infantil. Em relação ao método empregado para construção da pesquisa, quatro estudos foram qualitativos, um quantitativo, um descritivo, um de revisão literária e um pesquisa - ação.

Após a leitura minuciosa, foi possível organizar o conteúdo dos artigos selecionados em duas categorias: “Relação família e profissional na promoção da saúde” e “Puericultura e desenvolvimento infantil”.

### **Relação família e profissional na promoção da saúde**

A atenção primária à saúde constitui o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com os sistemas de saúde, por isso os profissionais devem atuar o mais próximo possível dos ambientes no qual as pessoas vivem e trabalham (MASCARENHAS, 2010). Com a aproximação do profissional junto à família não só a doença passa a ser vista, mas também formas para promover a saúde de acordo com suas necessidades e condições básicas.

Segundo Pereira et al (2014) na mudança de modelo de atenção à saúde, a educação passou a apresentar-se como ferramenta relevante na promoção da saúde, por meio de ações educativas e preventivas, rumo à efetivação do cuidado integral e humanizado. É notório que quando o indivíduo passa a ter um melhor esclarecimento sobre a promoção da saúde, o desenvolvimento da criança se dá de forma mais prática, tendo um cuidado integral e eficaz.

A assistência à saúde da criança deve privilegiar os sentimentos e valores das famílias, de modo que todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado possam tomar decisões conjuntas e necessárias à promoção e recuperação da vida saudável (SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012). A empatia e comunicação entre profissionais e famílias gera uma autonomia para melhoria da promoção da saúde infantil.

## Puericultura e desenvolvimento infantil

Consulta de puericultura é capaz de promover mudanças individuais e coletivas, tanto no que se refere à prevenção de doenças como à promoção e recuperação da saúde (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007). A promoção da saúde é um importante instrumento de trabalho na puericultura, especialmente quando ajustada na problematização da realidade vivenciada pela criança (PEDROSO; ROSA, 2009).

De acordo com Del Ciampo et al (2006), promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança é prioridade na assistência à saúde infantil, a fim de garantir crescimento e desenvolvimento adequados nos aspectos físico, emocional e social.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser feito de forma regular, de modo que seja possível a detecção precoce de alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil, com o objetivo de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante toda a infância (OPAS, 2005).

Por fim, a *American Academy* (2007) afirma que a puericultura é suscetível a favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade.

## CONCLUSÃO

Neste contexto, conclui-se a necessidade de realizações de mais estudos com a finalidade de contribuir com informações para a importância da consulta de puericultura na promoção da saúde infantil, para melhor capacitação e entendimento das famílias sobre as condições de saúde.

O nível de evidência dos estudos analisados aponta fortemente que as consultas de puericultura são de extrema importância para o desenvolvimento da criança, contribuindo para a promoção da saúde e melhorando o desenvolvimento infantil. No entanto, esta revisão torna-se importante para fomentar o conhecimento da sociedade e estimular mais pesquisas nessa área.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN Academy of Family Physicians. **Summary of Policy Recommendations for Periodic Health Examinations**. Revision 5.3. Leawood (KS): AAFP; 2007. Disponível em: <[www.aafp.org/exam.xml](http://www.aafp.org/exam.xml)>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- ANDRADE, R. D. et al. The child care as time defense of the right to health of children. **Ciênc cuid saúde**, v. 12, n. 4, p. 719-27, out./dez. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 2011.
- DEL CIAMPO, L. A. et al. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. **Cienc Saude Colet**, v. 11, n. 3, p. 739-743, 2006.
- MASCARENHAS, N. B. **Promoção da saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária**: contribuição ao estudo [monografia] Salvador (BA): Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2010.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.
- ORGANIZAÇÃO Pan-americana da Saúde. **Manual do Desenvolvimento Infantil** no Contexto do AIDPI. Washington: OPAS; 2005.
- PEDROSO, M. L. R.; ROSA, N. G. Consulta de enfermagem em um programa de vigilância à saúde: vivências do Prá-Nenê. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 30, n. 2, p. 221-227, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7077/6679>>. Acesso em: 20 ago. 2017.
- PEREIRA, M. M. et al. Concepções e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre educação em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 1, p. 167-175, 2014.
- SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 4, p. 652-660, 2009.
- SANTOS, R. K. C.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v. 22, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12822012000200006>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, p. 777-781, 2007.

SILVA, D. I. et al. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 6, p. 1397-1402, 2013.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2017.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## RASTREAMENTO E OCORRÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL EM PESSOAS COM HANSENÍASE

Jonas Alves Cardoso<sup>1</sup>, Giovanna de Oliveira Libório Dourado<sup>2</sup>, Felipe De Sousa Moreiras<sup>3</sup>, Telma Maria Evangelista de Araújo<sup>6</sup>, Lidya Tolstenko Nogueira<sup>5</sup>, Italo Arão Pereira Ribeiro<sup>4</sup>

1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem nível mestrado, Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí-Brasil,

2 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem nível doutorado, docente da graduação em enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Floriano-Piauí-Brasil.

3 Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí, Floriano-Piauí-Brasil.

4 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem nível mestrado, Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí-Brasil, Bolsista CAPES.

5 Doutora, docente da graduação e pós-graduação em Enfermagem (Nível mestrado e doutorado) da Universidade Federal do Piauí.

6 Doutora, docente da graduação e pós-graduação em Enfermagem (Nível mestrado e doutorado) da Universidade Federal do Piauí,

E-mail: telmaevangelista@gmail.com

Palavras-chave: Hanseníase. Saúde mental. Promoção da saúde .

### INTRODUÇÃO

O conceito de saúde envolve um olhar muito além dos problemas relacionados ao nosso corpo físico e ausência de doença, abrange ainda o bem-estar mental, social e econômico. O bem-estar mental é alvo de preocupação, pois se relaciona as condições de vida e saúde de forma geral, o desequilíbrio dessa dimensão mental pode se manifestar então na forma de sofrimento e transtornos. É importante destacar que a saúde mental pode ser prejudicada em decorrência de outras patologias muitas vezes reconhecidas pelos seus sintomas físicos, como a Hanseníase.

O termo hanseníase surgiu em homenagem ao descobridor do *Mycobacterium leprae*, Gerard Hansen, cientista norueguês, para substituir a nomenclatura “lepra”, causadora de grande medo durante milhares de anos. O termo “lepra” caracteriza a doença como mal desfigurante, irremediável, contagioso e impuro (WHO, 2011).

A hanseníase caracteriza-se por uma infecção crônica provocada pelo *M. leprae* que afeta principalmente a pele e os nervos periféricos (RODRIGUES; LOCKWOOD, 2011). A hanseníase é uma doença infectocontagiosa que pode acarretar problemas que não se limitam aos causados pelo agente etiológico. Nesse contexto, estudar a hanseníase em seus diferentes âmbitos, considerando também os determinantes sociais, torna relevante o desenvolvimento deste trabalho.

Entender que a hanseníase é maior que um problema de pele é essencial para tratar a pessoa acometida por hanseníase e a partir disso avaliar o paciente em seu contexto social, além de compreender em que ambiente ele está inserido e quais outros problemas surgiram com o diagnóstico da doença. O forte estigma, ainda presente na hanseníase, está ligado ao desconhecimento da doença, mesmo sendo algo milenar, e pode acarretar o surgimento de problemas físicos e mentais.

Assim, refletindo sobre a problemática da hanseníase, elencou-se como objetivo de estudo identificar ocorrência de sofrimento mental em pessoas acometidas por hanseníase. É essencial investigar tal agravo como forma de promoção da saúde, através da aplicação do instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é possível rastrear e identificar a ocorrência de sofrimento mental. As obtenções desses dados colaboram para elaboração de medidas individuais e coletivas de promoção da saúde na esfera da prevenção de maiores agravos e diagnóstico precoce.

### INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, vinculado ao estudo macro multicêntrico de pesquisa operacional “Integrans-Piauí: abordagem integrada dos aspectos clínicos, epidemiológicos, operacionais e psicossociais da Hanseníase em municípios hiperendêmicos do Piauí”.

O presente estudo foi desenvolvido no município de Floriano/Piauí, onde o alto padrão de endemicidade, é classificada em Cluster 1 para Hanseníase. Os clusters representam áreas geográficas de maior risco da doença. A identificação permite compreender o processo de saúde adoecimento e orientar ações específicas (PACHOAL et al; 2009). Floriano possui uma população de 57.690 habitantes, predominantemente urbana (49.970 hab).

Os sujeitos do estudo são pessoas residentes em Floriano diagnosticadas com hanseníase e notificadas no Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN) no período de 2001 a 2014 residentes na área da Unidade Básica de Saúde Theodoro Sobral. A escolha do local se deu por ser uma área central, em que a UFPI realiza ações sociais e de saúde, além de ter sido uma das áreas com maior quantidade de casos encontrados

e avaliados. A coleta de dados nessa unidade foi finalizada contando com 88 Sujeitos abordados e avaliados. Destes, 06 estavam fora da coorte, 36 pertenciam a área de outra UBS, restando 42 pacientes da área da UBS Theodoro Sobral.

A coleta de dados contou com a colaboração dos pesquisadores, profissionais e discentes participantes do Integrans-Piauí. Foi utilizado instrumento com questões sociodemográficas, econômicas, clínicas e o SRQ-20. O SRQ-20 tem por finalidade detectar a presença de sintomas sugestíveis de algum transtorno mental, mas não avalia a presença de transtorno mental específico, ou seja, não oferece diagnóstico do tipo de transtorno existente (SANTOS et al; 2010)

Os instrumentos foram ordenados de acordo com a coleta. Os dados foram digitados no *software Epi Info* TM, versão 7.1.3 do *Center for Disease Control and Prevention*-CDC Excel 2010 e submetidos à análise estatística com a utilização do aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. O projeto Macro obteve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano e do Estado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPI (CAAE: 46169715.2.0000.5214). Os participantes foram convidados a participar e ao concordar assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos maiores de 18 anos. O estudo seguiu os princípios éticos conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo apresentou risco mínimo, visto que não haverá procedimentos invasivos. O risco de constrangimento (por expor questões íntimas e de saúde), bem como realização do exame físico foi minimizado através do treinamento dos pesquisadores para a coleta de forma sistematizada em ambiente que proporcione privacidade. Os benefícios aos sujeitos ocorreram de forma direta, pois os mesmos foram avaliados com relação às incapacidades, sendo informados do resultado o que possibilita o conhecimento para buscar assistência, e indiretos, relacionados à maior visibilidade dos mesmos através da divulgação dos resultados. A pesquisa garantiu proteção à imagem do sujeito;

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sofrimento mental reflete várias dimensões dos indivíduos, tais como os aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais e políticos. Assim, o presente estudo possibilitou reunir informações que revelam o perfil sociodemográfico, econômico, hábitos de vida e colocam em evidência a presença de sofrimento mental na população estudada.

Dos participantes do estudo (50%) das pessoas com sofrimento mental são idosos. Estudo que investigou a ocorrência de transtorno mental na atenção primária não encontrou significância estatística e prevalência quando comparou adultos e idosos (LUCHESE et al; 2014).

Quanto ao gênero observou-se maior prevalência de sofrimento mental entre as mulheres. Sofrimento mental relacionado ao gênero feminino pode ser explicado pela sobrecarga diante do trabalho e encargo familiar, o que culmina com renúncia ao próprio cuidado, ocasionando angústia, ansiedade, frustração, adoecimento e ocorrência de transtorno mental (CARLOTTO et al; 2011; BATISTA et al; 2009).

Em relação aos anos de estudo houve predominância de sofrimento mental entre os entrevistados que referiram 0 a 4 anos de estudos (75%). Esse achado não difere dos descritos em outros estudos com indivíduos assistidos na atenção primária. Poucos anos de estudo é um fator intrinsecamente relacionado a transtornos não psicóticos, uma vez que implica em dificuldade de inserção no mercado de trabalho, baixa remuneração, baixa valorização e baixa qualidade de vida (FONSECA et al., 2008).

No que se refere a variável etnia (75%) auto declararam ser pardos. Essa prevalência está estreitamente relacionada às características demográficas da maioria da população, quando a maioria se declara pardos (IBGE). Considerando-se a questão da situação conjugal, houve prevalência de sofrimento mental entre os que se afirmaram casados (as) / unidos (as) (50%), esse resultado difere da maioria das pesquisas que apontam associação de sofrimento mental em indivíduos divorciados, separados e viúvos, uma vez que o convívio familiar é necessário ao ser humano na construção de sua identidade, desenvolvimento psicológico e sua personalidade (ANDRADE et al., 2009).

Com relação a atividade de trabalho, os entrevistados que apresentavam sofrimento mental (83,3%) encontram-se atualmente sem atividade de trabalho. Essa dificuldade de inserção no mercado de trabalho implica restrições orçamentárias que podem comprometer a subsistência e acarretar dependência financeira.

Quanto à renda mensal, neste estudo, averiguou-se que os sujeitos que relataram não possuírem renda 6 (50,0%) ou ganham menos que 1 salário mínimo 4 (33,3%) apresentaram maior probabilidade de desenvolverem sofrimento Mental. Fato este revelado em outra pesquisa em que sujeitos com renda menor ou igual a um salário mínimo tenderam a um quadro de transtornos não psicóticos (ROCHA et al, 2010).

Deste modo, a baixa renda relaciona-se a um elevado índice de problemas psicológicos, que surgem em decorrência da redução do poder, insegurança, dificuldade de cumprir os papéis sociais, acontecimentos estressantes diários que culminam em baixa autoestima, ocasionando, portanto, maior probabilidade de transtornos mentais (MOREIRA et al., 2011).

A partir dos derivados referentes à ocupação, neste estudo, a maior prevalência de sofrimento mental são às variáveis autônomos e aposentados. Neste sentido, os trabalhadores autônomos, que podem ser classificados como trabalhadores informais por não possuírem carteira assinada, vivenciam, em sua maioria, situações como incerteza sobre a situação de trabalho, precarização salarial, ausência de benefícios sociais e proteção da legislação trabalhista; consistindo em fatores desencadeadores de ansiedade e depressão (LUDEMIR, 2008).

Por outro lado, os aposentados, são idosos que atualmente são responsáveis por prover todas as despesas da família, o que acarreta em dificuldades financeiras, em uma fase da vida que necessitam cada vez mais de cuidados. Por outro lado, as mulheres 'do lar' que no estudo representam (16,7%) comumente cumprem atividades domésticas e apresentam-se intimamente relacionadas às variantes de risco para depressão e ansiedade.

Tal risco se explica pelo fato destas mulheres, ao se isolarem em casa, serem "forçadas" a abdicar da própria satisfação profissional e conseqüente socialização (ARAÚJO et al., 2006). A seguir estão expostos os dados referentes ao perfil clínico das pessoas acometidas por hanseníase:

A associação entre sofrimento mental e hanseníase é evidente desde os tempos ocidentais. A criação de leprosário pela igreja representou marco da segregação dessas pessoas. Tal fato, reflete nos dias atuais com o exposto na pesquisa, o que revela forte pensamento de vínculo da doença com fatores históricos (GARCIA, 2001). Isso prejudica a saúde mental dessas pessoas, tendo em mente que em alguns casos as próprias pessoas acometidas condicionam-se a eventos de exclusão social, familiar e comunitária em decorrência da doença.

Nesse estudo, quando o paciente foi identificado com sofrimento mental, ou seja, escore final maior ou igual a 7, entrava-se em contato com a equipe de saúde municipal e encaminhava o paciente para acompanhamento especializado de acordo com a demanda necessária, dessa forma, acreditamos que garantimos a assistência à saúde priorizando as necessidades da população.

## CONCLUSÃO

A presença de sofrimento mental esteve presente em 28,6% da amostra deste estudo. O perfil destas pessoas foi caracterizado por apresentarem 60 anos ou mais de idade (50%), do sexo feminino (66,7%), com tempo de escolaridade entre 0 e 4 anos de estudos (75,0%), de cor parda (75,0%), casado (41,6%) e separado/divorciado/viúvo (41,6%).

O perfil de trabalho foi caracterizado por maior prevalência de pessoas que relataram não possuir trabalho (83,3%), sem renda individual (50%). Os que possuíam renda relataram ter como fonte a aposentadoria (25%) e bolsa família (30%). Acerca da ocupação referida pela amostra, esteve maior prevalência de pessoas que relataram ser autônomas (33,3%).

Com relação a avaliação do SRQ-20, pode-se observar que se sobressaltou um perfil de indivíduos que são mais acometidos por humor depressivo-ansioso e menos por pensamentos depressivos. Porém, como se trata de escala para rastreamento inicial na população, faz-se necessário intervenção e acompanhamento profissional especializado destas pessoas, afim de melhor compreensão deste aspecto na vida destas pessoas.

Diante do exposto, ver-se a importância da avaliação psicossocial, pois retrata dimensões muitas vezes negligenciadas diante de uma doença com carga de desvalorização. Cabe, então, ao poder público ampliar, incentivar e sensibilizar os profissionais ao rastreamento deste aspecto.

Esses resultados trazem subsídios que possibilitam melhor orientar o planejamento de intervenções voltadas à saúde das pessoas acometidas por hanseníase, com ênfase no diagnóstico precoce, apoio social, além de destacar a necessidade dos profissionais de saúde em identificar o transtorno mental comum nesse grupo, para melhor desenvolver estratégias e práticas para o cuidado de tais indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, F.B, et al. Mental health in the basic attention: an epidemic study based on the risk focus. Rev Bras Enferm.v.62,n.5 2009

ARAÚJO, T.M, et al. Psychological disorders among women: a comparative study between housewives and workers. Rev Enferm UERJ.v.14,n.2, 2006.

BATISTA, J.B, et al. Basic school teacher's health: gender analysis. Cad Saúde Coletiva. v.17,n.3,2009.

CARLOTTO, M.S, et al. Mental Disorders and associated factors among workers: an analysis from a gender perspective. Cad Saúde Coletiva.v.19,n.2,2011.

FONSECA, M.L, GUIMARÃES M.B, VASCONCELOS E.M. Diffuse distress and common mental disorders: a bibliographic review. Rev APS.v.11,n.3,2008.

LUCCHESI R, S., BONFIN S.P., VERA I., et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária, Acta paul. enferm. v.27, n.3, 2014.

LUDEMIR, A.B. Class and gender inequalities and mental health in the cities. Physis.v.18, n.3, 2008.

MOREIRA J.K, BANDEIRA M; CARDOSO C.S; et al. Prevalence of common mental disorders in the population attended by the Family Health Program. J Bras Psiquiatr.v.60, n.3, 2011.

PASCHOAL, A.N. Integração da saúde mental no cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. 2009. Disponível em: [http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf). Acesso em: 10 de Fev. 2015.

RODRIGUES, L. C., LOCKWOOD, D. N. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. Lancet Infect Dis, v.11, n.6, 2011.

SANTOS, A.M et al. Prevalencia de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana. Rev Bras Epidemiol. V. 13, n. 4, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Weekly epidemiological record, Geneva, v. 86, n. 36, p. 389-400, 2011.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimento aos parceiros institucionais e financiadores: UFPI, UESPI, FAESF, UFC, SESAPI, SMS-Florianópolis, Ciomal e NHR-Brasil.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PINTANDO O MUNDO E (RE)ENERGIZAR PARA LUTA COTIDIANA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOCIAL COM ARTE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Emanuella Cajado Joca<sup>1</sup>, Clarissa Dantas de Carvalho<sup>2</sup>, Leanderson Alves do Santos<sup>3</sup>, Maria Rocineide Ferreira da Silva<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>2</sup> Especialista em saúde mental, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>3</sup> Acadêmico de Enfermagem da UECE. Extencionista do Projeto Ações Educativas em Saúde da PROEX-UECE, Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>4</sup> Professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: emanuellacajadojoca@gmail.com

Palavras-chave: saúde da mulher; intervenção social; promoção da saúde com arte.

### INTRODUÇÃO

Esta apresentação consiste em um relato de experiência durante o estágio à docência no mestrado em Saúde Coletiva, acompanhando estudantes de enfermagem em um projeto de extensão universitária, intitulado *Ações Educativas em Saúde* e vinculado a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual do Ceará. Esse trabalho de extensão tem como propósito dialogar com adolescentes e familiares de Escolas Públicas sobre temas de relevância (sexualidade; ambiente; dengue; hepatites virais; violência) no sentido da promoção a saúde, estimulando o protagonismo dos sujeitos na produção da saúde individual e coletiva. A intervenção aqui relatada aconteceu em um equipamento da Rede Cuca do município de Fortaleza, caracterizados como espaços de garantia de direitos para a juventude e de ampliação do processo educacional, com oferta de oficinas, cursos, esportes e outras diversas atividades, que estimulam a participação e inclusão social.

A atividade em foco caracteriza-se por uma proposta do projeto de extensão em alusão ao mês de comemoração a luta das mulheres no ano de 2017. Foi ofertado a comunidade de um dos espaços da Rede CUCA uma oficina de Teatro do Oprimido como recurso de intervenção grupal, favorecedor da expressividade e reflexão crítica acerca da realidade individual e social. Essa proposta teatral foi definida por seu criador, o teatrólogo Augusto Boal (2002) como um sistema de exercícios físicos, jogos estéticos, técnicas de imagem e improvisações especiais, que tem por objetivo resgatar, desenvolver e redimensionar a vocação humana de *ser teatro*, tornando a atividade teatral um instrumento eficaz na compreensão e na busca de soluções para problemas sociais e interpessoais.

### METODOLOGIA

A partir da influência da abordagem artístico-política do Teatro do Oprimido convidamos a comunidade a participar conosco de uma oficina de expressividade com técnicas proposta por Boal (1998).

O público espontâneo que esteve presente foi composto por mães que aguardavam os filhos terminarem as atividades esportivas no espaço. As atividades propostas foram de artes plásticas, com a influência da Estética do Oprimido (BOAL, 2009). Mais especificamente na construção de uma bandeira coletiva (SANTOS, 2016).

Para melhor compreensão desta exposição dividimos a oficina em dois momentos: “Lá vem Bloco das separadas” - que se refere ao momento de acolhida das participantes do grupo com a introdução reflexiva acerca da proposta da oficina e aplicação de técnicas do Teatro do Oprimido, que busca o aquecimento, integração grupal e desmecanização dos corpos. A segunda parte “Eu, Maria e tu – Nós! em nossa luta” momento de fechamento da oficina onde as mulheres compartilham suas impressões e confeccionam um produto final, a bandeira delas.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Lá vem o Bloco das separadas”. Iniciamos o grupo com a auto-apresentação. Objetivava-se um momento de aproximação coletiva, o levantamento das expectativas e proposição/convite de aproximação com a temática: a luta das mulheres. Nesse momento, o grupo afirmou que se conhecia e se auto-intitulou de *bloco das renegadas*, mas logo em seguida reafirmaram que seriam o *Bloco das Separadas* e se apresentaram como mulheres, mães e que cuidavam dos filhos, estando em uma rotina com muitas atribuições e poucos momentos para si, como aquele onde elas se encontravam.

Convidamos as participantes para observarem a bandeira do movimento de luta das mulheres. Lopes (2016) refere que o símbolo “Woman Power” foi criado pelas feministas da primeira onda, entre os anos 1960 e 1970. Esta marca é a combinação do símbolo de Vênus, aquele que a gente usa para designar o feminino, com o punho em



riste. Originalmente, o punho em riste representa unidade, luta e solidariedade, principalmente entre grupos de pessoas que se sentem oprimidas por uma situação/por outro grupo.

Ofertamos uma poesia: “Quem você pensa que é?” da autora Martha Medeiros, no sentido do acolhimento antecipando as atividades de interação grupal. Partimos para movimentos corporais de alongamento, aquecimento, integração com jogos do Teatro do Oprimido. Através do jogo com balões criou-se uma atmosfera de ludicidade embaladas pela música *Desconstruindo Amélia* (2009) da cantora baiana Pitty.

*Eu, Maria e tu – A nossa luta!* As participantes foram convidadas a construir uma bandeira, a partir do contato com a imagem da bandeira da luta das mulheres. O convite ao uso das mãos para construção de uma bandeira que as identificassem/representassem causou um excitação nas participantes, lembrando do prazer da pintura durante a infância. Elas foram convidadas a imprimir/expressar suas lutas através da construção de uma bandeira coletiva pintada com as mãos. O momento potente propiciador de um espaço para afirmação de si! Foi um espaço com risadas, introspecção, inclusão dos pés e rosto, além de cores, nomes, palavras, misturas de tintas, lembranças...

Após a construção do grupo elas foram convidadas a falarem sobre o que construíram, buscávamos levantar significações da vivência. Elas falaram da sensação de ludicidade no toque com as tintas, do cotidiano como mulheres e da assimetria que a mulher vive na sociedade. A discriminação que sofrem se estiverem em bares ou em passeios noturnos. Dos cerceamentos que vivem/viveram em relação as suas liberdades de vestir, comer, sair de casa e trabalhar.

Solicitamos que cada uma pudesse expressar a sensação que a vivência deste momento havia lhes proporcionado. Falaram do (re)energizar. Essa sensação esclarece acerca deste grupo de mulheres que cotidianamente estão enfrentando as auguras que uma sociedade assimétrica as proporciona, mas com muita garra, como elas disseram ser. Concluímos com uma poesia da música, *Desconstruindo Amélia*, que ofertamos ao início e que coadunou muito com a fala delas, principalmente, no seguinte trecho: “E eis que de repente ela resolve então mudar/Virá a mesa,/Assume o jogo/Faz questão de se cuidar/Nem serve, nem objeto/já não quer ser o outro/ hoje ela é um também/ (...) Depois do lar, do trabalho e dos filhos/ Ainda vai pra night ferver.

## CONCLUSÃO

Como *considerações finais* é importante destacar o fortalecimento da luta das mulheres. As participantes se caracterizaram como mulheres que todos os dias enfrentam um cotidiano opressor, que as julga por cada movimento, fala ou escolha. Como disseram, *o cotidiano da mulher* é um espaço/tempo atribulado com dedicação as atividades domésticas e de luta por custeio financeiro. Elas, como mulheres que estiveram em um período casadas, e estão com a responsabilidade dos filhos relatam que além da sobrecarga enfrentam os questionamentos sociais acerca de seus caminhos na vida, que antes os ex- maridos e agora toda a comunidade e familiares as julgam ou cerceiam. Mas que enfrentam essa disputa diária com garra, como escreveram em sua bandeira, com luta, amor, força, como Marias, Terezas, Lindezas, na afirmação de ser mulher, e da exigência veemente que *querem voz e vez!* Que a escolha de estar conosco nesse momento na oficina faz parte do auto-cuidado e da (re)energização para essa luta. Pode-se dizer que a mulher ainda hoje vive à sombra de uma afirmação cultural estereotipada, sendo limitada a adotar papéis que lhe são atribuídos historicamente, de acordo com uma sociedade machista e opressora.

Apesar de todas as condições históricas e sociais que muitas vezes tratam de subjugar as mulheres às intenções machistas, a mulher impõe-se quebrando tais afirmações, buscando ganhar espaço e mostrando sua força. Podemos verificar que a proposta artístico-político do teatro do oprimido é uma tecnologia de cuidado inovadora que contribuiu para a reflexão e enfrentamento de situações de opressão em seu cotidiano, sendo um modelo de cuidado efetivo, gerador de vida, assegurando a participação popular e a aquisição de autonomia. Permitindo ao sujeito ocupar um novo espaço, ampliar as fronteiras da auto percepção, do vivido, de apropriação da sua história, no movimento de tornar-se o autor e ator do espetáculo de sua vida.

## REFERÊNCIAS

BOAL, A. **A Estética do Oprimido**: Reflexões errantes sobre o pensamento do ponto de vista estético e não científico. Rio de Janeiro: Funarte/Garamond, 2009.

BOAL, A. **Arco-Íris do desejo**: método Boal de teatro e terapia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

BOAL, A. **Jogos para atores e não atores**: Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

LOPES, F. **Qual o significado dos símbolos feministas?**, 2016 Disponível em: <https://www.buzzfeed.com/fernandalopes/qual-o-significado-dos-sambolos-feministas-dbss>. Acesso em: 17 de mar de 2017.

PITTY. **Chiaroscuro**. Rio de Janeiro: Deckdisc, 2009, CD.

SANTOS, B. **Teatro do Oprimido**: raízes e asas – uma teoria da práxis. Rio de Janeiro: Ibis Libris, 2016.  
SILVEIRA, M. L. **O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

## **AGRADECIMENTOS**

A Rede Cuca pela acolhida ao projeto de extensão, a Universidade Estadual do Ceará pelo apoio e incentivo ao projeto, ao programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UECE e principalmente, as mulheres participante desta proposta.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL CLÍNICO DAS PESSOAS COM ÚLCERAS DE PERNAS CICATRIZADAS NO AMBULATÓRIO DE ESTOMATERAPIA.

Silvéria Lopes Ponte Prado(PG)<sup>1</sup>, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu (PQ)<sup>2</sup>, Luis Rafael Leite Sampaio(PQ)<sup>3</sup>, Juliana Melo Barreto Marinho (IC)<sup>4</sup>, Larissa Rayane da Silva Brito(IC)<sup>5</sup>, Roseli Oliveira dos Santos (IC)<sup>6</sup>.

1 Enfermeira Estomaterapeuta. Mestranda do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza UNIFOR.

2 Docente do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

3 Docente do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

4 Enfermeira Estomaterapeuta do HMDJEH.

5 Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Mauricio de Nassau – FMN.

6 Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

E-mail: silverialopesprado@gmail.com

Palavras-chave. Úlcera de perna, enfermagem, epidemiologia.

### INTRODUÇÃO

Úlcera de Perna é uma ulceração localizada abaixo do joelho, em qualquer parte da perna, incluindo o pé. Podem ser de diferentes etiologias, como as de comprometimento venosas, arteriais, neuropáticas, doenças hematológicas e dermatológicas. Porém, a principal delas é a doença vascular periférica, principalmente a insuficiência venosa, como no caso das Úlceras Venosas (UV) (WOUNDS INTERNATIONAL, 2013). As úlceras de pernas constituem uma das lesões, de maior incidência no ambulatório da estomaterapia (PRADO,2016).

As pessoas com úlceras de pernas são referenciadas pelo serviço médico das unidades da rede básica de saúde, da emergência do hospital, dos egressos do internamento do hospital e da policlínica nas especialidades vascular, dermatologia, cirurgia geral e endocrinologia do referido hospital. Normalmente, chegam no ambulatório na fase crônica, quando ultrapassou o período de cicatrização.

As úlceras de perna quando não cicatrizam no período esperado precisam de uma abordagem multidisciplinar. A estomaterapia faz parte dessa equipe no que diz respeito a abordagem do cuidado do leito da úlcera e no controle da abordagem de toda a sistemática da assistência de enfermagem das terapias tópicas e acessórios coadjuvantes do processo.

Segundo a pesquisa de Afonso et al (2013) nas úlceras de pernas podem está envolvidos diversos fatores que interferem na conduta terapêutica. Ele enalteceu a elaboração de estratégias de intervenção para melhorar o resultado do processo cicatricial e tornar efetivo as terapêuticas, evitando o desperdício dos recursos da saúde.

A intervenção do cuidado não deve ser dirigida exclusivamente na úlcera, deve buscar uma abordagem holística, de modo a contemplar o homem assistido em sua plenitude (FERREIRA; BOGAMIL ; TORMENTA, 2008).

O estudo de Silva (2014) faz uma síntese que retrata a transcendência e vulnerabilidade do paciente com úlcera de perna relacionando os seguintes pontos: registros insuficientes no mundo, danos a qualidade de vida e uma demanda econômica, ferida com mais de quatro semanas de duração com variação de tamanho de 5cm<sup>2</sup> a 25cm<sup>2</sup>, prevalência das úlceras venosas e necessidade do diagnóstico diferencial.

O profissional que cuida das pessoas com Úlcera de Perna precisa ter o conhecimento integral da clientela e o controle dos fatores que interferem no processo cicatricial.

Diante das considerações apresentadas, objetiva-se com esse estudo descrever o perfil clínico das pessoas com úlceras cicatrizadas no ambulatório de estomaterapia –Ceará.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo desenvolvido no ambulatório de estomaterapia-Ceará, de janeiro à dezembro de 2016. Foram revisados os prontuários dos pacientes acompanhados no serviço de estomaterapia do hospital público de nível secundário e considerados como critérios de inclusão todos os casos de úlceras de pernas cicatrizadas atendidos e cadastrados no sistema de atendimento da estomaterapia ano de 2016. Foram excluídos os doentes com etiologia arterial que são referenciados para serviço terciário. As variáveis utilizadas foram : sexo, faixa etária, tempo da úlcera, tipo de tratamento tópico anterior, tratamento tópico adotado, tipo de úlcera de perna, fator de risco e medição da úlcera. Utilizando a técnica manual com uma régua que se é avaliado a lesão no sentido céfalo caudal e a maior largura do sentido de um lado para o outro, multiplicando-se estas duas medidas (comprimento x largura). A população do estudo compreendeu um total de 58 pessoas, sendo

a amostra composta apenas por 50 pacientes, na qual atendiam os critérios de inclusão. Os dados quantitativos foram analisados em um banco criado no software Statistical Package of Social Sciences for Windows versão 20.0 com base em estatística descritiva, obtendo-se frequências simples e percentuais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme tabela 1, o perfil clínico das pessoas com úlceras de pernas cicatrizadas revela que o percentual de mulheres se aproxima dos homens, com idade superior a 30anos, tendo maior frequência a faixa etária de 70-90, o que está de acordo com a literatura nos estudos (AFONSO *et al*, 2013; MALAQUIAS, *et al*, 2012). Caracterizando a úlcera de perna uma síndrome presente na terceira idade.

**Tabela 1:** Caracterização das pessoas com úlceras de pernas cicatrizadas do ambulatório de Estomaterapia na região metropolitana do Estado do Ceará, 2016.

Sexo	N	%
Masculino	24	42,0
Feminino	26	58,0
Idade		
30-50	12	24,0
50-70	12	24,0
70-90	24	48,0
>90	2	4,0
Total	50	100,0

A tabela 2 aponta que o tipo de úlcera predominante foi a de origem venosa em 60% (30) dos participantes, o que está de acordo com estudo de Sant'Ana, *et al* (2012), seguida das úlceras de origem infecciosas em 28% (14) dos participantes (KORBER, *et al*, 2011).

Em relação ao período de tempo que a população em estudo tem a úlcera ativa (Tabela 2), obteve-se como resultado de 1 até 30 anos, com maior incidência em 19 (38%) dos casos no intervalo de 1-10 anos o que configura um problema crônico de maior complexidade requerendo uma abordagem multiprofissional, além de maior demanda de cuidados e de recursos (VAN HECKE *et al.*, 2011).

Relativamente às comorbidades (Tabela 2), verificou-se em uma maior percentagem de doentes a presença de HTA e DM em 11 (22%), e com menor frequência, o alcoolismo. Os fatores de risco que podem estar associada a úlcera e interferindo no processo cicatricial são retratados em vários estudos (GARIMELLA, 2012; CHATTERJEE, 2012).

Em relação a dimensão da úlcera (Tabela 2), obtendo-se a maior incidência no intervalo de 10- 20cm<sup>2</sup> em 18(38%) da população do estudo, e em 15(32%) das pessoas no intervalo de 20- > 40cm<sup>2</sup>, todas avaliadas como tamanho grande, quando levamos em comparação as pesquisas de Geraldo (2012), Teenvall e Hjelmgram (2005) e de Jesus, (2014) que consideraram como grande a partir de 10cm<sup>2</sup>.

**Tabela 2:** Características clínicas das pessoas com úlceras de pernas cicatrizadas no ambulatório de Estomaterapia na região metropolitana do Estado do Ceará, 2016.

Tipo de úlcera	N	%
Venosa	30	60,0
Infecciosa	14	28,0
Leshimaniose	2	4,0
Úlcera por sequela de Hansen	2	4,0
Úlcera hipertensiva	2	4,0
<b>Tempo aproximado de úlcera (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<1	11	22,0
1-10	19	38,0
10-20	10	20,0

20-30	8	16,0
>30	2	4,0
<b>Fator de risco</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tabagismo	5	10,0
Alcoolismo	4	8,0
Hipertensão arterial-HTA	11	22,0
Diabetes mellitus-DM	11	22,0
Deformidade do membro	5	10,0
Nenhum fator encontrado	14	28,0
<b>Medição da úlcera cm<sup>2</sup></b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<5 cm	12	24,0
5-10cm	5	10,0
10-20cm	18	36,0
20-30cm	9	18,0
30-40cm	2	4,00
>40 cm	5	10,00
Total	50	100,0

O padrão de assistência da estomaterapia dirigido às pessoas com úlceras de pernas segue um fluxograma com elementos essenciais: o diagnóstico médico, o controle dos fatores de riscos, as medicações específicas, a terapia tópica e a terapia compressiva.

A população do estudo utilizou como terapia prévia os seguintes recursos: pomadas, produtos caseiros, óleo de girassol, a realização de cirurgia das veias e uso de meias de compressão. Dentre esses destaque para uso de pomadas em 62% dos casos (Tabela 03).

A Terapia do serviço segue um protocolo eleito pela instituição, embora existam momentos de falta de dispensação do produto. Em 30% das pessoas com úlceras cicatrizadas foram utilizadas a terapia compressiva de contenção (bota de unna) como única conduta. Outros 60% associaram-se na terapia tópica a terapia compressiva para auxiliar no processo cicatricial e 10% dos casos utilizaram somente terapia tópica (Tabela 03). Uma revisão Cochrane concluiu que a compressão venosa promove a cicatrização da úlcera nos doentes cuja etiologia da mesma era a hipertensão venosa, sobretudo se utilizada a alta compressão, estando assim recomendada uma pressão de 40 mmHg (DISSEMOND, *et al*, 2016; NELSON, *et al.*, 2014).

Em outro estudo retrata a compressão para corrigir o edema das pernas, como um remédio básico e um marco para a gestão de feridas nas pernas. Isto é verdade não só para uma categoria predominante de úlceras venosas da perna causadas por refluxo e / ou obstrução, mas feridas de outras origens. Porque estase venosa na posição vertical desempenha um papel importante na formação de úlceras da perna (PARTSCH, MORTIMER, 2015).

**Tabela 3:** Padrão de assistência as pessoas com úlceras de pernas cicatrizadas do ambulatório de Estomaterapia na região metropolitana do Estado do Ceará, 2016.

Terapia prévia	N	%
Pomadas	19	38,0
Caseiros	13	26,0
Pomadas e cirurgia	4	8,0
Ácidos graxos essenciais	6	12,0
Pomadas e uso de meias elásticas	8	16,0
Terapia do serviço	N	%
Bota de unna	15	30,0
Bota de unna+tela	7	14,0

cadêxomero + faixa elástica de alta compressão-FEAC	4	8,0
hidrofibra +FEAC	8	16,0
alginato +FEAC	3	6,0
papaina +FEAC	2	4,0
Papaína	5	10,0
pomada+FEAC	6	12,0
Total	50	100

## CONCLUSÃO

O perfil clínico das pessoas com úlceras cicatrizadas no ambulatório de estomaterapia –Ceará, atendidas no período de janeiro a dezembro de 2016 revela que o percentual de mulheres se aproxima dos homens, com idade superior a 30 anos, sendo maior incidência na faixa etária no intervalo de 70-90.

O tipo de úlcera predominante é de origem venosa. Com tempo de 1 até 30 anos de úlcera ativa, associada as comorbilidades, com a HTA (Hipertensão Arterial Sistêmica) e o DM (Diabetes Mellitus).O diferencial da terapia prévia com a terapia instituída no serviço foi à associação da terapia compressiva com a terapia tópica.

## REFERÊNCIAS

- AFONSO, A. et al. Úlcera Crônica Do Membro Inferior — Experiência Com Cinquenta Doentes. **Angiologia e Cirurgia Vascul**, v. 9, n. 4, p. 148–153, 2013.
- CHATTERJEE, S. S. As úlceras venosas dos membros inferiores: Onde estamos?. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 45 (2), 2012. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495377/#!po=2.50000>>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- DISSEMOND, J. et al. Compression therapy in patients with venous leg ulcers. p. 1072–1087, 2016. FERREIRA, A. M. BOGAMIL, D. D.; TORMENTA, P. C. O enfermeiro e o tratamento de feridas em busca da autonomia do auto cuidado. **Arquivos ciência e saúde**, v. 15, n. 3, 2008.
- GARIMELLA, Pranav S.et al. Peripheral artery disease and CKD: a focus on peripheral artery disease as a critical component of CKD care. **American Journal of Kidney Diseases**, National Kidney Foundation, New York, USA, v.60, n.4, p.641- 654, 2012.
- JESUS, A. G. **Prevalência e abordagem à pessoa com úlcera de perna**. 2014.195 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2014.
- KORBER, A.J. et al .Etiology of chronic leg ulcers in 31,619 patients in Germany analyzed by an expert survey. **Journal of the German Society of Dermatology**.v 8, 1-6. 2011) .doi:10.1111/j.1610- 0387.2010.07535.x
- MALAQUIAS, SG,et al. OS. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 2, p. 302- 10, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a06v46n2.pdf> >. Acesso em: 3 de jun de 2017.
- NELSON, E. A. et al. Compression for preventing recurrence of venous ulcers ( Review ) Compression for preventing recurrence of venous ulcers. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 8, 2014.
- PARTSCH, H.; MORTIMER, P. Compression for leg wounds. **British Journal of Dermatology**, v. 173, n. 2, p. 359–369, 2015.
- PRADO,SLP.**Relatório de Gestão do Serviço de Estomaterapia do Hospital Dr. João Elisio de Holanda** , Maracanaú, 2016.
- SANT´ANA, S. M. S. C. et al. Úlceras Venosas : Caracterização Clínica E Tratamento Em Usuários Atendidos Em Rede Ambulatorial. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 637–644, 2012..
- SILVA DB . **Guia Prático de Enfermagem para Avaliação Clínica de Úlcera de Membros Inferiores**.2014.91 f. [Dissertação] mestrado.Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.; 2014.
- Tennvall, G. R., & Hjelmgren, J. Annual costs of treatment for venous leg ulcers in Sweden and the United Kingdom. **Wound Repair and Regeneration**, 13(1), 13-18. 2005. doi: 10.1111 / j.1067-1927.2005.130103.x

VAN HECKE Ann; [et al.]. Development and psychometric evaluation of an instrument to assess venous leg ulcer lifestyle knowledge among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, UK, v.67, n.12, p. 2574-2585, 2011

**WOUNDS INTERNATIONAL**. Principles of compression in venous disease: a practitioner's guide to treatment and prevention of venous leg ulcers. 2013. Disponível em: <[www.woundsinternational.com](http://www.woundsinternational.com)>. Acesso em: 20 ago. 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecimento aos mestres Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu e Luis Rafael Leite Sampaio pelos ensinamentos.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## APERCEÇÃO DO PACIENTE RENAL CRÔNICO SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CLÍNICA DE DIÁLISE

Francisca Renilda Moreira de Oliveira<sup>1</sup>, Ana Clarice Rodrigues Correia<sup>2</sup>, Marjorie Rodrigues Paula<sup>3</sup>,  
Antônia Regilene Pinto de Oliveira<sup>4</sup>, Verydianna Frota Carneiro<sup>5</sup>, Rithianne Frota Carneiro<sup>6</sup>.

1 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil. renilda\_@hotmail.com.br

2 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste-FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil. anaclaricecorreia@gmail.com

3 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.marjorie\_0201@hotmail.com

4 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.regileneo@yahoo.com.br

5 Coordenadora da UAPS Virgílio Távora. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Fortaleza-Ceará-Brasil. verydianna\_1@hotmail.com

6 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Docente na Faculdade Nordeste- FANOR, Fortaleza-Ceará-Brasil. rithiannefrota01@hotmail.com

E-mail: renilda\_@hotmail.com.br

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica. Enfermagem. Assistência de enfermagem.

### INTRODUÇÃO

No Brasil, entre as crescentes taxas de incidência de Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT), a Doença Renal Crônica (DRC) tem ganhado destaque emergindo como um sério problema de saúde pública e podendo ser considerada uma epidemia com altos percentuais de morbimortalidade.

De acordo com o último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, estimava-se que haviam mais que 97 mil pacientes diagnosticados e ainda vivos com DRC em tratamento dialítico até 2012 e este índice tende a aumentar a cada ano (SBN, 2012).

Dentro das Terapias Renais Substitutivas (TRS's), resultados do Censo Brasileiro de Diálise em 2011 revelou que o número de pacientes em tratamento dialítico passou de 42.695, em 2000, a 91.314, em 2011. O estudo também revelou o percentual de pacientes em diálise: com idade menor ou igual a 18 anos (1,6%), entre 18 a 64 anos (66,9%), 65 a 80 anos (27,2%) ou >80 anos (4,3%). Dentre os pacientes em tratamento, 57% eram do sexo masculino. Em julho de 2012 a pesquisa, levantou que 90,6% dos pacientes em diálise crônica faziam tratamento por hemodiálise e 9,4% por diálise peritoneal (SESSO *et al*, 2012).

A fisiopatologia da insuficiência renal baseia-se na destruição dos néfrons progredindo para a perda da função renal, fazendo com que os restantes se sobrecarreguem na tentativa de filtrarem mais soluto ocasionando hipertrofia, e como consequência redução da capacidade dos rins de produzirem urina (OLIVEIRA, 2010). As substâncias que deveriam ser eliminadas pela urina acabam retidas no organismo, levando a perdas nas funções metabólicas, endócrinas, hidroeletrólíticas e ácido-básico (SANTANA, 2013).

A insuficiência renal pode ser classificada em Insuficiência Renal Aguda (IRA) que é uma das diversas condições que afetam as funções e as estruturas dos rins definida como a diminuição abrupta de suas funções, já Insuficiência renal crônica (IRC) é a anormalidade das estruturas e funções dos rins presentes por mais de três meses com diversas implicações na saúde e classificada de acordo com cinco estágios da doença, sendo que o estágio cinco representa a falência renal necessitando da terapia de hemodiálise (KDIGO, 2013)

A SBN apontou como principais causas de doenças renais crônicas: a hipertensão (35,2%), a diabetes (27,5%), as glomerulonefrites (12,6%), a doença renal policística (4,2%) e outros diagnósticos (20,5%) (SBN, 2012).

Uma das formas de tratamento de pacientes com doença renal crônica é a hemodiálise que visa a remoção de impurezas do sangue e o acúmulo de água na circulação sanguínea.

Segundo Perso (2010) a hemodiálise obriga o paciente a ficar de três a quatro horas conectado a uma máquina, três vezes por semana, com isso, estes pacientes desenvolvem um estreito relacionamento com o profissional enfermeiro, o qual é o principal gerenciador do cuidado nessas unidades.

Pacientes submetidos à diálise renal, em geral, desenvolvem depressão, comportamento não cooperativo, disfunção sexual, dificuldades relacionadas à ocupação e reabilitação. Neste sentido, a doença interfere na qualidade de vida comprometendo o bem-estar físico e social desses pacientes. (MARTINS *et al.*, 2005).

Sabendo da realidade dos pacientes renais crônicos e das dificuldades enfrentadas, desde a descoberta até o transcorrer de toda a doença, surge à necessidade de aprimorar-se sobre esta temática. Para os profissionais da área da saúde, é importante construir uma formação que ofereça suporte para o trabalho e tratamento do paciente



com DRC considerando que ele terá que lidar em sua prática profissional, com pessoas nesta condição (COSTA, 2014).

A assistência de enfermagem deve ser humanizada, individual, sistematizada e de qualidade. De acordo com Tannure (2011), a ciência da enfermagem está baseada em uma ampla estrutura, e o processo de enfermagem ou Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma das ferramentas por meio da qual essa estrutura é aplicada a prática de enfermagem, é o método de solução dos problemas do cliente.

Este estudo teve por objetivo analisar a assistência de enfermagem na percepção de pacientes renais crônicos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa. Os estudos transversais têm como característica a coleta de dados em um recorte único de tempo, diferentemente de outras formas de coletas de dados em que pode ser coletado de maneira cronológica (BASTOS & DUQUIA, 2007).

A pesquisa foi realizada durante o período de abril a maio de 2017, em uma clínica de referência de hemodiálise em Fortaleza - CE, com fins lucrativos que estava vinculada ao Sistema Único de Saúde-SUS onde atendia pacientes com diagnóstico de IRC em tratamento hemodialítico.

A unidade prestava atendimento aos pacientes de segunda a sábado, em três turnos de trabalho, dando assistência a uma média de cento e cinquenta pacientes de ambos os sexos, com idade variando entre 17 a 80 anos e nível socioeconômico variável. A clínica tinha uma equipe multiprofissional composta por: médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista e técnico de enfermagem.

Participaram da pesquisa 30 pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, dos centos e cinquenta pacientes cadastrados na clínica.

Tendo como critério de participação clientes em tratamento dialítico há mais de 6 meses sem déficit cognitivo e dentro da faixa etária de 25 e 60 anos e ambos os sexos que aceitarem participar da pesquisa.

O critério de exclusão foram os faltosos, os que abandonaram o tratamento ou que se negaram a participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2017, por meio da apresentação da carta convite e do questionário e TCLE após deliberação da direção da clínica na cidade de Fortaleza- Ce. Para proceder a coleta de informações foi utilizada a entrevista semiestruturada: foi aplicada uma entrevista semiestruturada, buscando as verbalizações dos pacientes frente a sua percepção e sentimentos diante da assistência de enfermagem recebida durante as sessões de hemodiálise, por um período em média de três vezes por semana nos turnos manhã, tarde e noite.

A análise dos resultados baseou-se na estatística analítica e descritiva, utilizando-se dos testes estatísticos a fim de alcançar os objetivos propostos, sobretudo de validade e confiabilidade do instrumento. Os dados qualitativos gerados das justificativas complementaram a análise dos dados quantitativos.

Foram obedecidos os aspectos éticos contidos na Resolução Nº510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com Seres Humanos.

Para atender os aspectos éticos e legais, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética da instituição hospitalar, para apreciação e autorização formal e segue com a aprovação de nº 68226917300000.8085. A pesquisa foi iniciada após autorização da instituição por meio da assinatura da carta de anuência.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A apresentação dos resultados e discussões foi dividido em quatro partes abordagens: Dados pessoais, quanto ao tratamento, percepção e cognição, equipe de enfermagem.

### **DADOS PESSOAIS**

Desde logo os entrevistados foram questionados em relação à idade. Foi possível perceber nos resultados que 73,3% dos entrevistados tinham entre 35 e 60 anos. Quanto ao sexo dos entrevistados, verificou-se que a amostra é essencialmente constituída por homens (73,3%). Na questão relativa a como estes se consideraram em função sua cor da pele, 63,3% consideravam-se pardos, 30% brancos e 6,7% como negros. Quanto ao estado civil, verificou-se que 46,7% são casados, 40% solteiros e 13,3% viviam em união estável. A nível da escolaridade, quase metade da amostra (46,7%) tinha o ensino médio completo. O restante distribui-se entre ensino fundamental incompleto (13,3%), ensino fundamental completo (10%), ensino médio incompleto (13,3%), ensino superior incompleto (3,4%) e ensino superior completo (13,3%). Verificou-se que a 40% da amostra, tinham naturalidade no

interior, 36,7% na cidade de Fortaleza, e 23,30% é de outros estados. Apesar da naturalidade ser diversa, quando questionados sobre a sua residência, verificou-se que 83,3% referiam ter a sua residência em Fortaleza.

Dos entrevistados, verificou-se que 53,30% viviam com o auxílio que recebiam do governo, 43,3% encontravam-se no ativo e 3,4% desempregados. Conforme Borges e Martins (2001) *apud* Cayres e Gioia-Martins, a doença e o tratamento provocavam debilidade física e que esta dificultava a manutenção dos hábitos de vida do paciente, sendo comum em portadores de IRC, a aposentadoria antecipada ou a diminuição de rotina e carga horária de trabalho, o que diminui consideravelmente sua produtividade.

Foi possível verificar que a principal causa da IRC, com 33,3% foi a hipertensão arterial. Depois apresentou-se a categoria "outros" com 26,7%. Conforme Busato (1975), existe diagnósticos e problemas de diferentes naturezas. Alguns destes problemas podem também ocorrer durante o tratamento.

#### QUANTO AO TRATAMENTO

Iniciou-se esta seção, questionando-se os entrevistados se conhecem a sua doença e se já faltaram a alguma sessão de hemodiálise.

É assim foi possível ver que 80% das pessoas conheciam a sua doença, mas ainda 20% (equivalente a seis pessoas) diziam desconhecer. Quando questionados sobre se já tinham faltado a alguma sessão de hemodiálise, 43,3% afirmavam positivamente, contra 56,7% que dizia nunca ter faltado. Essa afirmação levou-nos à questão os motivos dessas faltas. É assim possível verificar que os principais motivos são imprudência e a ocorrência de imprevistos (ambos com 30,8%). Em seguida aparece o motivo de conflito de agenda com outras consultas (23%) e, por fim, a falta de transporte (15,4%).

Foi questionado sobre o tempo de permanência no tratamento e verificou-se que mais de metade dos entrevistados (53,3%) referiam que estavam há mais de cinco anos no tratamento, cerca de 30% estavam até dois anos e 16,7% estavam entre três e quatro anos.

Quanto ao histórico familiar de doença renal, verificou-se que os resultados estavam divididos com 53,3% em que não existiam, e 46,7% em que a resposta foi afirmativa.

Verificou-se que as atividades domésticas (30%) e o cuidado pessoal (16,7%) foram as atividades que tiveram menos percentagem de comprometimento. Com uma percentagem de 80% verificou-se que o trabalho foi fortemente comprometido e que apresentam fadiga. Quanto ao sono e ao humor rondaram os 60% de comprometimento dos entrevistados.

Quanto ao acesso vascular utilizado na hemodiálise verificou-se que cerca de 80% fístula arteriovenosa, e apenas 20% utiliza cateter em veia central.

#### PERCEPÇÃO E COGNIÇÃO

Foi possível compreender que os entrevistados referiam que a doença afetou a sua família (56,7%), o seu lazer (70%) e as suas finanças (60%).

No entanto, estes sentiam com frequência sentimentos diferentes. Claramente muitos dos entrevistados não deixavam de sentir alegria (80%) e gratidão (86,7%). No entanto, compreendeu-se que estes sentiam preocupação (90%), ansiedade (70%), insegurança (60%) ou medo (50%).

Quando questionados sobre a importância de ser orientados quanto à sua doença, tratamento e autocuidado, a totalidade das pessoas responderam afirmativamente.

#### EQUIPE DE ENFERMAGEM

Nesta seção, foi iniciado o questionamento se recebiam orientações da enfermagem, quando a diversos pontos. Na maioria dos pontos, verificou-se que mais de 60% das pessoas recebiam essas orientações, tendo os valores mais altos nas orientações relativas aos cuidados com o acesso vascular (86,7%), quanto ao tratamento (76%) e à alimentação e ingestão de líquidos (73,3%). O ponto que se destacou negativamente, é quanto às informações relativas aos resultados dos exames, em que apenas 33,3% referiu receber.

Pode-se constatar também que 93,3% dos entrevistados compreendiam bem as orientações dadas e que 90% seguiam essas mesmas orientações.

Quanto à satisfação com a assistência recebida, 83,3% afirmaram estar satisfeito e 86,7% afirmaram se sentir acolhido pela equipe de enfermagem.

Relativamente ao transplante renal, apenas 30% referiu ser incentivado pela equipe de enfermagem a realizar o transplante, contra 70% que referiu que não recebia esse incentivo.

Ao final foi pedido que fosse realizada uma avaliação da opinião quanto ao atendimento das enfermeiras e dos técnicos de enfermagem nesta instituição.

Cerca de 90% dos doentes tinham uma ótima opinião (40%) ou boa (50%) por parte da equipe de enfermagem. Os restantes 10% responderam como regular.

Referente aos técnicos de enfermagem, aumentou a opinião de ótimo (50%) diminuiu um pouco a opinião bom (33,3%) e aumentou a resposta de regular (13,3%). No que toca aos técnicos de enfermagem houve inclusivamente uma resposta como péssima.

## CONCLUSÃO

A DRC é um problema clínico importante, cuja evolução depende da qualidade do tratamento ofertado em seus estágios menos avançados. O diagnóstico precoce da doença, o encaminhamento imediato para acompanhamento e a implementação das medidas que retardam a progressão da DRC, aliadas ao diagnóstico e tratamento das suas complicações e comorbidades são estratégias fundamentais no manuseio adequado da doença.

Com essa pesquisa buscamos conhecer um pouco do perfil epidemiológico do nosso paciente com insuficiência renal crônica, onde através desses dados, mostramos a importância de enfatizar o cuidado de enfermagem para paciente idoso.

Sabe-se que atualmente os pacientes com insuficiência renal crônica tem recebido um melhor tratamento dialítico graças ao avanço tecnológico e operacional das máquinas e equipamentos usados nas sessões de hemodiálise, causando ao paciente uma melhor qualidade de vida e aumentando a expectativa de vida desses pacientes, já que a população tem adquirido cada vez mais cedo a doença.

Observou-se uma deficiência na assistência da equipe em relação ao incentivo ao transplante de rins. Os pacientes relataram receber pouco incentivo da equipe para realizar o transplante, considerando o incentivo da equipe de grande valia por passarem segurança para eles. Sendo assim, é de fundamental importância que a equipe apresente ao paciente outras opções de tratamento e incentive-os a aderir a melhor opção de acordo com o perfil do paciente, não deixando de focar no transplante renal, já que é o tratamento que mais se iguala ao fisiológico, trazendo uma qualidade de vida ainda maior ao paciente com insuficiência renal crônica.

Por fim, a complexidade da DRC e o impacto devastador que ela provocou no paciente e na família são indicadores da necessidade de uma abordagem que vai muito além dos aspectos clínicos da doença, na qual se privilegie o processo educativo, preferencialmente com o apoio de uma equipe de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- BASTOS, JOÃO LUIZ DORNELLES; DUQUIA, RODRIGO PEREIRA. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.
- BORGES, L. R.; MARTINS, D. G. Clínica de hemodiálise: existe qualidade de vida? Boletim de iniciação científica em psicologia, 2001, 2, 1, 42-58.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Hemodiálise: Mais dinheiro para ampliar o serviço. Brasília-DF; 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO-RDC Nº 154, DE 15 DE JUNHO DE 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO-RDC Nº 154, DE 15 DE JUNHO DE 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes. Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde. Brasília, 2014.
- BUSATO, O. "Transplante Renal : aspectos emocionais." In: Martins, Cyro et al. *Perspectiva da Relação Médico-Paciente*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1975.
- COSTA, Ana Paula Rosa Pain; SILVA, Dinair Batista da; SANTIAGO, Francineide Rodrigues De Mesquita; LOPES, Raniele Dias; RESPLANDES, Uriel Moura. Intervenções Do Enfermeiro Na Doença Renal Crônica aplicando A Sistematização Da Assistência De Enfermagem Na Promoção Da Qualidade De Vida. **Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)**, Sociedade De Educação E Cultura De Goiânia – Secg, Faculdade Padrão. GOIÂNIA, 2014.
- KDIGO 2013. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Vol. 4, ISSUE 1, JAN, 2013.
- MARTINS, M.R.I, CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem.*; v.13: p.670-6, 2005.
- MARTINS, M.R.I.; CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latinoam Enferm.* 2005.
- OLIVEIRA, M, L; BATISTA, G, M; ESPÍNDOLA, B, M. Indicadores de qualidade de vida em pacientes renais

crônicos submetidos a hemodiálise. *Rev. Eletr. de Enf. do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição.*, v. 1, n.1, p.1-16, 2010.

PERSO, P. Hemodiálise. [capturado em: 20 set 2010]. Disponível em: <http://www.perso.com.br>. SANTANA, S, S; FONTENELLE, T; MAGALHÃES, L.M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. *Revista científica do ITPAC, Araguaína*, v.6, n.3, Pub. 5, julho 2013. SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de Diálise 2012. 2012.

SESSO, R.C.C. Diálise crônica no Brasil-relatório do censo brasileiro de diálise, 2011. *J. bras. nefrol*, v. 34, n. 3, p. 272-277, 2012.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. In: SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2011. p. 298-298.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos que colaboraram para este estudo e principalmente a orientadora pela sua atenção e companheirismo na construção do mesmo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O CUIDADO AO GRANDE QUEIMADO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM FORTALEZA-CE

Francisca Renilda Moreira de Oliveira<sup>1</sup>, Ada Jéssyca Lemos Da Silva<sup>2</sup>, Marjorie Rodrigues Paula<sup>3</sup>, Antônia Regilene Pinto de Oliveira<sup>4</sup>, Verydianna Frota Carneiro<sup>5</sup>, Rithianne Frota Carneiro<sup>6</sup>

1 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

2 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

3 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

4 Graduada de Enfermagem pela Faculdade Nordeste- FANOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.

5 Coordenadora da UAPS Virgílio Távora. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Fortaleza-Ceará-Brasil.

6 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Docente na Faculdade Nordeste- FANOR, Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: renilda\_@hotmail.com.br

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Unidades de queimados.

### INTRODUÇÃO

Queimadura pode ser definida como uma lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica, química, elétrica ou radiativa, podendo destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos, e até atingir camadas mais profundas, como tecido subcutâneo, músculo, tendões e ossos. É uma lesão complexa que compromete a função de todos os sistemas do corpo, e as defesas do organismo estarão limitadas (DUARTE *et al*, 2012).

A queimadura térmica é resultante da transferência de energia de uma fonte de calor para o organismo. O calor pode ser seco ou úmido, por exemplo, vapor, fogo, líquido quente, entre outros (TENIZ; PEREIRA, cop.2008).

Diante de uma situação de fogo, a vítima deve ser afastada da fonte de calor, se ela estiver em chamas deve-se orientá-la a rolar no chão ou utilizar um cobertor para apagar as chamas. É importante não deixar a vítima correr se estiver em chamas, pois irá aumentar a combustão. Na área afetada não deverá ser colocada substância alguma, apenas água corrente por alguns minutos para alívio da dor. As roupas da vítima devem ser retiradas por profissionais de saúde (TENIZ; PEREIRA, cop.2008).

Segundo a sociedade brasileira de queimaduras, as queimaduras podem ser classificadas dependendo da profundidade da lesão podem ser classificadas como 1º, 2º, 3º e 4º grau. Podem ser classificadas ainda quanto a extensão que é representada em percentagem da área corporal queimada. São classificadas como leve ou pequeno queimado, médias ou médio queimado e grave ou grande queimado.

O sexo masculino é o mais acometido com acidentes de queimaduras, tendo o álcool como principal fonte de acidentes em todas as faixas etárias, exceto em crianças entre zero e quatro anos, que são mais acometidas por queimaduras tendo como principal agente etiológico a escaldadura (BRASIL, 2012).

Dentre os pacientes que sofrem queimaduras, os mais críticos são classificados como grandes queimados, que se classificam assim por terem 20% ou mais da Área total de superfície queimada (ATSQ), sofrem alterações metabólicas, desequilíbrio eletrolítico, danos respiratórios, dentre outras alterações fisiológicas graves e infecção que hoje é o que causa maior mortalidade nesses pacientes (NISHI; COSTA,2013).

No Brasil no período de outubro de 2014 a outubro de 2015, ocorreram 10.417.544 casos de internação hospitalar por queimaduras. A região com mais casos foi a região sudeste com 4.116.040 (DATASUS, 2015).

As queimaduras são consideradas um grave problema de saúde pública em todo o país, sendo de grande importância o conhecimento epidemiológico, pois são os dados estatísticos que fornecem subsídios para programas de prevenção e tratamento da queimadura, bem como definem um paralelo entre as experiências de centros nacionais e internacionais (SILVA *et al*, 2010).

O tratamento dos queimados é dividido em três fases: reanimação, reparação e reabilitação. O cuidado ao queimado, quanto ao critério de prioridades de condutas de atendimento, é o mesmo tido com vítimas de algum tipo de trauma (SMELTZER *et al*, 2009).

Pacientes vítimas de algum tipo de queimadura apresentam além das dores intensas um grande impacto emocional, sendo, estes, alguns dos fatores que interferem em sua recuperação (ARAUJO, 2014).

Pacientes queimados sofrem danos corporais, muitas vezes irreversíveis, e, diante de sua autoimagem lesionada, apresentam medo da desfiguração, separação de familiares, insegurança e receio de retomar seu cotidiano anterior ao trauma térmico. Apresentam desordem de sentimentos e sensação de impotência, deixando-os temerosos em relação ao futuro.

A causa de morte mais comum nos pacientes queimados, após uma semana, é a infecção. Dessa forma, a equipe de saúde deve agir de forma a minimizar a transmissão e proliferação de bactérias, tendo como principal aliada a lavagem das mãos (GREGOLETTI *et al.* 2008, apud CORREA; MACÊDO, 2014).

O profissional de enfermagem deve estar atento ao paciente, a fim de esclarecer dúvidas e também estimulá-lo a falar sobre o que está sentindo. Assim, mantém comunicação efetiva não apenas com o doente, mas também com seus familiares, ressaltando que o apoio e o contato com a família são importantes na assistência emocional ao paciente (OLIVEIRA; MOREIRA e GONÇALVES, 2012).

Prestar assistência de enfermagem ao paciente queimado exige que o enfermeiro tenha alto nível de conhecimento científico sobre as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema orgânico após uma queimadura, como por exemplo, desvio de líquidos, alterações hemodinâmicas e metabólicas, alterações pulmonares, renais, hematológicas, diminuição da atividade imunológica. Isso possibilitará identificar e prevenir alterações sutis que possam desencadear maiores complicações em decorrência das lesões teciduais e sistêmicas (SILVA, 2010).

Este estudo teve por objetivo analisar o cuidado de enfermagem ao grande queimado de um hospital de referência em Fortaleza-CE.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, observacional e com abordagem quantitativa. Os estudos transversais têm como característica a coleta de dados em um recorte único de tempo, diferentemente de outras formas de coletas de dados em que pode ser coletado de maneira cronológica (BASTOS e DUQUIA, 2007).

O estudo foi realizado no período de janeiro de 2017 a março de 2017 no Centro de Tratamento de Queimados de um hospital terciário na cidade de Fortaleza no estado do Ceará.

No Centro de tratamento de queimados (CTQ) são realizados tratamentos de média e alta complexidade. Cerca de 100 profissionais compõem a equipe multidisciplinar, dentre eles: médicos, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais. No CTQ existem 28 leitos e 2 salas cirúrgicas, são realizados, em média, 50 a 80 curativos ambulatoriais por dia. Por mês são internados cerca de 50 pacientes.

Este estudo foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com enfermeiros gerencial e assistencial do Centro de Tratamento de Queimados de um hospital terciário na cidade de Fortaleza no estado do Ceará.

Foram incluídos na pesquisa 8 enfermeiros do CTQ que aceitaram participar da pesquisa, e excluído 1 que estava de férias e 1 que trabalhava apenas no turno da noite. Atualmente o setor conta com 10 enfermeiros.

Para coleta das informações foi realizado um primeiro contato com os profissionais do CTQ, a fim de realizar o convite para a participação e apresentar o estudo e os objetivos através da carta convite. Após a realização deste primeiro contato e após o acordo com os profissionais, foi feito um agendamento de um segundo momento para a realização da entrevista.

O instrumento para a coleta de informações foi um questionário semiestruturado através de entrevista que buscou destacar a percepção dos enfermeiros sobre o processo de enfermagem no CTQ e destacar os elementos facilitadores para o desenvolvimento do processo de enfermagem na íntegra, identificando possíveis dificuldades encontradas para a realização de suas atividades.

Os dados contidos nos instrumentos respondidos pelos participantes foram organizados e processados pelo programa SPSS (Statistic Package for Science for Social Science, versão 20). A análise dos resultados baseou-se na estatística analítica e descritiva, utilizando-se dos testes estatísticos a fim de alcançar os objetivos propostos, sobretudo de validade e confiabilidade do instrumento. Os dados qualitativos gerados das justificativas complementaram a análise dos dados quantitativos.

Foram obedecidos os aspectos éticos contidos na Resolução N°510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com Seres Humanos.

Para atender os aspectos éticos e legais, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética da instituição hospitalar, para apreciação e autorização formal e segue com a aprovação de nº 62178716.8.00000.5047.

A pesquisa foi iniciada após autorização da instituição por meio da assinatura da carta de anuência.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para possibilitar a análise, agruparam-se os resultados em caracterização dos participantes do estudo com abordagem sobre: Distribuição dos participantes, população mais acometida, cuidados de enfermagem implementados ao grande queimado e intervenções de enfermagem mais utilizadas.

### **DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES**

De acordo com os resultados a predominância dos participantes da pesquisa eram de enfermeiros (100 %); sexo feminino (100%); quanto a equipe (87,5%) eram especialistas e detinham de capacitação para o exercício da profissão, prevaleceu os profissionais que tinham de 20 a 25 anos de tempo de serviço (75%), grande parte dos profissionais trabalharam 24 horas semanais (37,5%) e os restante se dividia em até 48 horas semanais (62,5%), (87,5%) trabalharam em horário noturno, e (37,5%) executam suas atividades em turno fixo e os demais (62,5%) trabalharam em escala alternada.

As características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuavam no setor de saúde puderam influenciar tanto na escolha pela atuação quanto no trato com questões inerentes ao trabalho. Faz-se necessário, portanto conhecer o perfil desses profissionais, uma vez que este parece estar associado à identificação com o trabalho comunitário, à formação acadêmica e à qualificação e capacitação para o desempenho das funções (COTTA *et al*, 2006).

Com relação à avaliação do perfil detectou-se um predomínio de profissionais do gênero feminino sobre o masculino, sendo a feminilização da força de trabalho na enfermagem recorrente (CANESQUI; SPINELLI, 2008).

#### POPULAÇÃO MAIS ACOMETIDA

A população mais acometida foi a de adultos com 87,5% dos casos, seguida da de crianças (75%) e idosos (50%), o tipo mais prevalente de queimaduras se deu por escaldadura (87,5%), seguida de chamas (62,5%), corrente elétrica (62,5%) e inalação (25%), os acidentes compuseram a maioria das causas (87,5%), seguida das de suicídio (25%).

O perfil epidemiológico traçado mostrou que ainda é recorrente a queimadura em adultos, tornando-se significativo ainda as formas de divulgação dos tipos de prevenção. E se faz necessário voltar-se para a importância que isso causa nas instituições, visto que grandes queimaduras geram longos períodos de internação e conseqüentemente afastamento do trabalho por tempos prolongados, muitas vezes influenciando de forma direta na vida do restante da família, que ficará sem o seu provedor.

Vale ressaltar que em alguns casos as queimaduras podem trazer danos irreversíveis o qual se faz indispensável o seu afastamento definitivo das atividades trabalhistas (SOUZA *et al*, 2009).

Diferente do que foi encontrado nos dados descritos no quadro a cima onde a população adulta é a mais prevalente, alguns estudos mostram outra realidade como, em estudo realizado em Santa Catarina, com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico de pacientes vítimas de queimaduras no período de 1998 a dezembro de 2008, mostrou que crianças, em especial as de idade de 0 a 3 anos, ainda possuem uma maior vulnerabilidade e um fator determinante é a supervisão inadequada pela parte dos adultos (ANDRETTA *et al*, 2013).

Em relação ao agente causador, a exposição a líquidos quentes (escaldadura) ainda é o tipo mais prevalente, seguida das chamas produzidas por álcool. Corrente elétrica e inalação de produtos químicos os quais não produzem danos de calor ocorrem com menos frequência.

#### CUIDADOS DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADOS AO GRANDE QUEIMADO

As medicações mais utilizadas foram a sulfadiazina de prata a 1% (87,5), seguidos da hidrofibrina com espuma (12,5%) e mupirocina (12,5%), o tipo de cobertura mais utilizada foi Aloenxerto/ Homoenxerto (50%), seguido de Acquacel AG (50%), Acticoat (25%), na maioria dos casos a alimentação se deu por sonda nasoenteral (87,5%). Os cuidados mais realizados pela equipe de enfermagem no leito da ferida foram banho anestésico e renovação de curativos (87,5%), seguidos por administração de medicamentos e limpeza e desbridamento da ferida (75%), e por fim o tipo de acesso venoso mais utilizado foi o periférico (75%), seguido do central com (25%) dos casos.

Os primeiros cuidados prestados ao paciente influenciam de forma direta no êxito final do tratamento e contribui com a redução da mortalidade e morbidade. Ele teve o objetivo de controlar o desenvolvimento bacteriano, remover o tecido sem vitalidade e preparar a pele para receber a enxertia se necessário (BOLGIANI; SERRA, 2010).

#### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM MAIS UTILIZADAS

Em relação as intervenções implementadas identificaram-se que as mais realizadas foram monitoramento do débito urinário pelo menos a cada hora; uso de assepsia; inspeção da ferida para sinais de infecção e realização de curativos; avaliação frequente de temperatura corporal; fornecimento de tranquilidade e apoio emocional, compreendendo de forma individualizada (100%) dos cuidados prestados. Manter extremidades aquecidas e pesar o paciente diariamente foi comum a (87,5%) dos pacientes na visão dos enfermeiros entrevistados, seguidos de posicionamento do paciente de forma cuidadosa (75%), monitoramento e contagem de leucócitos (62,5%) e fornecimento de ambiente aquecido por meio de cobertores térmicos (25%).

Pesar o paciente diariamente foi realizado por (87,5%) dos enfermeiros entrevistados, devido ao diagnóstico de enfermagem: nutrição desequilibrada, em razão de toda a perda de eletrólitos que esses pacientes sofrem durante a queimadura. Através da pesagem será mostrado indicadores e um plano de cuidados para o paciente será traçado por uma equipe multiprofissional.

O monitoramento dos exames foi uma intervenção realizada por (62,5%) dos enfermeiros interrogados. Esse monitoramento deve ser realizado devido as alterações que a patologia causa e das diversas intervenções cirúrgicas que os indivíduos são submetidos, além de ser crucial na hora da detecção de infecções.

O trabalho desenvolvido por enfermeiros se depara com algumas dificuldades durante a realização do tratamento dos pacientes, pois este é marcado pela dor, especialmente na hora do banho e troca de curativos, o que acabaram sendo um fator estressor para o profissional de enfermagem e se tornando um dos maiores desafios da assistência prestada.

As condições socioeconômicas das instituições acabaram por influenciar de forma direta na assistência prestada aos usuários, o que acaba exigindo dos profissionais dinamicidade e criatividade na hora das buscas de soluções dos problemas apresentados.

Apesar das dificuldades encontradas pode ser observado a satisfação por parte dos profissionais na prestação do cuidado e a alegria durante a alta dos clientes, o que refletiu o empenho e êxito da equipe.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer o perfil dos enfermeiros que trabalham com pacientes queimados na unidade onde ocorreu a pesquisa.

A assistência de enfermagem é de suma importância para a recuperação do paciente de forma rápida e com o mínimo de sequelas possíveis. O enfermeiro deve fornecer apoio de forma física e psicológica, vendo o paciente de forma holística e humanizada.

Neste estudo pode ser visto as maiores intervenções implementadas pela equipe de enfermagem a partir do diagnóstico traçado e a eficiência dos mesmos.

Também foram identificados problemas para a realização do tratamento com eficiência, como a dor do paciente, a falta de material e a falta de profissionais. O que nos leva a ter pensamento crítico e criatividade na hora da resolução de problemas, visando sempre a oferta de assistência qualificada, mostrando que o enfermeiro não é apenas um ser que domina técnicas.

## REFERÊNCIAS

ANDRETTA, I.B. et al. Perfil epidemiológico das crianças internadas por queimaduras em hospital do sul do Brasil, de 1998 a 2008. *Rev Bras Queimaduras*, v. 12, n. 1, p. 22-9, 2013. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/140>.

ARAÚJO, E. L.M. et al.. Assistência de enfermagem ao paciente grande queimado. In: VII CONGRESSO IBEROLATINO AMERICANO DE HERIDAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS, I CONGRESSO DE ARGENTINO DE HERIDAS, 2014, Tucumán Argentina. **Anais eletrônicos: PTH104**. Tucumán. GEHUPP, 2014. Disponível em: <<http://gehupptucuman.com.ar/gestor/wp-content/uploads/2014/11/PTH104.pdf>>.

BASTOS, JOÃO LUIZ DORNELLES; DUQUIA, RODRIGO PEREIRA. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiuf.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://sbqueimaduras.org.br/wp/wp-content/uploads/2013/04/Cartilha\\_MS\\_2012.pdf](http://sbqueimaduras.org.br/wp/wp-content/uploads/2013/04/Cartilha_MS_2012.pdf)

CANESQUI, Ana Maria; SPINELLI, Maria Angélica do Santos. Family Health Program implementation in municipalities in Mato Grosso State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 4, p. 862-870, 2008.

CORREIA I.B., MACÊDO L.S. O Cuidado de Enfermagem a Pacientes Queimados em Unidades de Tratamento de Queimaduras. Teresina, 2014. Disponível em: [http://www.ibrati.org/sei/docs/tese\\_704.doc](http://www.ibrati.org/sei/docs/tese_704.doc)

COTTA, Rosângela Minardi Mitre, et al. Organização do Trabalho e Perfil dos Profissionais do Programa de Saúde da Família. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2006.

DUARTE, M.L.C.; LEMOS, L.; ZANINI, L. N. N.; WAGNES, Z. I. Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. *Rev. Gaúcha Enferm.*[Internet], Porto Alegre (RS), v. 33, n. 1, p. 77-84, mar 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a11v33n1>



NISHI, P. K; COSTA, E. C. N. F. Cuidados de enfermagem à pacientes vítimas de queimaduras: identificação e características clínicas. **Revista UNINGÁ**, Maringá-PR, v.36, p.181-192, abr./jun. 2013. Disponível em: <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140131\\_105105.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140131_105105.pdf)>

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Rev Bras Queimaduras**. Porto Velho, v.11(1), p.31-37, 2012. Disponível em: < [http://rbqueimaduras.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=97](http://rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=97)>

PAIVA, Alexandre A. Souza et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 8, n. 3, p. 87-90, 2009. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/18/pt-BR>

SERRA, A.N. B. et al. Atualização no tratamento local das queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 2, p. 38-44, 2010. Disponível em: <http://rbqueimaduras.com.br/details/32/pt-BR>

SILVA, R. M. A.; CASTILHOS, A. P. L. A identificação de diagnósticos de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem. **Rev Bras Queimaduras**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 60-65, 2010. Disponível em: < <http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/junho-2010/aidentificacaodiagnosticosdeenfermagem.pdf>>

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica** (J. E. F. Cruz, Trad., 11a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 2009.

TENIZ L, PEREIRA Q. Queimados.com.pt. Disponível em: <http://www.queimados.com.pt/Home/tabid/36/Default.aspx>.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos pelos colaboradores que ajudaram na construção deste estudo e principalmente a orientadora pelo incentivo a pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: AS CONCEPÇÕES DOS DOCENTES DO CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

Lídia Andrade Lourinho<sup>1</sup>, Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>2</sup>, Maria Salete Bessa Jorge<sup>3</sup>

*1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: lidiandrade67@gmail.com

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Formação em saúde. Fonoaudiologia.

### INTRODUÇÃO

Repensar a formação fundamentada nos marcos conceituais da Promoção da Saúde e da integralidade permite a reflexão sobre a atuação dos profissionais da saúde no exercício de uma prática integral, humanizada e interdisciplinar, com o objetivo de superar o modelo tecnicista da assistência. Ao conceber a saúde integral como direito de todos e dever do Estado, a intervenção fonoaudiológica, que anteriormente apenas oferecia um atendimento clínico e individual, gradativamente foi ampliando sua inserção nos serviços públicos de saúde (CASANOVA, MORAES, RUIZ-MORENO, 2010).

Desde o seu início, a Fonoaudiologia incorporou em sua atuação os principais fundamentos da Medicina Preventiva, definida como “a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida, promover a saúde física e mental e a eficiência” (LEAVELL, CLARK, 1976).

A aproximação entre a Fonoaudiologia e o campo da Saúde Coletiva aconteceu mediante um processo discreto, se considerarmos o contexto turbido da rede de saúde e das políticas públicas no País<sup>4,5</sup>.

A inserção do fonoaudiólogo na saúde pública aconteceu nos anos de 1970 e 1980, no entanto o acesso a um atendimento fonoaudiológico era difícil. Só com a criação do SUS, no final dos anos 1980, houve aumento na contratação deste profissional para o trabalho no setor e houve um investimento maior na pesquisa, com este enfoque (FERNANDES, NASCIMENTO, SOUSA, 2012).

Nos últimos tempos enfrentamos desafios e procuramos novas perspectivas de transformação do Ensino Superior em saúde no Brasil. Buscamos reconstituir os processos formativos, tornando-os mais significativos, para os alunos, professores e comunidade. Leis, normas e resoluções (Diretrizes Curriculares) ou portarias são editadas sob os auspícios dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS), com o intuito de promover e acelerar mudanças na Educação Superior (TRENCHÉ, BARZAGHI, PUPO, 2008).

Para refletir e redimensionar a prática do fonoaudiólogo, com o intuito de mudanças na sua atuação na saúde coletiva, faz-se necessário discutir os conceitos de Prevenção e Promoção no campo da saúde.

Confirmando a necessidade de mudanças nas práticas e na formação, percebendo que são duas faces do mesmo movimento de produção da atenção integral à saúde, amplia-se a importância da discussão sobre o novo modelo de atenção à saúde e da formação dos trabalhadores (CECCIM, FERLA, 2006).

### METODOLOGIA

O local da pesquisa deste estudo compreendeu as duas instituições de Ensino Superior que oferecem o curso de graduação em Fonoaudiologia no Estado do Ceará, em função da necessidade de debater para compreender a formação dos fonoaudiólogos e a sua interlocução com a Saúde Coletiva. A concepção metodológica desta investigação se insere na abordagem qualitativa, alinhando-se ao enfoque crítico-interpretativo, visto que concebe a intercessão da subjetividade com a objetividade de forma dialética. Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas em profundidade e grupos focais. O tratamento do material empírico foi conduzido pelos pressupostos da Hermenêutica Dialética por meio de três fases sequenciadas - ordenação, classificação e análise final (MINAYO, 2010).

O estudo envolveu docentes dos cursos de graduação em Fonoaudiologia das duas instituições. Os nove docentes entrevistados foram os que estavam atuando há pelo menos um ano na instituição pesquisada. Os participantes do estudo tiveram prévio acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e foram devidamente orientados em relação as questões éticas e de procedimentos antes da assinatura do TCLE, o participar da pesquisa, atendendo aos princípios éticos conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a apreensão das narrativas dos docentes e dos coordenadores de curso, foi utilizada a entrevista semiestruturada, que é uma técnica que busca abordar questões subjetivas e objetivas e seu pano de fundo está localizado, até certo ponto, no Interacionismo Simbólico (KVALE, 2007). A entrevista foi moderada por questões norteadoras refletindo os aspectos relacionados ao projeto (CRESTANI et al, 2014).

Os instrumentos de análise dos dados foram determinados pelo material coletado e pela teoria que nos embasa, ou seja, numa perspectiva crítica. Assim, por ocorrerem falas, a análise dos dados sucedeu por meio da Análise de Conteúdo e da Hermenêutica-Dialética.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza e aprovado sob o parecer número 745.679/2014.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, o tema da formação em saúde coletiva tornou-se por demais relevante. Pesquisar como acontece a expansão da formação em Fonoaudiologia no contexto da Saúde Coletiva possibilita identificar os caminhos percorridos e projetar outros, visando, cada vez mais ao reconhecimento técnico-científico e social da área.

Nos cursos pesquisados, percebe-se claramente esta realidade. A maioria dos estudantes que agora estão nas salas de aula nos cursos de Fonoaudiologia no Estado do Ceará são provenientes das escolas públicas, fato que até há pouco tempo era improvável, por conta dos custos dos cursos nas IES privadas. *“O nosso curso era muito elitizado e tinha que se envolver com isso e depois quando eu saí de lá eu comecei a ver que a gente podia agir de uma outra forma. (F2). Até pouco tempo a maioria dos que procuram a fono eram egressos das escolas particulares e utilizavam a fono como ponte para outros cursos. Hoje não!! E isso ajuda a mudar o olhar sobre as terapias e sobre a profissão. (C1)”*.

Analisando a expansão do ensino superior no Brasil, houve mudança de um sistema de elite para um de sistema de massa. Temos um sistema de ensino massificado, no entanto, de baixa qualidade e que não privilegia o acesso universal e a melhoria de qualidade de ensino superior no País (GOMES, DE MORAES, 2012).

Convém ressaltar que o foco inicial da formação era e ainda é, na reabilitação da linguagem. De acordo com Crestani *et al* (2014), “a reabilitação da linguagem é, ainda hoje, o principal foco da formação e, conseqüentemente, a maior fonte de emprego para o fonoaudiólogo”. Ainda segundo os autores, o caráter reabilitador da atuação fonoaudiológica é peculiar à área, tanto no Brasil como no Chile.

Numa pesquisa realizada em ambos os países sobre a inserção do fonoaudiólogo no sistema público e privado de atenção à saúde, demonstra-se que a reabilitação é o foco principal da atuação fonoaudiológica (Moreira, mota, 2009). Tal achado justifica o cuidado com a formação para o Sistema Único de Saúde (SUS), alvo de estudo e discussão em outras pesquisas (STROMQUIST, 2012) e comungam com os achados deste estudo, ora sob relatório.

Ainda sobre os achados da pesquisa de Crestani *et al* (2014), no que se refere à inserção do fonoaudiólogo no campo da Saúde, infelizmente não temos dados atualizados sobre a relação entre o número de habitantes e total de profissionais na Atenção Básica/Atenção Primária e na Secundária à Saúde. Encontramos a justificativa da ausência de dados atualizados nos relatos dos professores: *“A nossa entrada na saúde coletiva é bem mais recente do que as outras áreas e esse fator histórico tem que ser considerado. A fono durante muito tempo ficou no limbo, ficou sem ser vista por ninguém, por que ela mesmo não se valorizava. A formação vai contribuir quando eu chegar lá minha clinica eu vou ver o paciente como um ser integral, que tem sua autonomia, a sua história...(U1)”*.

O que há é somente uma previsão de um estudo realizado em 2005, que apontava a conveniência de 1/10.000 habitantes na Atenção Básica/Atenção Primária e de 1/50.000 habitantes na Atenção Secundária/Atenção Especializado (lessa, Miranda, 2005). Portanto, não há ensaios que demonstrem a relação entre a oferta de vagas, o número de matriculados e de egressos dos cursos de Fonoaudiologia com a demanda social da profissão. Sabe-se apenas que o acesso ao serviço terapêutico fonoaudiológico no contexto da Saúde Coletiva ainda é muito incipiente.

A formação do fonoaudiólogo deve privilegiar o sistema de saúde vigente no País. A preocupação com a saúde fonoaudiológica da população é o eixo estruturante para as reflexões que permitam redimensionar a atuação do fonoaudiólogo, considerando que, sem a compreensão do processo saúde-doença, é impossível estabelecer teorias e práticas que permitam ao profissional ser um agente de transformação (lessa, Miranda, 2005).

Na atualidade, no entanto, o enfoque concedido à atuação prática do fonoaudiólogo continua sendo basicamente clínico, sendo absurdo constatar que as práticas ainda estão completamente envolvidas com o fazer técnico e o atendimento individualizado, não se percebendo que a práxis fonoaudiológica na saúde coletiva solicita atuações mais profundas e pensadas. *“A formação ainda está especializada, fragmentada, porque a gente não sabia nada disso. A gente não falava em saúde coletiva, em SUS. Hoje já se fala e a visão continua a mesma. Os profissionais*

*que dão aula hoje, a não ser os mais jovens, que não sejam fonossaura como eu, talvez, mas só talvez, tenham sido formados com o viés da saúde coletiva e consiga ter essa visão generalista. (F1)”*.

Historicamente, a formação profissional em saúde é permeada por um sistema educacional com foco no professor, apoiado nas metodologias tradicionais e tecnicistas e, com o currículo baseado em disciplinas, o que evidencia a fragmentação e à especialização do conhecimento. Portanto, essas características apontam para a perspectiva educacional classificada por Saviani (2008) como “pedagogia tradicional”.

A resistência em mudar o modelo pedagógico hegemônico pode ser verificada nos seguintes relatos: *“Esses professores têm muita resistência. Numa equipe de professores eu tenho um trabalho grande de adaptação, para mudança desse olhar tecnicista. Mesmo eu na entrevista eles consigam fazer todo o jogo de cintura, quando eles vão para sala de aula eles passam a filosofia deles e aí os modelos que se reproduzem. (C1)”*.

As instituições de ensino, porém, ao formarem, configuram muitos modelos disciplinares, o que permitiu colocar uma ordem em uma determinada multiplicidade, e também produzir o automático.

Essas falas refletem a ideia de que a formação, apesar das tentativas de mudança, ainda está ancorada num modelo tradicional de ensino, e sair desse “modelo” é muito difícil. *“A formação continua a mesma!!! Não sei porque não aprendi, não aprendi por não me ensinaram e não me ensinaram por não sabiam!!! Isso é a mais pura verdade, pois nossos professores, os que nos formaram, não sabiam nada sobre Saúde Coletiva, Promoção da Saúde, SUS, essas coisas. (F3)”*.

Por intermédio do movimento da Reforma Sanitária brasileira, ao longo dos anos de 1980, a formulação do SUS na Constituição de 1988 e sua implantação nas três últimas décadas, o sistema de saúde no Brasil aportou ao século XXI organizado por via de atenção, promoção e vigilância à saúde. Neste âmbito, profissionais de saúde e população passam a ser vistos como sujeitos ativos do processo e a doença não é mais o foco de observação e atuação, voltando-se para o modo de vida das pessoas e suas condições de trabalho, bem como de grupos sociais, e suas repercussões no processo saúde-doença (SAVIANI, 2008).

Alguns autores relatam que a aproximação entre a Fonoaudiologia e o campo da Saúde Coletiva aconteceu por intermédio de uma circunstância discente se considerarmos o contexto turbido da rede de saúde e das políticas públicas no Brasil, que é ainda muito incipiente. *“A Fono é incipiente na área da saúde. A gente está buscando um ideal, mas o real é que estamos muito longe desse ideal e olha que o O SUS é o maior empregador desse povo. (F1)”*.

E se há realmente a pretensão de que os princípios e diretrizes do SUS possam ser operacionalizados em um novo modelo assistencial com base na Promoção da Saúde, solicitam-se novos perfis profissionais. Diversas propostas de mudanças na formação em saúde no Brasil são discutidas desde o final dos anos de 1980, com a afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa discussão conferiu relevância especial quando o Ministério da Saúde (MS) chamou para si a responsabilidade de (re)orientar a formação dos profissionais da saúde a fim de responder as necessidades do SUS (GUSMÃO, CECCIM, DRACHLER, 2015).

Ainda sobre a prática docente, alguns estudos revelam que boa parte dos professores do ensino superior não teve em sua formação o adequado preparo para a docência. Estão mais preocupados com o “domínio de conteúdo” do que com os “aspectos pedagógicos”, o que exige condições de qualificação e desenvolvimento, para que ensino-aprendizagem seja mais efetivo.

## **CONCLUSÃO**

Sendo assim, pode-se concluir que mudanças profundas, resistentes e duradouras apenas serão produzidas de forma efetiva se houver políticas públicas saudáveis atuando com esse intuito. Justificando assim, a reivindicação de políticas públicas de saúde e de educação, que contribuam e estimulem os processos de transformação das práticas utilizadas na formação em saúde no sentido da adesão dos referenciais amplos da Promoção da Saúde (PS) e da Integralidade. É necessário provocar e provar novos arranjos formativos na formação em saúde para que se possa formar e vivenciar novos arranjos interventivos nas práticas de saúde. Estudantes, professores, profissionais e usuários, todos, podem se tornar protagonistas nessa produção de novos modelos de ser, aprender e ensinar saúde.

## **REFERÊNCIAS**

- CASANOVA, I. A.; MORAES, A. A. de A.; RUIZ-MORENO, L. O ensino da promoção da saúde na graduação de fonoaudiologia na cidade de São Paulo. Pro-Posições, Campinas, v. 21, n. 3 (63), p. 219-234, set./dez. 2010
- CECCIM, R. B, FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, organizador. Gestão em

redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Abrasco; 2006. p. 165-84.

CRESTANI, A. H., SOUZA, A. P. R., PLAZA, E., FEDOSSE, E., VENDRUSCULO, J. F., COSTA, V. B. R. Formação em fonoaudiologia: considerações acerca das realidades brasileira e chilena. *Distúrb Comun*, São Paulo, 26(3): 428-438, setembro, 2014.

FERNANDES, T. L., NASCIMENTO, C. M. B., SOUSA, F. O. S., Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do nasf em municípios da região metropolitana do Recife. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 2012.

GOMES, A. M., & DE MORAES, K. N. (2012). Educação superior no Brasil contemporâneo: transição para um sistema de massa. *Educação & Sociedade*, 33(118), 171-190.

GUSMÃO, R. C., CECCIM, R. B., DRACHLER, M. L. Tematizar el impacto en la educación en el trabajo para la salud: abrir gavetas, enunciar preguntas, escribir. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:695-707.

KVALE, S. Doing Interviews. The SAGE Qualitative Research Kit. London: Sage, 2007.

LEAVELL, H. R.; CLARK, G. Medicina preventiva. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill do Brasil, 1976. 684 p. LESSA, F. J. D., MIRANDA, G. M.D. Fonoaudiologia e Saúde Pública. In: Brito ATB de (org.). Livro de Fonoaudiologia. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2005.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA M. D. e MOTA H. B. Os caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. *Rev. CEFAC*. 2009 jul-set; 11(3): 516-521.

SAVIANI, D. História das ideias pedagógicas no Brasil. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2008. p.425- 442.

STROMQUIST, N. P. Educação latino-americana em tempos globalizados. *Sociologias*. 2012; 29:72-99.

TRENCH, M.C.B.; BARZAGHI, L.; PUPO, A.C. Curricular change: construction of a new pedagogical training project in the field of Speech Therapy. *Interface - Comunic.,Saúde, Educ.*, v.12, n.27, p.697-711, out./dez. 2008.

## **AGRADECIMENTOS**

CNPQ

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DESAFIO INTERDISCIPLINAR ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Josué Barros Júnior<sup>1</sup> Valeria Kely Gomes da Silva<sup>2</sup> Nelson Nianderson Lima Bezerra<sup>3</sup> Rosane Shirley Saraiva de Lima<sup>4</sup> Kerma Márcia de Freitas<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Doutorando em Ciências da Saúde, Mestre em Ensino na Saúde, Professor da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE,

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-Ce.

<sup>3</sup> Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-Ce.

<sup>4</sup> Pós graduanda em Saúde da família, Universidade Regional do Cariri, Crato, Brasil, Enfermeira, Faculdade Vale do Salgado, Ico, Brasil.

<sup>5</sup> Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE, Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE

E-mail: josuebarros@fvs.edu.br

Palavras-chave: Assistência. Família. Interdisciplinaridade. Saúde.

### INTRODUÇÃO

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma ferramenta desenvolvida pelo governo brasileiro com o intuito de tornar acessíveis serviços de proteção social, que vão de assistência financeira ao planejamento familiar, os objetivos dos CRAS são explicitados nas ferramentas de comunicação governamentais (BRASIL, 2013).

A discussão e análise dos ambientes sócios ocupacionais dos assistentes sociais assumem características importantes para a compreensão do direcionamento ético e metodológico do cotidiano dos profissionais envolvidos nos retornos das políticas públicas de saúde.

Em 1997, observou-se que o Programa Saúde da Família - PSF era uma estratégia para o desenvolver da atenção básica em saúde e o programa passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família – ESF, tornando-se porta de entrada para a saúde, possui os seguintes profissionais em sua equipe de trabalho: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, odontólogos e agentes de saúde, os quais desempenham atividades relativas a saúde em sua acepção mais ampla, neste sentido busca-se na Política de Saúde e no Serviço Social, parâmetros para verificar o objeto qual a contribuição da inserção do profissional Assistente Social neste quadro funcional (CAVALCANTE, 2012).

Com a ampliação da pesquisa e estudos realizados dentro da área da Assistência Social, observa-se que, o processo de implantação dos profissionais, proporciona a instituição grande ganho, passando está a ter em seus quadros profissionais um atendimento com abordagem de qualidade, com melhores desempenhos, minimizando os custos e alcançando maior produtividade dessa forma, o máximo da potencialidade que se pode resgatar da diversidade e criatividade da compreensão dos limites do conhecimento (CARVALHO, 2014).

Em 2002, o governo federal destinava R\$ 3,2 bilhões à Atenção Básica e, em 2015, o investimento alcançou R\$ 18,7 bilhões. O número de Unidades Básicas de Saúde no Brasil também cresce a cada ano.

Em 2010, havia cerca de 32,8 mil unidades em funcionamento. Até o final de julho de 2016, já somam mais de 40,6 mil em funcionamento; Por meio do CRAS, as famílias em situação de extrema pobreza passam a ter acesso a serviços como cadastramento e acompanhamento em programas de transferência de renda. O País conta, atualmente, 7.669 unidades distribuídas pelo território nacional (BRASIL, 2011).

Para a Unidade Básica referida do município de Jaguaribe-Ceará existem aproximadamente 1.330 famílias sendo acompanhadas, e mais ou menos 4.522 pessoas e no CRAS-II abrange 3.500 famílias e acompanham 108 famílias atualmente; esse número pode ocasionalmente mudar através da necessidade das famílias pelo atendimento prestado.

Esse estudo teve como objetivo analisar os desafios na atuação interdisciplinar entre o CRAS e a Estratégia de Saúde da Família no município de Jaguaribe-Ceará.

### METODOLOGIA

O estudo foi do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, A pesquisa foi realizada na Unidade de Estratégia de Saúde da Família José Rodrigues Pinheiro (Vila Pinheiro) e no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS II João Neto Vitor, situadas a Unidade na Rua Antônio Rodrigues, N.º S/N – Bairro Vila Pinheiro; e o CRAS na Rua José Ubiratan Pinto, N.º 232 – Bairro Nova Brasília, Jaguaribe-CE. Foram selecionados como participantes da pesquisa profissionais das unidades citadas, tais como: Assistentes Sociais, Médicos, Enfermeiros,

Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e os próprios colaboradores do município. A amostra foi composta de 30 participantes.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário elaborado focando as variáveis voltadas para o processo interdisciplinar aplicado junto aos profissionais envolvidos no CRAS II e na ESF José Rodrigues Pinheiro, com duração adequada para responder ao mesmo e não atrapalhar o cotidiano dos envolvidos.

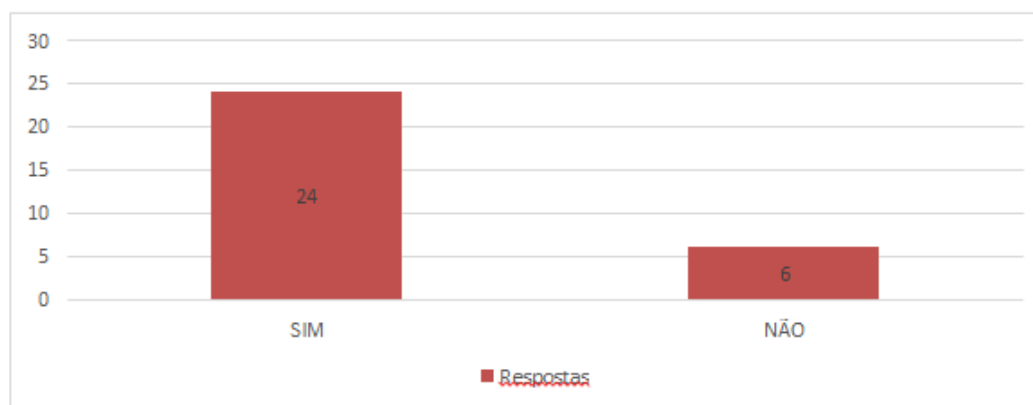
Antes de cada aplicação do questionário, esclareceu-se aos participantes o desígnio da pesquisa, os objetivos, a expressa importância da participação, bem como se esclareceu que o questionário tem caráter confidencial e além do mais, os dados permanecerão no total sigilo.

Para análise dos resultados, teve como base o *Microsoft Office Excel 2010*, observando cada variável e cada questão elencadas nos objetivos da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes foram: sete do gênero masculino e vinte e três do gênero feminino; quanto ao nível de escolaridade um com o nível fundamental completo, doze com o nível médio completo, dois com superior incompleto, quinze com superior completo e quatro desses possuindo especialização, sendo de várias profissões. A faixa etária de idade dos participantes foi entre 19 a 60 anos.

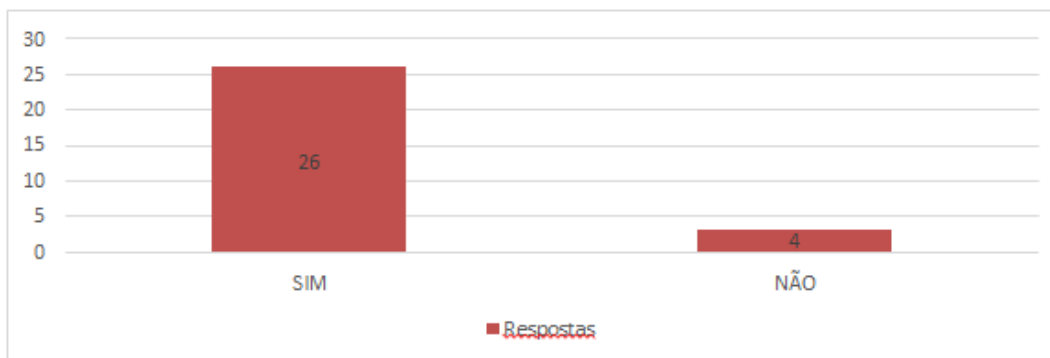
Gráfico 01 – Você sabe o que é interdisciplinaridade entre equipes/profissionais ou já ouviu falar?



Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Conforme Costa (2007) afirma, a interdisciplinaridade é traduzida pelo grau de integração entre os conhecimentos e a intensidade de trocas entre os profissionais, a partir desse processo interativo, todos os conhecimentos tornam-se enriquecidos. Não basta somente tomar o conhecimento como teórico, mas julgar e incorporar essas práticas na produção de um atendimento modificado.

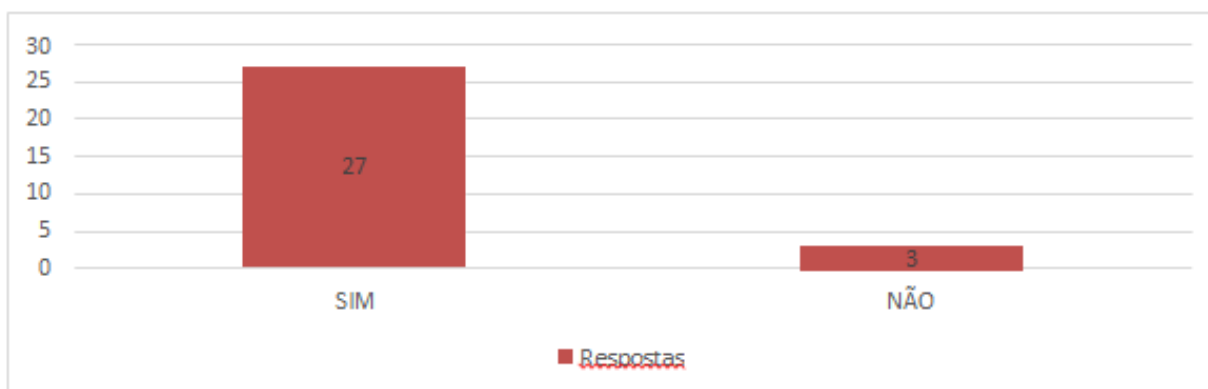
Gráfico 02 Sua Instituição existe algum tipo de relação interdisciplinar dos profissionais envolvidos?



Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Corroborando com Carvalho (2014), embora o termo teoricamente correto de considerar a saúde como campo transdisciplinar, pela sua complexidade, ao observar os serviços de saúde que expõem com atendimento de uma equipe multiprofissional, percebe-se que o preparo de serviços se faz de forma ainda fragmentada.

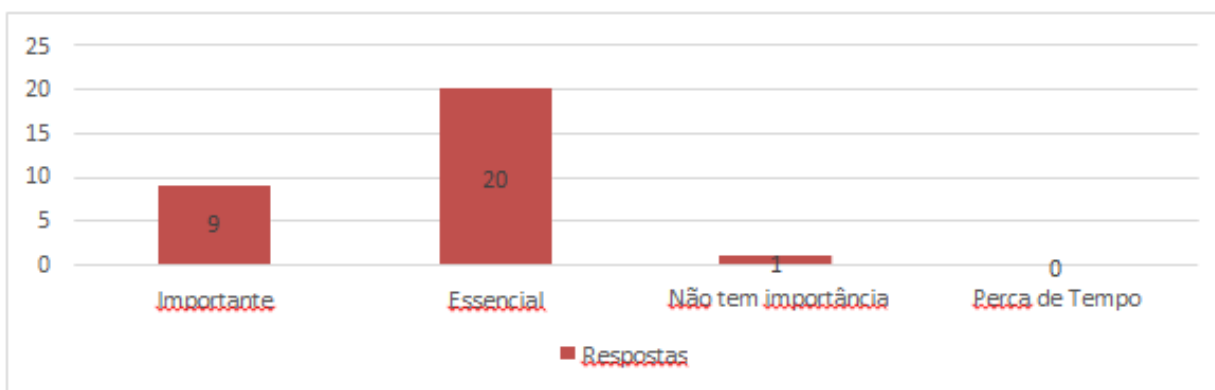
Gráfico 03 – Acredita numa melhoria das Instituições CRAS II e ESF José Rodrigues Pinheiro através da inserção de medidas interdisciplinares?



Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Ressaltasse a inserção de medidas interdisciplinar, conforme Cavalcanti (2012), que diz que o trabalho em equipe, quando visto como um processo de repensar seus papéis e suas relações de poder, o trabalho superaria o feito da burocracia dos serviços ofertados, ficando claro que a efetivação da equipe nos serviços de saúde, necessita de adequação na sua disciplinarização.

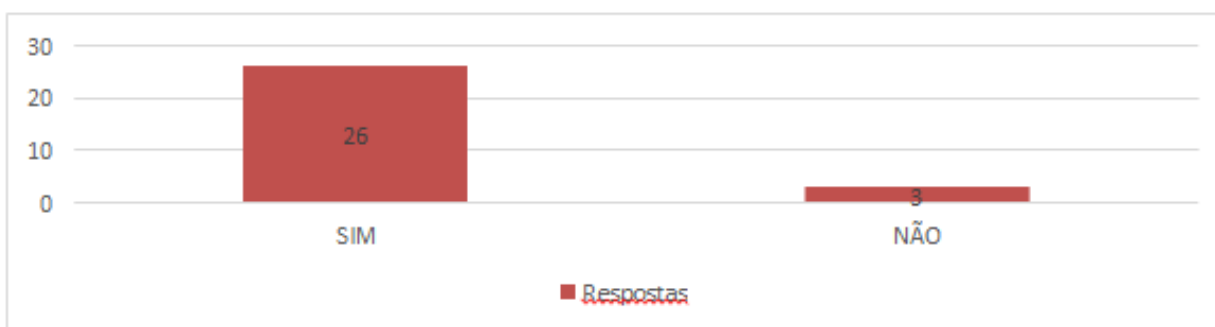
Gráfico 04 – O que significa trabalhar em equipe para você?



Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Concordando com Rocha e Gimenez (2008), o trabalhar em equipe traduz que a população necessita de serviços integrados com saberes para desenvolver aquelas famílias com lesões, facilitando assim, o desenvolvimento de uma solução para aquele desgaste emocional e físico existente.

Gráfico 5 – Acredita que a existência de uma equipe de trabalho interdisciplinar fará uma abordagem melhor de atendimento a todos os clientes e ainda com a inclusão do Assistente Social?



Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.



Vale salientar que para Sposat (2014), a importância do trabalho em equipe que atendem os clientes com necessidades de serviços de saúde, dos quais precisam de todas as áreas para a resolução do seu problema fazem o diferencial no processo interdisciplinar”.

## CONCLUSÃO

Através desta pesquisa fica clara a importância do processo interdisciplinar entre unidades de atendimento. Entende-se que os órgãos e profissionais estão cada vez mais buscando à integração continuada visto que a mesma é uma ferramenta de grande proeminência na ocasião da busca de discernimento da qualidade de vida.

Houve uma observação efetiva, onde os profissionais no geral possuem um conhecimento superficial sobre o processo interdisciplinar e ainda não é possível identificar se este é um fato que impede sua inserção, uma vez, a profissão de Assistente Social ainda não faz parte do quadro nacional da ESF.

Os resultados obtidos com a presente pesquisa foram aceitáveis em relação a problemática fazendo com que haja transformações na instituição impactando as demandas em relação à adequação e qualificação, treinamento e formação profissional dos colaboradores. E diante de tantas crises a adequação e incorporação do profissional entre as equipes são consideradas como uma alternativa capaz de garantir aos seus participantes uma qualidade de saúde mais efetiva.

Ressalta-se, contudo, a necessidade de novos estudos sobre o tema, pois o mesmo é ainda recente para entendimento de todos, ficando como sugestão a análise da percepção dos profissionais e a instituição pode elaborar planejamento e ações para incentivar os envolvidos realizando assim, uma gestão participativa.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Serviço Social - O que são CRAS e qual a sua finalidade?**. Campo Grande – MS. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Educação Profissional. **Referências Curriculares Nacionais da Educação Profissional Nível Técnico**. Brasília – DF: MEC, 2011.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; CARVALHO, Rafael Nicolau. **A interdisciplinaridade no programa saúde da família: como articular os saberes num espaço de conflitos?**. Universidade Federal da Paraíba-PB. 2012.

CARVALHO, Fabiana Aparecida de. **O Serviço Social e a Interdisciplinaridade**. PUC – SP. 2014.

COSTA, Rosemary Pereira. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções**. Universidade Presidente Antônio Carlos. Mental v.5 n.8. Barbacena. jun. 2007

ROCHA, Edmarcia Fidelis; GIMENEZ, Simone Tavares. **O Papel do Serviço Social em uma equipe Interdisciplinar**. Faculdade Integrada. Presidente Prudente. 2008.

SPOSATI, Aldaíza. **Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social**, Revista Serviço Social e Sociedade, n. 77 - 202. São Paulo Editora Cortez. 2014.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O EMPODERAMENTO EM FOCO

João Paulo Xavier Silva<sup>1</sup> Ana Paula Ribeiro de Castro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-Ceará-Brasil,

<sup>2</sup> Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, Juazeiro do Norte-Ceará-Brasil

E-mail: [jpxavier.enf@gmail.com](mailto:jpxavier.enf@gmail.com)

Palavras-chave: Promoção da saúde. Enfermeiros. Estratégia Saúde da Família.

### INTRODUÇÃO

A promoção da saúde desponta internacionalmente nos anos 70 sob uma nova concepção de saúde que considera não somente a dimensão biológica, mas também reconhece a existência de determinantes sociais e econômicos que constroem uma conceituação ampliada acerca da saúde não mais centrada exclusivamente na ausência da doença. Surge assim uma perspectiva contra-hegemônica dos modelos assistenciais e organizacionais até então puramente configurados nos sistemas de saúde (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Na Carta de Ottawa, documento apresentado na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, a promoção da saúde é concebida como um processo fomentador da atuação comunitária, considerando a participação ativa dos indivíduos em ações que sejam precursoras da qualidade de vida, saúde e bem-estar. Segundo Buss (2009), para que ocorra proatividade comunitária faz-se necessária a corresponsabilidade de todos os sujeitos implicados no processo saúde doença cuidado, o que demanda uma ação coordenada entre as partes envolvidas seja na identificação de problemas ou na proposição de soluções.

Nos últimos anos, o Brasil tem investido na formulação e implementação de políticas públicas de promoção da saúde, buscando construir progressivamente um modelo de atenção que privilegie uma abordagem assistencial voltada para a melhoria da qualidade de vida em coletividade. O Sistema Único de Saúde (SUS) é potencial no reconhecimento das necessidades populacionais em suas múltiplas especificidades, o que se dá principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BAPTISTA; MATTOS, 2011).

De acordo com Horta *et al.* (2010), a ESF propõe uma nova visão de saúde nos processos de intervenção da atenção primária e nas ações de promoção da saúde. A organização dessa estratégia é preconizada por um modelo que rompe com o molde da assistência médica individual e age em conjunto com os indivíduos de forma integral e contínua.

Nesse contexto, o enfermeiro é figura importante de atuação na ESF, pois atua de maneira dinâmica e integrada em todas as atividades prestadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para Oliveira e SANTO (2013), na perspectiva da promoção da saúde, os cuidados de enfermagem objetivam desenvolver nos indivíduos a capacidade de identificar as suas necessidades e participar conjuntamente na busca de soluções para elas, considerando seus limites e possibilidades.

Complementando esse pensamento, Silva *et al.* (2010) consideram as atividades de enfermagem no campo da atenção primária em saúde como fundamentais para prover mudanças nas ações de saúde e direcionar as práticas à promoção da saúde.

Nesse âmbito, surge o seguinte questionamento: Quais as concepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da Promoção da Saúde? Esta pesquisa teve como objetivo identificar o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no que concerne à Promoção da Saúde.

### METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo de caráter exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, tendo sido realizado com 13 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte, Ceará, no ano de 2015.

Para o dimensionamento da quantidade de enfermeiros participantes seguiu-se o critério da saturação. A amostragem foi do tipo não probabilística, por acessibilidade ou conveniência. Para participação na pesquisa, os sujeitos enquadraram-se nos seguintes critérios de inclusão: possuir formação superior em enfermagem e

estarem atuando na ESF há mais de 01 ano. Foram excluídos os enfermeiros que não atuassem em atividades de assistência em saúde na ESF há pelo menos um ano.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, utilizando-se de um roteiro previamente elaborado pelo pesquisador que continha perguntas que buscavam identificar o que os participantes entendiam sobre a promoção da saúde. As respostas foram analisadas e agrupadas por similaridades e foi empregada, mais especificamente, a análise temática,

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o nº 1.248.671, conforme estabelecem as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Foram garantidos todos os cuidados éticos necessários para a pesquisa com seres humanos, respeitando-se o sigilo das respostas, o anonimato, a autonomia e a integridade dos participantes. O presente trabalho resulta de uma pesquisa de monografia realizada ao término do curso de graduação em enfermagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os participantes desta pesquisa, percebeu-se uma prevalência feminina, havendo somente um enfermeiro do sexo masculino, enquanto que 12 eram do sexo feminino. Com relação à idade, pode-se constatar que os entrevistados se encontravam na faixa etária entre 27 e 55 anos de idade.

No tocante ao tempo de formação acadêmica, houve uma variação significativa. Encontraram-se enfermeiros que possuíam entre dois a 26 anos de formação acadêmica. O tempo de atuação na ESF dos participantes dessa pesquisa também possui uma ampla variação, situando-se novamente entre dois a 26 anos.

Constituiu-se a categorização temática dos dados obtidos pelas entrevistas, tendo em vista facilitar a análise, apresentação e discussão das informações. A partir dessa etapa, se estabeleceu um diálogo articulado e comparativo entre os dados desta pesquisa e os referenciais teóricos pertinentes.

Através do disposto acima, emergiram duas categorias de acordo com as ideias centrais identificadas, estas serviram para agrupar os relatos que apresentaram pressupostos temáticos semelhantes. As categorias temáticas foram: O conhecimento dos enfermeiros acerca da promoção da saúde; e O empoderamento e a coparticipação dos usuários na ESF como estratégia de promoção da saúde.

O conhecimento dos enfermeiros acerca da promoção da saúde

Quando questionados sobre o quanto se consideravam informados acerca da Promoção da Saúde, os relatos permitem verificar uma compreensão sobre a promoção da saúde que circunda o seu significado amplo e a sua associação à qualidade de vida dos indivíduos. Como visualizado a seguir:

“Promoção da saúde é um conjunto de aspectos relacionados ao bem estar do indivíduo, considerando não apenas a condição saúde, mas moradia, lazer, trabalho. Então, é um conjunto de aspectos relacionados à pessoa e à coletividade.” (P5);

“É uma estratégia voltada para indivíduos e coletividades com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, e consequentemente o nível de saúde, e torná- los capazes de se auto cuidar.” (P7).

Gurgel (2008) defende que a promoção da saúde tem enfoque abrangente e busca o protagonismo para a identificação de macrodeterminantes no processo saúde doença, de maneira a transformá-los, favoravelmente, em direção à saúde. Esse enfoque conduz ao exercício da cidadania, tendo como objetivo a modificação das condições de vida e estabelecimento da qualidade de vida.

Rodrigues e Ribeiro (2012) complementam que é importante a integração de determinantes sociais e culturais no entendimento do termo “promoção da saúde”, pois considera sua relação íntima no processo de saúde e bem estar.

Em estudo semelhante, Sasaki e Ribeiro (2013) identificaram resultados convergentes com estes. Embora os profissionais de saúde avancem na visão acerca da promoção da saúde, revelam limites, na medida em que pouco incorporam em seus discursos noções de autonomia e empoderamento dos indivíduos.

Outras falas explicitam uma frágil compreensão do termo “promoção da saúde”. Alguns enfermeiros pautaram seus conceitos no modelo tradicional de prevenção das doenças, relacionando a promoção à prevenção como se assumissem o mesmo significado, conforme visualizado a seguir:

“A promoção é a prevenção, tentando evitar os danos, mas também melhorar a saúde daquele paciente que já está acometido.” (P4);

“Promover é termos que trabalhar em cima de evitar a doença. Promoção é prevenir, né?” (P11).

Deve-se compreender que, no âmbito de prevenção, o indivíduo passa a ser alvo de intervenção no intuito de evitar a doença ou a enfermidade. Enquanto que, no âmbito da promoção, ocorre um processo participativo e contínuo, não voltado exclusivamente às patologias ou aos danos, mas direcionado para transformações que englobam o estilo de vida de uma sociedade.

A partir desses discursos, nota-se a associação equivocada da ideia de promoção da saúde com o modelo de Level e Clarck, que restringe o conceito de promoção com base na história natural e na prevenção das doenças. Segundo Rouquayrol e Goldbaum (2003), esse modelo tradicional tem como centro a atenção ao indivíduo doente, cuja cura é de competência exclusiva do profissional de saúde.

Hortal et al. (2010) verificaram em outro estudo que dentre os profissionais de enfermagem a prevenção é considerada um elemento-chave para a promoção da saúde, mas que parece não existir o distanciamento da compreensão entre prevenção e promoção. O modelo preventivo tem o seu papel dentro da promoção da saúde, mas se considerado isoladamente é pouco efetivo diante da complexidade do processo saúde-doença.

Percebe-se a necessidade de uma melhor percepção por parte dos enfermeiros acerca do significado de promoção da saúde. Tal fato pode interferir substancialmente na assistência prestada aos usuários que buscam os serviços da atenção básica.

### **O empoderamento e a coparticipação dos usuários como estratégia de promoção da saúde**

Quando questionados acerca de suas atividades como possíveis fomentadoras do empoderamento aos usuários da ESF, como também sobre a identificação da coparticipação dos usuários no processo de promoção da saúde, emergem dentre os enfermeiros respostas que denotam um vínculo muito importante. Este resulta de relações estabelecidas entre o enfermeiro e os usuários, o que pode ser capaz de transformar realidades e propiciar melhorias na qualidade de vida da comunidade.

“O empoderamento do paciente acontece em relação a como ele deve agir, quais as medidas ele deve tomar, o que ele tem direito e quais os deveres dele como paciente. Em todos os momentos identifico sua coparticipação. Não tem como você promover saúde sozinha, assim não teria resultado nenhum.” (P2);

“A coparticipação deve existir em todos os momentos, eu parto do princípio que a educação é uma troca de informação. É uma construção que fazemos juntos e todos tem suas responsabilidades, por meio de uma parceria com eles isso acontece naturalmente.” (P13).

Foi unânime o relato de que a coparticipação dos usuários é identificada em todos os momentos e está intrinsecamente relacionada à sua autonomia. Esse fato permite evidenciar a reciprocidade como um fator indispensável na promoção da saúde.

Soares et al. (2013) realizaram um estudo sobre a existência ou negação da autonomia na ESF como fator desencadeador da coparticipação dos usuários. Os resultados convergem com os dessa pesquisa, onde se evidenciou que os enfermeiros compreendem a necessidade do envolvimento dos sujeitos no trabalho em saúde da ESF.

A experiência dos sujeitos para a promoção da saúde depende de muitas variáveis, dentre elas informações, percepções, dificuldades e compreensões acerca dos seus direitos e deveres. Esses fatores, caso encontrem-se fragilizados, interferem negativamente na promoção da saúde e conseqüentemente nos serviços prestado pelos enfermeiros na ESF (ALMEIDA; BITTAR, 2015).

Outros relatos demonstram uma deficiente compreensão dos enfermeiros sobre o empoderamento, ao considerarem tal processo como individual e transversal.

“O empoderamento eu percebo diante do atendimento deles, como ele é o cliente nosso, eu abordo ele perguntando o que trouxe ele aqui. Depois pergunto se tem alguma dúvida.” (P8);

“O empoderamento é percebido quando o paciente tem o poder de decidir se vai ou não aderir aquilo.” (P9).

Os discursos demonstram certa superficialidade ao se abordar uma temática tão complexa e multifacetada. O empoderamento vai além da consciência individual e não pode ser avaliado por meio de méritos rasos e simplistas.

Para Carvalho e Gastaldo (2008), os múltiplos sentidos do empoderamento lhe conferem distintos campos do conhecimento. Dentre esses, inclui-se a ideologia de ação social, os direitos civis, a postura cidadã, a educação em saúde, etc. Para explicitar o empoderamento é preciso buscar diversas questões contextualizadas com as mudanças individuais e coletivas, com a ressignificação ideológica, com as estruturas de poder existentes e com as relações internas entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Baratieri, Mandu e Marcon (2012) ressaltam que a lógica subjacente das relações interpessoais ocorre ao se promover a interação entre as pessoas e isso se dá principalmente no diálogo. Nesse contexto, o enfermeiro é essencial para instigar no seu cliente o sentido de empoderamento. A não tutela do profissional de enfermagem quanto a fomentar a corresponsabilidade do usuário prejudica essa relação e inviabiliza a promoção da saúde.

Os enfermeiros da ESF possuem méritos fundamentais para o trabalho focado na promoção da saúde dos sujeitos. Compreender o empoderamento e a co-participação dos usuários como essenciais para é uma das formas de potencializar as próprias ações em saúde e refletir acerca das estratégias utilizadas para se promover saúde.

## CONCLUSÃO

No contexto da saúde pública brasileira, a promoção da saúde apresenta-se como uma temática complexa e emergente. A sua configuração no SUS está relacionada a vários fatores que interferem significativamente para a sua ocorrência, dentre eles as concepções e práticas dos enfermeiros da ESF.

Nos relatos desta pesquisa, as concepções de promoção da saúde apresentam-se em determinados momentos sob um enfoque no modelo biomédico preventivo, e em outros sob o real significado da promoção da saúde, conforme preconizado pela Carta de Ottawa.

É possível notar que alguns dos enfermeiros trazem noções do que seria promoção da saúde contextualizando aspectos como qualidade de vida, bem-estar, empoderamento e coletividades. Mas em um discurso ainda insipiente e pouco articulado, o que explicita uma deficiência no conhecimento desse conceito.

Dessa forma, pode-se inferir que os enfermeiros entrevistados possuem algum entendimento sobre promoção da saúde, mas este ainda apresenta-se superficial e incompleto, não incorporando a essência da promoção da saúde, que repousa na multidimensionalidade de fatores integrados e associados objetivando melhor saúde e qualidade de vida para a sociedade.

O empoderamento e a coparticipação dos usuários em seu processo de saúde foram relatados pelos enfermeiros a partir de uma rede discursiva que integrava principalmente aspectos de cidadania, direitos e deveres, autonomia e consciência individual. Tais aspectos são essenciais, mas não contemplam integralmente a percepção de um indivíduo empoderado, capaz de mediar conflitos e solucionar problemas.

Destarte, o enfermeiro da ESF possui múltiplas competências, devendo estar preparado e qualificado para atuar promovendo benfeitorias à sociedade. Conclui-se que promover saúde é mais do que uma ação profissional, é um ato de humanidade e cidadania, pois gera inúmeros benefícios e contribuições comuns a toda a sociedade.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.N.; BITTAR, C.M.L. Concepções sobre promoção da saúde por enfermeiros docentes de um curso técnico em enfermagem de uma cidade do interior de São Paulo. **Rev. Bras. Pes. Saúde**. v.17, n.2, p.45-51, 2015.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.
- BARATIERI, T.; MANDU, E.N.T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1260-1267, 2012.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- CARVALHO, S. R. ; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 37-45, 2008.
- CZERESNIA, D.; MACIEL, E.M.G.S.; OVIEDO, R.A.M. **Os sentidos da saúde e da doença**. 1ª edição, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.
- GURGEL, M.G.I. Prevenção da gravidez na adolescência: atuação da enfermeira na perspectiva da promoção da saúde. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2008.
- HORTA, N.C.; SENA, R.R.; SILVA M.E.O.; OLIVEIRA, S.R.; REZENDE, V.A. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev Bras Enferm**. v. 62, n.4, p. 524-529, 2010.
- OLIVEIRA, M. J. I.; SANTO, E. E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v.2, n.2, p.1-18, 2013.

RODRIGUES, C.C.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 10, n. 2, p. 235-255, 2012.

ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural da doença. In: ROUQUAYROL M.Z.; ALMEIDA FILHO N. **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SASAKI, A.K.; RIBEIRO, M.P.D.S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 08, n. 28, p. 155-163, 2013.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; GRILLO, M.J.C.; HORTA, N.C. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Rev Enferm Esc Anna Nery**. v. 14, n. 1, p. 368-376, 2010.

SOARES, J.F.P.; SILVEIRA, R.S.; FERNANDES, G.F.M.; LUNARDI, V.L.; GONÇALVES, N.G.C. Autonomia do usuário na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, v. 24, n.3, p. 67-69, 2013.

## **AGRADECIMENTOS**

Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES); Universidade Regional do Cariri (URCA); Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SAÚDE DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: FATORES QUE INTERFEREM POSITIVAMENTE E NEGATIVAMENTE NA SATISFAÇÃO DO TRABALHO

Maria Nizete Tavares Alves<sup>1</sup>, Rayane Thaíssa Ribeiro Araújo<sup>2</sup>, Maria de Fátima Vasques Monteiro<sup>3</sup>, Amanda Cordeiro de Oliveira Carvalho<sup>4</sup>

1 Secretaria municipal de Saúde. Juazeiro do Norte-Ceará-Brasil. nizeteta@gmail.com

2 Universidade Regional do Cariri (URCA). Crato-Ceará-Brasil. rayane\_thaissa@hotmail.com

3 Doutorado da Faculdade do ABC Paulista. São Paulo-São Paulo-Brasil. fatimavasmonteiro@gmail.com

4 Secretaria municipal de Saúde. Juazeiro do Norte-Ceará-Brasil. amandaresidenteesp@gmail.com

E-mail: nizeteta@gmail.com

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Saúde do Trabalhador. Satisfação no Trabalho. Atenção Primária à Saúde.

### INTRODUÇÃO

O trabalho está incluído na vida dos seres humanos desde a sua criação. As relações de trabalho nas organizações tem sido uma responsabilidade que atualmente, se reveste de uma complexidade muito maior do que há alguns anos atrás.

A saúde do trabalhador insere-se como uma política pública em saúde que demanda articulações intersetoriais, esse campo da área da saúde investe o tempo todo em um olhar mais humano e ampliado sobre o trabalhador no ambiente laboral, visto que este indivíduo passa grande parte do seu tempo no trabalho. As relações de trabalho, inclusive a satisfação e bem-estar do trabalhador, são de suma importância no processo de saúde-doença.

A satisfação no trabalho se relaciona com a própria saúde do trabalhador e se entrelaça com as relações que ali se criam, bem como perpassando por questões da objetividade e da subjetividade, individual e grupal.

O servidor é um componente dentro de uma organização, que precisa fazer bem o seu trabalho, e estar em boa interação com os colegas e sua chefia, para que o seu próprio desempenho seja eficiente, uma vez que as atividades são sistêmicas, e a própria finalização do seu empenho depende do outro (REY, 2004).

A satisfação pode ser definida como contentamento, prazer que resulta da realização do que se espera, do que se deseja (BRASIL, 1990). Desta forma, a subjetividade do servidor surge objetivamente através de questões relacionais e de realização pessoal.

Realizou-se este estudo ao perceber como a atividade laboral pode interferir no seu processo saúde – doença do trabalhador, bem como na tentativa de identificar fatores que possam atuar diretamente nesse processo.

A avaliação da satisfação dos profissionais é, cada vez mais, um imperativo para qualquer organização de saúde, sendo um elemento fundamental para avaliar a qualidade das instituições, o desempenho dos seus profissionais e, consecutivamente, a satisfação dos utentes (BRASIL, 1990).

Embora os trabalhadores da atenção primária constituam um enorme contingente de força de trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), pouco ainda se sabe sobre suas condições de saúde e relações com o trabalho (HAIKAL *et al.*, 2013).

Nesse sentido, esse estudo objetivou identificar fatores que interferem positivamente e negativamente no desempenho dos profissionais de saúde da Atenção Primária/ESF.

### METODOLOGIA

Constitui-se de pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida no período de maio a setembro de 2015, nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, que têm a Estratégia de Saúde da Família e inseridas no PMAQ, no município de Crato – CE, cidade do interior do estado do Ceará, situado na região do Cariri, a uma distância de 560 Km da capital Fortaleza, que possui cerca de 128.680 habitantes (IBGE, 2015).

O município conta com 40 equipes da ESF, sendo 27 na zona urbana e 13 na zona rural. Dentre as 27 ESF da zona urbana, 22 aderiram e foram avaliadas pelo PMAQ, sendo este o público alvo da pesquisa.

A população do estudo foi constituída por 55 profissionais de nível superior, sendo 22 enfermeiros, 22 médicos e 11 odontólogos. Como critério de inclusão utilizou-se as Unidades de Saúde com estratégias de saúde da família inseridas no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. E como critério de exclusão as estratégias de saúde da família da zona rural do município.

Os dados foram coletados por meio do instrumento Escala de Satisfação no Trabalho (EST). A escala é considerada uma ferramenta bastante útil na delimitação ou reorientação das práticas e procedimentos de recursos humanos nas organizações,

A EST é de fácil aplicação, permitindo aos profissionais de saúde compreender o que se solicita e apontar suas respostas com tranquilidade.

O registro dos dados em banco de dados foi realizado usando-se a planilha eletrônica Excel 2007 for Windows, sendo que estes dados foram posteriormente submetidos à análise estatística efetuada pelo pacote estatístico SPSS versão 22.0 para Windows®, com o auxílio de um estatístico. Em todos os casos foi utilizado o critério de significância de  $p < 0,05$ .

A pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri, para avaliação de sua exequibilidade, sendo aprovado pelo Parecer n.º 869.795. Foi disponibilizado para todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após leitura e explicação do mesmo foi assinado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados demonstrou que 46% dos enfermeiros acreditam que o salário ainda é um fator que interfere de maneira positiva no seu desempenho, enquanto que 54% reafirmam sua insatisfação em relação à remuneração, e a aponta como um fator que interfere de maneira negativa no seu desempenho.

Este estudo reafirmou o resultado obtido por Mesquita *et al.* (2013), que apontou o salário como o maior fator gerador de insatisfação por parte dos participantes, por não ser coerente com a responsabilidade e funções desempenhadas.

Quando indagados sobre a relação com colegas de trabalho, 95% dos enfermeiros que participaram da pesquisa acreditam que os colegas de trabalho é um fator que interfere de maneira positiva, e apenas 5% aponta os colegas como fator negativo.

A relação com os colegas de trabalho foi apontada por grande parte dos participantes como um fator que interfere de maneira positiva no seu desempenho, e que apesar de existirem algumas peculiaridades como relação a confiança nos demais profissionais da equipe, a ESF mostra-se uma equipe com bom relacionamento.

Acerca da relação entre os profissionais e seus superiores, observou-se que 75% dos enfermeiros identificaram o chefe como sendo um fator que interfere de maneira positiva e apenas 25% acredita que o chefe interfere de maneira negativa; 90% dos médicos aponta o chefe como um fator positivo e somente 10% como fator negativo.

Essa relação entre os profissionais e os seus respectivos superiores hierárquicos é de extrema importância, pois a figura do líder é responsável pelo desenvolvimento e organização de toda a equipe (LIMA *et al.*, 2013).

Gondim e Siqueira (2004) definem a satisfação no trabalho correspondente ao “grau de contentamento do indivíduo com sua chefia, colegas, salário, promoções e tarefas realizadas”. Percebe-se que essa definição considera que os aspectos afetivos existentes na relação do sujeito com a organização é o que leva à reação positiva ou negativa com o seu trabalho.

Quando questionados sobre o quesito promoção no trabalho, para 81% dos enfermeiros as promoções é um fator negativo e apenas 19% acredita que este é um fator positivo. Dentre os médicos participantes, o fator mais citado como sendo de interferência negativa para a satisfação profissional, foram às promoções, 59% acreditam que as promoções oferecidas pela empresa, interferem de maneira negativa no seu desempenho, enquanto que 41% apontam as promoções como fator positivo. Para 82% dos dentistas as promoções também é fator negativo e apenas 18% pontua promoção como fator positivo.

Quando questionados sobre estabilidade trabalhista, (80%) enfermeiros e (77%) dos dentistas aponta a estabilidade no emprego como fator positivo e atuam na estratégia há quatro anos ou mais, enquanto que a maioria dos (67%) médicos pontua este fator como negativo e grande parte atua na estratégia há apenas um ano, isso reforça a alta rotatividade destes profissionais na ESF.

Acerca da jornada de trabalho e sua relação com a satisfação profissional, para 68% dos enfermeiros constata-se como um fator negativo, e 32% da mesma categoria aponta este fator como positivo. Já maioria dos médicos, ou seja, 67% pontuou jornada de trabalho como fator positivo e apenas 33% como negativo.

Estes profissionais tiveram também a oportunidade de mencionar fatores positivos ou negativos que o questionário não contemplava. Assim os enfermeiros adicionaram como fator negativo, as condições de trabalho, a demanda de atividades durante a rotina de trabalho e a valorização profissional.

Lima *et al.* (2013), evidenciaram fatores que interferem de maneira negativa na Estratégia de Saúde da Família, como às condições de trabalho, carga horária excessiva, baixos salários e o excesso de demanda. O nível de satisfação tem implicações na saúde dos profissionais e nos resultados da assistência prestada por estes mesmos



profissionais. Indivíduos mais motivados apresentam melhor qualidade de vida e menores índices de adoecimento físico e mental. (MELO *et al.* 2011).

## CONCLUSÃO

O estudo possibilitou um olhar mais humano e ampliado sobre o trabalhador no ambiente laboral, visto que este indivíduo passa grande parte do seu tempo no trabalho.

Pode-se perceber também que satisfação e insatisfação no trabalho em saúde têm implicações na saúde dos profissionais e nos resultados da assistência prestada. Indivíduos mais satisfeitos apresentam melhor qualidade de vida e menores índices de adoecimento físico e mental. O nível de satisfação no trabalho influencia o comportamento do trabalhador, com implicações no processo de adoecimento, nos acidentes de trabalho, nas faltas ao trabalho e nos erros, comprometendo, entre outros aspectos, a segurança dos usuários.

O trabalho na saúde é uma atividade especial de cuidado humano e desenvolvido, majoritariamente, de forma coletiva. Um trabalho deste tipo implica em relações entre profissionais e usuários dos serviços e seus familiares, assim como em relações entre os componentes das equipes e o chefe. O profissional é um membro importante dentro de uma organização, e para que o seu desempenho seja eficiente, precisa desempenhar bem as suas atividades e estar em boa interação com os colegas e sua chefia, pois a própria finalização do seu desempenho depende do outro.

O estudo apontou que os profissionais da atenção primária se relacionam de maneira positiva e harmônica; que a equipe está satisfeita com os demais componentes. Sendo este um fator incentivador para o fortalecimento do trabalho em equipe, visto a importância da equipe multidisciplinar na saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de Agosto. Brasília, DF: [s.n.], 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 14 de Jan. 2015.

GONDIM, S.M.G., SIQUEIRA, M.M.M. **Emoções e afetos no trabalho**. In: Zanelli JC, Borges-Andrade JE, Bastos AVB. Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. Porto Alegre. 2004.

GOMIDE, P.I.C. **Estilos Parentais e comportamento anti-social**. Campinas: 2004.

HAIKAL *et al.* Qualidade de vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da atenção primária à saúde. Rev. APS. 2013

IBGE, **Censo Demográfico 2014**. Crato, Ceará, IBGE, 2015.

LIMA, L; PIRES, D. E; FORTE, E. C. N; MEDEIROS, F. **Satisfação e Insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica**. Santa Catarina, 2013.

MELO F.A.B., GOULART B.F., TAVARES D.M.S. **Gerência em saúde: a percepção de coordenadores da Estratégia Saúde da Família, em Uberaba-MG**. Ciênc Cuid Saúde. 2011.

MESQUITA, Denise Tavares; MOREIRA, Andréa Carvalho Araújo; NETO; Francisco Rosemiro Guimaraes Ximenes. **Satisfação profissional do gerente na Estratégia saúde da família**. Sobral, 2013.

REY, Fernando Luis Gonzalez. Psicologia social e saúde. In: SILVA, Maria de Fátima de Sena e; AQUINO, Cássio Adriano Braz de **Psicologia social: desdobramentos e aplicações**. São Paulo: Escrituras, 2004.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## BOAS PRÁTICAS NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE ESTRATÉGIAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Nadyelle Elias Santos Alencar<sup>1</sup>, Grazielle Roberta Freitas da Silva<sup>2</sup>, Alessandra Silveira Furtado<sup>3</sup>

*1 Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-nível mestrado, Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí-Brasil.*

*2 Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí- Brasil.*

*3 Enfermeira, Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí-Brasil. Pós graduanda em Docência do Ensino Superior, Faculdade UNINASSAU, Teresina-Piauí-Brasil.*

E-mail: alesfurtado@hotmail.com

Palavras-chave: Educação em Enfermagem. Higiene das Mãos. Infecção Hospitalar. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

### INTRODUÇÃO

A enfermagem é, proporcionalmente, o maior grupo profissional nos serviços de saúde e, por desempenhar atividades de contato direto ao paciente, possui papel essencial na prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) (JACKSON, 2016).

As IRAS impactam a realidade hospitalar, elevam os índices de letalidade, o tempo de internação e os custos. Os fatores que mais contribuem para esse cenário são: a escassez de recursos humanos, pouca qualificação profissional, estrutura física inadequada e desconhecimento sobre as medidas de controle de IRAS (PADOVEZEI; FORTALEZA, 2014).

A Higienização das Mãos (HM) é reconhecida como o meio mais importante e menos dispendioso para redução das taxas de IRAS e, portanto, a sua prática deve ser incentivada por meio de ações de promoção estendida a todos os profissionais nos serviços de saúde (BRASIL, 2012). Em contrapartida, mesmo sendo considerada uma atitude primária para a prevenção e controle das IRAS, a adesão dos profissionais à prática de HM na rotina diária ainda é baixa (BRASIL, 2009).

A prática correta da HM deve ser iniciada e incentivada desde a graduação. Ressalta-se que além do suporte teórico, o ensino prático potencializa o processo de aprendizado, por isso, na tentativa de reforçar o conhecimento e gerar atitudes positivas, é essencial o desenvolvimento de treinamentos sobre a temática (CRUZ; BASHTAWI, 2016).

Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência sobre a utilização de estratégias pedagógicas na verificação da aprendizagem da técnica de higienização das mãos desenvolvida por acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem.

### METODOLOGIA

Relato de experiência sobre o processo de ensino-aprendizagem da técnica de higienização das mãos para acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem. A experiência foi desenvolvida em uma Universidade Federal de ensino localizada no nordeste brasileiro em agosto de 2017 e envolveu 24 estudantes, duas professoras do departamento de Enfermagem e uma mestranda em Enfermagem.

O estudo foi desenvolvido durante a disciplina “Fundamentação Básica de Enfermagem I”, a qual compõe o quadro de disciplinas obrigatórias do curso e encontra-se inserida no quarto semestre da graduação. Essa disciplina prioriza a execução de cuidados básicos de enfermagem e a aquisição de habilidades psicomotoras. É nesse semestre do curso que o aluno tem as primeiras vivências hospitalares e, além da aquisição de conhecimentos específicos, adquire habilidades que caracterizam a profissão do enfermeiro.

Além da carga horária teórica, a disciplina envolve atividades práticas laboratoriais e hospitalares. A experiência a ser relatada esteve vinculada aos seguintes conteúdos programáticos da disciplina: infecção relacionada à assistência de saúde e medidas de biossegurança. Após a aula dialogada, ocorreu a prática laboratorial, no qual os alunos realizaram a técnica de “Higienização das mãos”, segundo os passos recomendados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entretanto, de maneira não usual, uma experiência às cegas.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mãos são as principais ferramentas dos profissionais nos serviços de saúde, é através delas que o cuidado ao paciente se concretiza. Por outro lado, são também fonte de infecção. Assim sendo, a garantia da segurança

da paciente depende da sua cuidadosa higienização. Uma prova disso é a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, iniciativa da Organização Mundial da Saúde, que tem como uma das metas a redução dos índices de infecção hospitalar por meio do incentivo à correta higienização das mãos (BRASIL, 2012).

A “Higienização das Mãos” é um termo geral que engloba além da higienização simples (com uso de água e sabão), a higienização anti-séptica (antisséptico), a fricção anti-séptica (solução alcoólica) e a anti-sepsia cirúrgica (degermante) das mãos. A atividade a ser relatada teve como foco a higienização simples (BRASIL, 2007).

Segundo recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a higienização simples das mãos remove os microrganismos presentes na camada superficial da pele, o suor, a oleosidade e as células mortas. O procedimento a ser desenvolvido tem duração recomendada de 40 a 60 segundos e segue 11 passos, que envolvem: palma e dorso das mãos, espaços interdigitais, dorso dos dedos, polegar, polpas digitais e unhas (BRASIL, 2009).

A aula prática foi precedida de uma exposição oral dialogada sobre a temática, desenvolvida pelas docentes da disciplina. Nessa oportunidade foram explicitados: os tipos de higienização das mãos, suas finalidades, indicações e duração do procedimento, além de um foco especial sobre as técnicas de higienização e os passos a serem seguidos. Esse momento deu-se em aula tradicional, com uso de slides, vídeos e leitura de artigos científicos em 5 horas.

No segundo momento, que se deu 1 semana após, ocorreu em ambiente laboratorial, no qual os alunos foram incentivados a relembrar e aplicar os conceitos apreendidos em sala de aula na execução prática da técnica de higienização das mãos. O objetivo da atividade seria relembrar a importância da higienização adequada das mãos e validar o conhecimento teórico adquirido. Para isso, utilizou-se como estratégia pedagógica, a experiência às cegas, na qual os alunos realizaram a HM segundo as recomendações da ANVISA, porém, de olhos vendados.

A atividade deu-se em três etapas: primeiro, os alunos foram incentivados a sujar as mãos com tinta vermelha, de modo a simular a presença de microbiota – residente e transitória - na pele; segundo, foram vendados e realizam a higienização simples das mãos, com água e sabão; por fim, com a remoção da venda, avaliaram a eficácia da técnica realizada.

O ato de sujar as mãos com tinta trouxe a sensação de visibilidade à microbiota que, geralmente, é visível apenas microscopicamente. Em relação à técnica, alguns passos foram esquecidos e nenhum dos alunos a executou completamente. Por outro lado, o tempo recomendado, de 40 a 60 segundos, foi seguido por todos.

Além disso, após a higiene das mãos, foi possível visualizar a permanência de tinta em algumas regiões, o que denunciava falhas na técnica executada. As áreas com pior higienização foram: dorso da mão e polpa digital/unhas.

Ressalta-se que, a atitude empregada na realização da técnica influencia a qualidade da higienização. Isso porque, alguns alunos, devido ao posicionamento inadequado e à fricção vigorosa das mãos, “contaminaram” o lavatório, a parede próxima à ele e, até mesmo, o jaleco durante o procedimento de HM.

O momento mais importante da experiência foi a avaliação individual de cada aluno, após a retirada das vendas. A auto avaliação faz com que o aluno aprenda com os próprios erros e identifique os pontos a serem aprimorados. Segundo Nematian e colaboradores (2017), muitos dos que acreditam conhecer e realizar a técnica correta, não a fazem adequadamente, logo, estratégias de avaliação tornam-se de grande valia.

Importante destacar que as falhas que ocorrem no processo de HM advêm de hábitos adquiridos e sustentados desde a formação profissional. Poucos são os cursos de graduação que capacitam o profissional para a atuação frente à prevenção e combate das IRAS (PADOVEZEI; FORTALEZA, 2014). Tal realidade reforça a importância da atividade desenvolvida.

A prática às cegas levou à reflexão sobre o que acontece diariamente. Na prática cotidiana, não é possível avaliar a eficácia da HM, uma vez que, a microbiota é invisível a olho nu. Por outro lado, a experiência permitiu que cada aluno avaliasse a sua própria técnica de higienização e percebesse os aspectos que precisam ser aprimorados.

## CONCLUSÃO

A correta higienização das mãos precisa ser incentivada e incorporada deste a graduação. Os futuros profissionais devem, desde o princípio, reconhecer a importância deste procedimento para a promoção da segurança de pacientes, usuários dos serviços de saúde e profissionais. Além disso, a utilização de estratégias pedagógicas favorece o aprendizado por meio do incentivo à reflexão e auto avaliação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao\\_maos/index.htm](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm)>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do Paciente: Relatório sobre Autoavaliação para Higiene das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2012. 68p.

CRUZ, J.P.; BASHTAWI, M.A. Predictors of hand hygiene practice among Saudi nursing students: A cross-sectional self-reported study. **Journal of Infection and Public Health**, v.9, n.4, p. 485-93, 2016.

JACKSON, C. Review: Self-perceived hand hygiene practices among undergraduate nursing students. **Journal of Research in Nursing**, v.21, n.1, p.20-21, 2016.

NEMATIAN, S.S.S et al. Comparing knowledge and self-reported hand hygiene practices with direct observation among Iranian hospital nurses. **American Journal of Infection Control**. v.45, n.6, p.65-7, 2017.

PADOVEZE, M.C; FORTALEZA, C.M.C.B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.6, p. 995-1001, 2014.

## **AGRADECIMENTO**

À Universidade Federal do Piauí, em especial aos docentes do Departamento de Enfermagem, pelo incentivo à produção de conhecimento científico durante a Graduação e, agora, na Pós Graduação.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECIMENTO DE PUÉRPERAS ACOMPANHADAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA SÍFILIS E SUA TRANSMISSÃO VERTICAL

Maria Roberta Freitas de Melo<sup>1</sup>, Jéssica Ingrid Brasileiro Rocha<sup>2</sup>, Fabiana Maria Alexandre Sousa<sup>3</sup>, Conceição de Maria de Albuquerque<sup>4</sup>

1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará- Brasil.

2 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará- Brasil.

3 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará- Brasil.

4 Profª Ms Orientadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: conceicaom@unifor.br

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis Congênita. Transmissão Vertical de Doença Infecciosa. Cuidado Pré-Natal.

### INTRODUÇÃO

A mulher ao gestar um filho carrega consigo uma série de modificações internas e externas que lhes são peculiar a nova situação. Estar gerando um novo ser no ventre implica em cuidados maiores com a saúde da mãe e do futuro neonato, tendo em vista que nesta fase muitas doenças podem acometer a mãe e afetar o feto.

Dentre os agravos a saúde que podem acometer a gestante e conseqüentemente o feto, podemos destacar a sífilis. Considerada uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum* podendo sua transmissão ser por via sexual ou vertical entre mãe e bebê ocasionando a sífilis congênita. E muito embora essa seja uma patologia conhecida a muito tempo pela humanidade, ainda é um desafio e um problema de saúde coletiva. Apesar de ser facilmente controlada devido a existência de testes diagnósticos sensíveis e o tratamento eficaz de baixo custo. (CAMPOS et al., 2010)

O meio mais eficaz para prevenção da sífilis congênita consiste na realização do rastreamento da doença durante o pré-natal, através do teste VDRL que deve ser realizado o mais precoce possível, e depois deve ser repetido por volta da 28ª e da 38ª semanas de gestação. O VDRL é um teste não treponêmico, apresentando pouca especificidade, alta sensibilidade, baixo custo e rápida negatificação em resposta ao tratamento sendo, portanto, o ideal para o rastreamento da sífilis e para o controle de cura. (SOUZA, 2014)

Segundo Araújo et al. (2012), a transmissão vertical da sífilis congênita (SC) é de extrema importância à Atenção Primária de Saúde por ser algo de fácil prevenção, onde a ocorrência sugere falhas no funcionamento da atenção básica e/ou da sua integração com o sistema de saúde. Um terço das gestações em mulheres infectadas pelo *Treponema pallidum*, e não adequadamente tratadas, pode resultar em perda fetal e outro terço em casos de SC.

Tal agravo a saúde pode ser transmitida em qualquer fase da gestação, tendo um aumento percentual de 70% a 100% nas fases primária e secundária da doença. Existe também a chance de contaminação direta do concepto, durante a passagem pelo canal de parto, quando houver lesões genitais na gestante. Ocorrendo a transmissão da sífilis congênita, cerca de 40% dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal. (SANTOS, 2015)

A transmissão pode ocorrer em qualquer período da gestação, sendo mais comum nos trimestres finais. O risco de infecção fetal é menor e o acometimento pela doença é menos grave quanto maior a duração da infecção materna. Mães com sífilis primária ou secundária ou com sífilis adquirida nos últimos quatro anos, não tratadas, representam maior risco de prematuridade, morte perinatal (18% – 40%) e infecção congênita (70% – 100%) quando comparadas àquelas com sífilis latente adquirida há mais de quatro anos, em que o risco de infecção congênita é de 23% a 40%. Desta forma, se evidencia a importância da testagem na primeira consulta e 3º trimestre e no momento da internação hospitalar (seja para o parto ou para a curetagem uterina). (BRASIL, 2014)

Santos (2015), informa que o tratamento é realizado com penicilina G benzatina e de dose variável dependendo da fase da doença. A gestante portadora de sífilis receberá tratamento com 3 doses de penicilina, com intervalo de 1 semana entre as doses. O tratamento será considerado adequado quando o final do tratamento tenha ocorrido em até 30 dias antes do parto, ter sido completo, feito com penicilina e parceiro tratado concomitantemente.

Dos casos de SC notificados em 2016 no Brasil, 79,5% das mães realizaram pré-natal; onde a maior parte, 55,5% teve o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e 61,4% não tiveram seus parceiros tratados. (BRASIL, 2016b)

Diante disto, esses indicadores apontam para a baixa qualidade do pré-natal e para a necessidade de reflexão e reestruturação da assistência dispensada às gestantes.

Martinelli et al. (2014), descreve que em 2000, o governo federal instituiu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), a fim de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, com medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.

A atenção ao pré-natal é de fundamental importância à saúde materno-infantil, tendo em vista que nesse período são desenvolvidas atividades relacionadas à promoção da saúde e identificação de riscos para a gestante e o bebê, prevenindo inúmeras complicações, além de reduzir/eliminar fatores e comportamentos de risco associados a vários agravos à saúde. (CAMPOS et al., 2010)

Costa (2012), expõe que apesar do aumento da cobertura pré-natal, alguns estudos alertam para falhas na assistência no SUS em seus componentes mais básicos preconizados pelo PHPN, tendo como consequência uma adequação muito baixa da assistência.

Diante dos fatos, atentou-se para a seguinte questão: qual o conhecimento das puérperas acompanhadas pela estratégia de saúde da família acerca da sífilis e sua transmissão vertical?

Desde 2011 o governo federal vem implementando a Rede Cegonha a fim de complementar o PHPN, que tem por objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (MARTINELLI et al., 2014)

O interesse pelo estudo deu-se a partir de um estágio extracurricular da autora em um hospital/maternidade referência em Fortaleza/CE, onde atentou-se para a alta incidência de RN's na unidade com sífilis congênita apesar da maioria das mães terem tido acompanhamento pré-natal.

Essa pesquisa terá importante relevância para contribuir em alertar os possíveis fatores determinantes para o crescente número de casos bem como as dificuldades existentes entre o pré-natal adequado e a prevenção da transmissão da sífilis congênita. Somente com uma adequada assistência pré-natal, será possível atingir o objetivo desejado de controle dessa infecção. O cuidado adequado da sífilis na gestação é a única maneira de impedir a transmissão vertical e, por consequência, a infecção congênita. (LAFETÁ et al., 2016)

## **METODOLOGIA**

O presente estudo tratou-se de um estudo transversal descritivo de abordagem qualitativa, realizado em um hospital da rede pública municipal de Fortaleza/CE, pertencente ao Conselho Regional de Saúde VI (CORES VI), de nível secundário de assistência.

O hospital/maternidade pública, deste estudo, é referência e possui pré-natal de alto risco e maternidade equipada com Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal. A maternidade realiza o serviço de triagem da maternidade, juntamente com o laboratório do hospital, para detecção do HIV e sífilis nas mulheres internadas para parto ou aborto, para tratar, notificar e acompanhar os casos de sífilis materna e congênita. (CIDADÃO, 2016)

O estudo contou com a participação de 26 puérperas. Os critérios de inclusão foram: puérperas internadas na maternidade em estudo; que realizaram pré-natal nas UAPS do município de Fortaleza; maiores de 18 anos e que aceitaram participar de livre e espontânea vontade da pesquisa mediante assinatura do Termo De Consentimento Livre Esclarecido. Nomeou-se como critérios de exclusão: puérperas que aparentassem qualquer distúrbio mental que a impossibilitassem de responder as questões.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2016, após a aprovação do projeto pelo comitê de ética. A coleta se deu por meio de uma entrevista semiestruturada com as puérperas contendo dados socioeconômicos e perguntas relacionadas ao pré-natal, sexualidade e conhecimento acerca da doença em estudo.

Após coletados os dados das participantes por meio da entrevista semiestruturada, as informações obtidas foram avaliadas e partir daí puderam ser traçados os possíveis fatores mais relevantes associados ao assunto da pesquisa, atingindo desta forma os objetivos do estudo.

A pesquisa respeitou a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, preservando os preceitos éticos através da confidencialidade, sigilo, anonimato e permissão para se ausentar, passou por análise e aprovação do Comitê de Ética (BRASIL, 2012).

Todos os entrevistados foram denominados por codinomes (E1, E2, E3... E26) para representá-los e enumerados de acordo com a ordem de realização da entrevista a fim de assegurar o anonimato das participantes.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Inicialmente traçou-se o perfil sociodemográfico das vinte e seis (26) entrevistadas. Foi observado que as faixas etárias variaram de 19 a 38 anos e a maior concentração se deu no intervalo de 22 a 26 anos.

A faixa etária pode estar diretamente ligada a diminuição ou aumento da disseminação da sífilis, tendo em vista que supõe-se que indivíduos com mais idade, devem ter uma maior experiência de vida inclusive sexual e reprodutiva, além de um maior conhecimento, porém, não devemos nos ater a este fato, pois segundo a autora Souza (2014), a transmissão vertical acomete bebês de mães pertencentes a todas as idades reprodutivas, enfatizando a ocorrência da prática do sexo desprotegido independente da faixa etária.

No tocante a escolaridade constatou-se que, a maioria tinha ensino fundamental completo. O nível de escolaridade é um forte agravante quando se trata de conhecimento a respeito de DST's, haja vista que quanto maior o nível de escolaridade do indivíduo, maior será o seu conhecimento sobre doenças que estes podem ser expostos sem o cuidado adequado.

Em relação a renda salarial familiar, mais da metade ganhava de 1 a 2 salários mínimos. A infecção da sífilis em gestantes tem sido relacionada ao baixo nível socioeconômico, embora esta não seja uma doença restrita às classes menos favorecidas, estes resultados sinalizam que a pouca escolaridade e a baixa renda podem ser marcadores importantes de pouco acesso aos serviços de saúde. (MAGALHÃES, 2011)

Quanto ao estado civil, apenas oito declararam ser solteiras. O estado civil pode ser considerado um fator de risco para esta doença, tanto para a mulher solteira, como para a mulher casada/união estável, tendo em vista que, a mulher solteira por não ter um parceiro fixo, terá um número maior de parceiros que a mulher casada ou em união estável, tornando-a vulnerável aumentando o risco de adquirir a infecção, por outro lado, a mulher casada/união estável pode também se tornar vulnerável pelo fato de essas não terem o hábito de usar preservativos na relação sexual com seu parceiro por ser fixo e portanto não achar necessário.

Fatores sócio-demográficos como idade, escolaridade e renda familiar, podem ter forte relevância em relação a prevenção da sífilis. Estes dados não são determinantes para explicar a situação atual da doença no Brasil, mas contribuem para compreender as características sócio-demográficas observadas, as quais sugerem restrição à informação em relação aos problemas de saúde e às medidas de prevenção, controle e tratamento de doenças e agravos à saúde. (VICTOR et al., 2010)

No tocante a existência de parceiro fixo ou não, vinte e duas entrevistadas contaram ter parceiro. Em relação ao parceiro fixo, este é um fator de risco determinante, tendo em vista que de acordo com Costa et al. (2011), o uso de preservativo é mais frequente com parceiros ocasionais, o autor revela ainda que a confiança no parceiro fixo e a crença de que o parceiro eventual representa maior risco, faz com que mulheres casadas acreditem que estão protegidas para DST's e não achem necessário o uso do preservativo. Verifica-se ainda maior prevalência e relação significativa entre o uso de preservativos no caso do parceiro eventual, comparado ao parceiro fixo, apontando alta vulnerabilidade e exposição nesse grupo.

Quanto a ocorrência de sífilis nas gestações anteriores, nenhuma das participantes múltiparas relatou casos da doença em gestações passadas.

Quando questionadas a respeito do número de consultas de pré-natal realizadas, vinte e uma puérperas realizaram  $\geq 6$  consultas. Uma das barreiras para o controle da sífilis durante a gestação é o início tardio da assistência ao pré-natal, que se associa ao menor número de consultas e dessa forma a menor realização de exames de rotina. (SANTOS, 2015)

Quando indagadas a respeito das orientações acerca da sífilis no pré-natal, dezessete entrevistadas informaram não ter tido essa orientação. A assistência deve oferecer uma atenção de qualidade, onde a ausência de ações de aconselhamento para as gestantes resulta no desconhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST's), principalmente as que podem ser transmitidas para seus concepções, pois sem conhecimento fica inviável a adoção de comportamentos de prevenção. (SANTOS, 2015)

Quanto a realização do exame VDRL no pré-natal, dezessete puérperas realizaram o exame no 1º e 3º trimestre. A realização do exame VDRL no 1º e 3º trimestre da gravidez, irá garantir que a criança nasça sem nenhum risco de adquirir a doença, pois, caso haja a positividade em algum dos exames realizados nos dois trimestres, será possível o tratamento adequado da gestante até 30 dias antes do parto assegurando assim a saúde da criança.

Inquiriu-se as depoentes acerca do seu conhecimento da temática em questão ou seja a sífilis. Dez das mesmas relataram desconhecer ou ter dúvidas sobre a doença. Questionadas acerca de como acontecia a transmissão da doença para o bebê, apenas dez tiveram o entendimento. A prevenção da sífilis tanto para a mãe como para o feto deve ser realizada por meio de incessante informação. A assistência pré-natal deve ser vista como uma ocasião única para a realização de ações profiláticas de saúde. (VICTOR et al., 2010)

## CONCLUSÃO

Neste estudo, observou-se que o conhecimento das puérperas em relação a sífilis e sua transmissão vertical é muito superficial, equivocado e em alguns casos ausente. Reconhece-se portanto uma lacuna acerca das orientações da patologia e a importância da assistência pré-natal de qualidade e na forma adequada.

Atentou-se, desta forma, para questionar a eficiência desses acompanhamentos pré-natais. Será que a assistência está sendo feita com qualidade, de forma correta e completa ou o profissional está habituado a realizar apenas a consulta pré-natal de rotina, sem que haja um merecido destaque para a sífilis e outras patologias que podem acarretar em graves consequências para o binômio mãe e filho?

É fundamental que o profissional da saúde esteja comprometido e desenvolva estratégias apropriadas para informar a gestante para tal enfermidade, a fim de que esta tenha conhecimento apropriado acerca da sífilis e esteja ciente dos riscos que a doença pode trazer a sua saúde e do seu bebê.

Portanto, para que se alcance um declínio nos casos de sífilis na população, compreende-se que se faz necessário a união de diversos esforços de todas as esferas, incluindo a equipe de saúde da atenção primária e ou coletiva que deve estar empenhada a proporcionar um acompanhamento adequado, proveitoso e de qualidade às gestantes da unidade, para que estas se sintam esclarecidas, tenham uma orientação satisfatória e um pré-natal mais saudável possível de acordo com as singularidades gravídicas de cada uma.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Cinthia Lociks *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** 2012;46(3):479-86. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido** : guia para os profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 4 v. : il. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_recem\\_nascido\\_%20guia\\_profissionais\\_saude\\_v1.p df](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.p df)>. Acesso em: 02 set. 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Indicadores de Sífilis**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: < <http://indicadorestifilis.aids.gov.br/> . Acesso em: 11 nov. 2016.
- CAMPOS, Ana Luiza de Araújo *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(9):1747-1755, set, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2016.
- CIDADÃO, Chico. **Parto Que Te Quero Perto**: O Gonzaguinha de Messejana. 2011. Disponível em: <<http://partoquetequeroperto.blogspot.com.br/2011/07/o-gonzaguinha-de-messejana.html>>. Acesso em: 19 ago. 2016.
- COSTA, Camila Chaves da. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação** . 2012. 102f. :il. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-721578>>. Acesso em: 06 set. 2016.
- COSTA, Maria Conceição Oliveira *et al.* HIV/AIDS e SÍFILIS entre gestantes adolescentes e adultas jovens: Fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIV/AIDS na rede pública de saúde/Sus, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.35, supl.1, p.179-195 jan./jun. 2011. Disponível em: < <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/155>>. Acesso em: 27 dez. 2016.
- LAFETÁ, Kátia Regina Gandra *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Bras. Epidemiologia**. Jan-Mar 2016; 19(1): 63-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00063.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.
- MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos. **Fatores sócio-demográficos e antecedentes obstétricos associados à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes do Distrito Federal**. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – Brasília, 2011. Disponível em: <[http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/99203/magalhaes\\_dms\\_me\\_botfm.p df?sequence=1](http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/99203/magalhaes_dms_me_botfm.p df?sequence=1)> . Acesso em: 08 nov. 2016.
- MARTINELLI, Katrini Guidolini *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2014; 36(2):56-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2016
- SANTOS, Cristhiane Labes dos. **Sífilis congênita e gestação**: revisão de literatura. São Paulo: HSPM, 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-11132>>. Acesso em: 18 ago. 2016 .
- SOUZA, Natália Molero Bezerra. **Sífilis congênita**. - - Marília, SP: [s.n.], 2014. Disponível em: <<http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4449>>. Acesso em: 02 set. 2016.



VÍCTOR, Janaina Fonseca *et al.* Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(1):113-9. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a14.htm> >. Acesso em: 11 nov. 2016.

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof.<sup>a</sup> Ms.: Conceição De Maria De Albuquerque, por todo tempo, ensinamento e paciência dedicado a nós, pela sabedoria e determinação a qual nos orientou.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## UM FILHO QUE MUDOU MINHA VIDA: OS IMPACTOS DE UMA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

**Nelson Nianderson Lima Bezerra, Josué Barros Júnior, Rosane Shirley Saraiva de Lima, Kerma Márcia de Freitas, Valéria Kely Gomes da Silva, Raiany Pereira Barros**

1 Acadêmico em Enfermagem, FVS, Icó-CE.

2 Doutorando em Ciências da Saúde FMABC, São Paulo, Mestre em Ensino na Saúde UECE, Fortaleza- CE, Docente da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE

3 Enfermeira, Faculdade Vale do Salgado, Pós graduanda em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri, Crato, CE

4. Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva UNIFOR, Fortaleza-CE, Coordenadora do Curso de Enfermagem da FVS, Icó-CE

5 Acadêmico em Enfermagem, FVS, Icó-CE.

6 Especialista em Urgência e emergência pela Faculdade Vale do Salgado, Enfermeira pela FVS, Icó-CE.

E-mail: nelsonnlb@hotmail.com

Palavras-chave: Adolescente. Gravidez. Saúde.

### INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência gera inúmeras consequências na vida das jovens, afetando variados aspectos de suas vidas. Desta forma percebe-se a necessidade de promover ações voltadas para a educação em saúde não sendo apenas ações pontuais, mas que aconteçam de forma contínua buscando educar pais e filhos acerca de sua sexualidade como também de sua cultura, emoções e relações em sociedade (TABORDA 2014).

Há vários desafios em uma gravidez na adolescência, surgindo também desafios para a constituição de políticas públicas voltadas para a saúde do adolescente, desta forma dificulta o provimento a esses adolescentes de meios para desenvolverem sua sexualidade de forma eficaz. Surge daí a necessidade de se trabalhar essa problemática a partir de ações intersectoriais e ações coletivas que promovam nestes indivíduos um comportamento saudável de forma a desenvolver nestes o autocuidado ampliando os cuidados com a própria saúde (GURGEL, 2008).

A gravidez na adolescência reflete para uma realidade problemática da juventude especialmente na adolescência, onde o desenvolvimento da vida sexual e reprodutiva associa-se a fatores de sua vida social e as diversas condições de desigualdade existente no país. Diante disso compreende-se que o índice de gravidez entre jovens varia conforme os aspectos econômicos e sociais na qual vivem, cuja realidade por vezes leva a estes jovens a escolhas imaturas, induzidos pelas condições de exclusão as quais estão expostos.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) o indivíduo é considerado adolescente na faixa etária entre 12 a 18 anos de idade e em alguns casos se estende até 21 anos. Conforme Bock (2007), a adolescência é uma etapa da vida que não pode ser reduzida apenas a transição entre a infância e vida adulta, esta deve ser vista como uma face de desenvolvimento e construção do ser social somados também ao desenvolvimento corporal, caracterizando-a desta forma como um fato social.

Atualmente o modo de enxergar o adolescente vem mudando em relação à legislação a qual estabelece proteção integral no âmbito dos direitos promovendo ações de prevenção e proteção para este público. No que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos percebe-se avanços consideráveis e relevantes, tais como, planejamento familiar e assegurar a escola como um dos principais meios para a educação na sexualidade (MORAES, 2015).

Nesse contexto a relevância desta pesquisa se dá através do aproveitamento dos demais acadêmicos acerca dessa temática, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre as consequências geradas pela gravidez na adolescência. Elucidando a perspectiva destas mulheres em relação a essa fase vivida e suas expectativas futuras frente à nova realidade que é ser mãe.

O objetivo desse estudo foi analisar os impactos de uma gravidez em adolescentes em mulheres que tiveram gravidez na adolescência no Município de Jaguaribe.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, realizado no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS II) – João Neto Victor, na cidade de Jaguaribe-Ce. O CRAS foi inaugurado no dia 01 Junho de 2010, no Bairro José Pessoa Filho, onde permaneceu por 03 anos neste endereço. O mesmo se encontra atualmente na rua José Urubatan Pinto. 237, Sala C, Bairro: Nova Brasília, 6347500. O mesmo funciona de segunda-feira a sexta-feira, de 7h30 as 11h30. Sua área de abrangência corresponde aos bairros: Vila Pinheiro,

Nova Brasília, José Pessoa Filho, João Paulo II, Placa Verde e Américo Bezerra bem como os distritos Mapuá, Aquinópolis e Vertentes e suas perspectivas comunidades.

O estudo foi constituído por dez mulheres que foram mães na adolescência e que estavam cadastradas no CRAS – João Neto Victor de Jaguaribe-ce, foram mulheres que tiveram uma gravidez quando adolescente. Como critério de inclusão considerou-se a aceitação em participar de tal pesquisa e que a mesma tenha participado do CRAS II durante o período gestacional. Já como critério de exclusão a mulher que se recuse assinar o termo de consentimento livre esclarecido e pós-esclarecido será automaticamente eliminadas. Como técnica de coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada,

De acordo com o perfil estabelecido para essa pesquisa, as entrevistadas participaram do estudo por intermédio de abordagem direta. Sobre a entrevista será realizada na residência das participantes, com o intuito de garantir a privacidade das mesmas. Para a coleta de dados foi desenvolvido um roteiro composto por questões, abordando os seguintes tópicos: idade, estabilidade financeira, perspectiva de vida, acompanhamento profissional, estado emocional. Os dados foram organizados e analisados sob os aspectos da análise do conteúdo, que segundo Bardin (2001), é formado por técnicas de análise das comunicações, tendo em vista os processos sistemáticos e os objetivos de definição abordados nas mensagens.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil das praticantes foi categorizado de acordo com a Idade, Número de filhos, Estado Civil e Profissão. A entrevista obteve um total de 10 participantes que tiveram gestação no período da adolescência. A pesquisa abordou perfis de mães que tiveram gestação entre os 12 anos á 18 anos.

De acordo com os dados da pesquisa, as entrevistadas engravidaram na adolescência e não chegaram nem a cursar o ensino médio, sendo que 40% das entrevistadas possuem apenas o ensino fundamental completo, e o restante totalizando em 60% não chegaram a terminar o ensino fundamental. Na realização das entrevistas as participantes relataram que abandonaram a escola, por terem que assumir a responsabilidade dos cuidados da criança.

Quanto ao nível socioeconômico das mães que aceitaram participar da pesquisa pode-se evidenciar que 4 (quatro) das entrevistadas vivem com menos de um salário mínimo, declararam nas entrevistas que a renda principal é por meio do Programa Bolsa Família do governo federal e alguns trabalhos autônomos (bicos) realizados, enquanto que as outras 6 (seis) relataram que a renda chega a atingir um salário mínimo, mas devido a ajuda dos programas sociais do governo federal e também por receberem ajuda por parte dos familiares para sobreviverem.

Em relação ao tipo de habitação a pesquisa mostra que 4 (quatro) das entrevistadas tem casa própria, sendo que 6 (seis) moram de aluguel.

De acordo com alguns relatos das adolescentes entrevistadas por oralidade diante de perguntas realizadas, inferiu-se Em relação ao sentimento das entrevistadas no momento da descoberta da gravidez, na análise dos discursos desta pesquisa permitiu-se identificar, em primeiro momento um estado de “surpresa” por se tratar de acontecimento inesperado.

De acordo com Dadoorian (2003) As adolescentes começam a vida sexual logo após a puberdade e engravidam muito novas. Para elas a gestação traz a certeza de que o seu corpo está pronto para uma fecundação. A certeza de uma gestação traz consigo uma mistura de sentimentos envolvidos como a surpresa por não esperar a gravidez tão nova, surgindo a certeza do amadurecimento e de sua chegada na vida adulta.

Quanto ao âmbito familiar o momento da descoberta da gravidez, de acordo com os relatos discursivos de algumas participantes, A notícia para a família sobre a gestação da adolescente, de início teve um sentimento de “surpresa” para seus familiares, no qual as mães foram as que tiveram uma melhor aceitação, enquanto que com os pais tiveram sentimentos de negação com suas filhas gestantes. Entretanto, aos poucos, as famílias passaram a aceitar e a se conformar com a situação.

Segundo Pinheiro (2005), são vários os sentimentos norteadores da reação das famílias frente á gravidez.

Mediante as perguntas realizada na pesquisa, destacou-se que quando era perguntado que tipo de mudanças tinha ocorrido em sua vida no período da gestação, a maioria relataram terem abandonado a escola. Fato esse que é bastante citado por autores em seus artigos, o abandono escolar durante a gravidez e após a gravidez. De acordo com Moreira (2008) O abandono dos estudos durante o período da gravidez ou a até mesmo após a chegada do bebê, traz consigo inúmeros momentos de perdas e acaba dificultando a qualidade de vida das adolescentes.

Segundo Yazille (2006) É importante salientar, que existem comprovações de abandono escolar por parte das adolescentes, por parte da família que incentiva a adolescente a desistir de seus estudos por conta da gravidez precoce e por acharem que esse não é mais, o momento para se estudar. Podendo haver também abandono por parte da escola, por intimidação dos colegas.

Diante da pesquisa oralizada quando o assunto se referiu ao preconceito na gestação, a maioria das participantes, demonstraram que sentiram preconceitos e as entrevistadas expõem abertamente os preconceitos que vivenciaram na gestação.

É um importante salientar que varias mães abandonaram seus estudos porque não tinham com quem deixar suas crianças, e usam esse impedimento como primeira e principal barreira para uma possível volta.

Quando foi abordado para as participantes da pesquisa se elas tinham participado de algum programa social ou se teve alguma assistência do CRAS do seu bairro. A maioria declarou que tinha participado do grupo de gestantes que é desenvolvido pelo CRAS da comunidade do Currálinho, onde as mesmas frequentam uma vez por semana e são ofertadas para as integrantes oficinas de costura para a fabricação de utensílios para seus bebês e recebem orientação de assistentes sociais.

Conforme Teixeira; da Silva; Teixeira (2013) Tendo como maior amparador dos direitos dos adolescentes, o ECA. Torna-se bastante sensível quando se trata da construção de políticas públicas para criança e adolescentes, nos três domínios do governo, por não ter uma direção nas políticas de atendimento aos jovens, se tornando descontínuas e insatisfatórias.

A carência nas políticas públicas ainda é uma realidade no Brasil. Devido às deficiências para a efetivação de políticas públicas que possam proporcionar o engrandecimento por completo do adolescer. No que instiga aos direitos sexuais, é essencial e inevitável à constituição do tripé saúde-educação-família para obter proteções de formas legais para o seguro desenvolvimento dos nossos jovens (MORAES; VITALE 2011).

A falta de conhecimento é uma das questões a se evidenciar. As políticas que se refere a filosofia sexual as praticas contraceptivas são políticas escassas e ineficaz para se evitar tais resultados. As políticas públicas devem-se estender-se no que se refere ao segmento social das adolescentes (DADOORIAN 2003).

Ao adentrar no assunto sobre como era a sua perspectiva de vida depois da gestação, grande parte dos relatos obtidos pelas participantes eram de conformação com sua situação vivida. Algumas chegaram a declarar que queriam voltar aos estudos, mas não conseguiam porque tinha que cuidar do filho, trabalhar, e em muitos casos engravidaram novamente o que dificultava ainda mais prosseguir com seus planos. Em outros relatos eram de que queria proporcionar uma vida melhor para seus filhos, na qual elas não dispuseram.

Segundo Dias; Teixeira (2010) a partir do período da maternidade em diante, a jovem passa a ter sua vida limitada e regrada aos vínculos de cuidados que passará a ter com o seu filho. Sendo assim, passa a ter sua vida do ponto de vista das projeções e perspectivas para o futuro, algo muito presente nesta idade, totalmente afetadas. O futuro dela fica de lado, e passa a valer o futuro do seu primogênito.

## CONCLUSÃO

Através de uma pesquisa realizada com mães adolescentes na comunidade de “Currálinho” Jaguaribe-Ceará, este estudo teve uma base sobre as mulheres que ficaram grávidas na idade da adolescência. Ficando claro, que em sua maioria o resultado foi que as mesmas não estavam prontas ou não queriam ser mães quando abordadas na pesquisa, sendo que por parte das famílias a aceitação em primeiro momento foi difícil, mais tempos depois veio a existir consentimento.

Foi visto em todas elas algo em comum, que são os planos para com seus filhos daqui para a frente, traçando a partir daí uma vida que se anseia para eles, uma vez que a maioria citou em pesquisa ter abandonado os estudos. Como não tiveram para elas o fator “estudo” é algo levado em consideração em primeiro plano para os bebês, não querendo que eles venham repetir os erros.

As entrevistadas conhecem e usam os serviços prestados pelo CRAS que fica a serviço da comunidade, relatando que há o acompanhamento por parte deles. Como é uma pequena parte da população Jaguaribana mais afastada do centro da cidade e pessoas que realmente necessitam desse trabalho, isso é de grande ajuda para elas.

Algo que foi visto é a forma como é tratado o assunto na família, principalmente entre pais e filhos, existem ainda muitos avanços a serem feitos internamente, sendo singularmente barreiras a serem rompidas. Para que se haja melhor harmonia e relação entre eles, é necessário um melhor afeto, acolhimento, e relação, para que em um período tão difícil na vida dessas “meninas” elas venham ter mais conhecimento e não tão somente pessoas prontas a lhe apontarem o dedo. A combinação perfeita para o sucesso tem que ser família, escola e apoio governamental (unidade de saúde) para benefício dos que necessitam.

Notou-se através desta pesquisa, que as adolescentes se encaixam em um campo bastante afetado da cidade, mais que são cobertas dos serviços necessários, aonde na realidade cada vez mais vemos populações desfavorecidas. A falta de estudos delas não vem a ser fator de obstáculo, quando elas visam para os seus filhos uma perspectiva melhor de vida para eles, desta forma e para se obter excelentes resultados as políticas sociais devem entrar com mais eficácia ainda.

## REFERÊNCIAS

- BOCARDI, M. I. B. **Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço de medo**. Arte & Ciência; Marília, Ed Unimar, São Paulo, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CABRAL, C. S.; **Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro**. Cad. Saúde Pública. v.19, Rio de Janeiro 2012 COSTA, M. C. O.; FORMIGLI, V. L. A. **Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 177-84, 2011.
- DIAS, A. C. G.; GOMES, W. B. **Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais**. Estudos de Psicologia, Natal, v. 4, n. 1, p. 79-106, 2012.
- FIGUEIREDO, N. M. A. V; DIRCE, L. M., Wiliam, C. A.; **Tratado prático de enfermagem**, volume 2 / 2ª. Ed. – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2015.
- FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. **Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 12, n. 25, p. 387-400, 2008.
- FRISON, L.M.B. (2010). **Percorrendo os caminhos na construção da sexualidade adolescente: significados do mundo vivido**. Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
- GODINHO, R. A. et al. **Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, v. 8, n. 2, p. 25-32, 2013.
- GOMES, W. B. **Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais**. Estudos de Psicologia, Natal, v. 4, n. 1, p. 79-106, 2010.
- GONTIJO, Daniela T., MEDEIROS, Marcelo "Tava morta e revivi": **significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas**. Cad. Saúde Pública, Fev 2008.
- LIMA, C. T. B. et al. **Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação**. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 4, n. 1, p. 71-83, 2014.
- LIRA, J. B.; DIMENSTEIN, M. **Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de saúde**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 37-45, 2014.
- SOUSA, L.C. (2011). **Gravidez na adolescência: subsídios para proposta pedagógica**. Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O QUE DIZEM OS PROFISSIONAIS

Isabely Cavalcante Martins<sup>1\*</sup>; Valeria Kely Gomes da Silva<sup>2</sup>; Bruna Barbosa de Lima<sup>3</sup>; Kerma Márcia de Freitas<sup>4</sup>; Cleciana Alves Cruz<sup>5</sup>; Josué Barros Júnior<sup>6</sup>

1 Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, FVS. Icó-CE.

2 Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, FVS. Icó-CE.

3 Enfermeira graduada pela Faculdade Vale do Salgado, FVS. Icó-CE.

4 Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE, Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.

5 Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Docente da Faculdade Vale do Salgado, Icó, CE.

6 Mestre em Ensino na Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado, Icó, CE

E-mail: [isabelycavalcante@fvs.edu.br](mailto:isabelycavalcante@fvs.edu.br)

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Violência contra a Mulher. Violência Sexual.

### INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é uma verdadeira transgressão dos direitos humanos e a sua liberdade, limitando-a ao seu reconhecimento, gozo e exercício de tais direitos. É um abuso à dignidade humana, é uma desigualdade de poder entre homens e mulheres, além de ser uma causa considerável para o sofrimento e adoecimento, sendo fator de risco para vários problemas de saúde, seja eles físicos ou psicológicos (WAISELFISZ, 2012).

Diante dos inúmeros tipos de violência contra a mulher, a violência sexual é considerada uma das mais cruéis e persistentes, pois é um tipo de violência que cruza diversas dificuldades, algo que atormenta o imaginário dessas vítimas, levando-as a se sentirem vulneráveis, assim como causando uma constante insegurança, além de colaborar com uma cultura violenta e patriarcal (BRASIL, 2012).

A partir de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) percebeu-se que houve maior mudança na contagem dos atendimentos, onde nos dados preliminares utilizados na sua primeira pesquisa, foram registrados 42.916 atendimentos de mulheres vítimas de violência, sendo que na sua última atualização foram registrados 70.285 casos, observando com isso um aumento significativo (WAISELFISZ, 2012).

Diante de dados elevados e o uso contínuo do serviço da ESF (Estratégia Saúde da Família), por essas mulheres que sofreram violência, o atendimento deve ir além de condutas, pois requer convivência do profissional de saúde, além de todo seu esforço pessoal com o rompimento da situação de submissão de gênero que propicia a agressão. Dessa particularidade compreende-se que não é todo profissional que tem conjuntura para atender mulheres que sofreram violência sexual (OLIVEIRA, 2007).

Nesse contexto a Estratégia Saúde da Família é considerada um ambiente ideal para atender essas mulheres, pois a mesma tem uma ligação próxima com as mulheres violentadas, conseguindo com isso prevenir que algo mais grave as aconteça, uma vez que o serviço de saúde mais procurado por elas é a ESF, apesar de que não é a violência sofrida a queixa principal que as levam a buscar o atendimento. Vale destacar que essas mulheres que são acometidas violentamente por seus parceiros íntimos fazem uso contínuo do serviço, não é à toa que estudos apontam que uma em cada três usuárias dos serviços de saúde já sofreu algum tipo de violência na vida (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI; 2009).

Sendo assim, a presente pesquisa tem por objetivo investigar a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família frente às mulheres em situação de violência sexual.

### METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Realizada no Município de Orós- CE, o qual está localizado a 350Km da capital cearense, com uma população estimada de 21.389 habitantes, com 10.968 mulheres, 10.421 homens (IBGE, 2014).

O estudo foi desenvolvido nas quatro unidades de Estratégia Saúde da Família da zona urbana, considerando o vínculo político-administrativo entre a instituição de ensino e a referida secretaria, sendo estas unidades as que acolhem os estágios curriculares do curso de enfermagem.

Participaram da pesquisa sete profissionais de saúde de nível superior da Estratégia Saúde da Família da zona urbana. Para participar da pesquisa os profissionais deveriam ser membro da equipe de saúde da família há

pelo menos seis meses, garantindo a participação das diferentes categorias profissionais de nível superior. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou licenças médicas no período das coletas de dados e os que não aceitaram a participar do estudo.

A coleta de dados aconteceu no período de setembro a outubro de 2015. Os dados foram coletados a partir de uma entrevista do tipo semiestruturada com consentimento livre e esclarecido. O roteiro da entrevista teve função norteadora para garantir a flexibilidade e a liberdade no discurso como também garantir a abordagem de todos os assuntos considerados importantes para o presente estudo.

A entrevista enfatizou aspectos relacionados a características sócio demográficas dos profissionais, atuação dos profissionais frente a casos de violência sexual contra a mulher e qualificação profissional para o atendimento à mulher vítima de violência sexual. Para análise dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática.

Foram respeitados todos os preceitos ético e legais conforme a Resolução nº 466/13 do conselho nacional de saúde; principalmente no que refere ao Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), que assegura a autonomia, a preservação do sigilo e o anonimato com relação as informações colhidas (BRASIL, 2013).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização dos entrevistados**

Dos sete participantes entrevistados na pesquisa, cinco são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Dentre estes profissionais observou-se a faixa etária de 34 a 66 anos. Os sete entrevistados declaram-se casados e de religião católica.

Destes profissionais quatro são enfermeiros (as), um médico (a), e dois são dentistas. Quanto ao tempo de formação dos profissionais, percebeu-se uma variação de 8 a 41 anos, percebendo prevalência entre os que têm de 8 a 17 anos que exerce a profissão. Já em relação ao tempo de atuação na estratégia saúde da família atual, os profissionais têm entre dois a cinco anos.

No que refere a pós-graduação desses profissionais, notou-se que três deles apresentavam mais de um tipo de especialização, e os outros quatro apresentavam pelo menos um tipo, onde pode observar-se maior predominância na especialização de saúde da família.

### **Atuação profissional diante dos casos de violência**

Sete profissionais entrevistados constatou-se que somente um já havia atendimento algum caso de violência sexual, os demais relataram nunca ter atendido. Este profissional que realizou o atendimento, ele declarou que o caso já vinha identificado de outro serviço, e que a partir disso procedeu o atendimento da criança com o exame físico, seguindo assim com a ausculta e as orientações necessárias para a mãe da mesma. O profissional ainda relatou que encaminhou a vítima para a perícia médica, finalizando com a realização de uma reunião multiprofissional e inter setorial para se apurar os fatos.

Higa et al (2008) diz que para o atendimento a mulheres que sofreram violência sexual, a equipe de enfermagem de forma geral recebe treinamento regularmente e participa de oficinas de apoio psicológico para atuar de forma cautelosa e conhecer as implicações da violência sexual e colaborar para que a mulher não tenha que repetir a sua história enumeras vezes.

Schraiberet al (2002) confirmam que os serviços básicos de saúde são importantes na detecção do problema, porque tem grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes que incidentes mais graves venham acontecer confirmar ou não a violência.

### **Protocolos de atendimento as mulheres vítima de violência sexual**

Onde pode-se observar que alguns dos participantes da entrevista que disseram existir o protocolo, não sabem precisamente a função do mesmo. Pois acabaram citandos como protocolo a ficha de notificação e o livro de registros, os quais têm outras funções diferenciadas.

Ainda pode-se notar que alguns relataram que usava como protocolo um livro de atas, onde o mesmo delega a função de um simples resumo do que foi abordado em reuniões, o que também se faz necessário e importante em um atendimento a uma vítima de violência sexual. Alguns ainda dos que disseram existir o protocolo relataram usar um protocolo criado pelo município, o qual a partir dele poderia do início e todo acompanhamento necessário à vítima até as fases finais.

O Ministério da Saúde conceitua protocolo como instrumento normativo de intervenção técnica e social, o qual orienta os profissionais na realização de suas funções, além de ter como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho em saúde, de acordo com cada realidade (BRASIL, 2011e). Felix, Soares e Nobrega (2006) ainda acrescentam dizendo que o protocolo também contempla os caminhos percorridos pelo usuário.

Brasil (2012) fala que o protocolo de atendimento à mulheres em situação de violência tem eficácia garantida frente a esses casos, pois o mesmo oferece total plenitude das informações colhidas, conseguindo com um acompanhamento organizado do início ao fim, e tendo maior chances de êxito no atendimento realizado.

Com isso constata-se o quão é importante e útil a existência de um protocolo frente a esses casos de violência. Pois o mesmo oferta somente o real assunto ali discutido, facilitando o atendimento para o profissional, além de ser de forma direta e clara, e ainda possibilita maior acompanhamento do caso, até que o mesmo se cesse ou tenha qualquer outro desfecho, como também possibilita que o profissional da unidade tenha um certo controle do fato.

### **Notificação dos casos atendidos**

Dentre os participantes que disseram existir, eles relataram que utilizavam como registro o prontuário, a ficha de notificação, o livro de ata, o livro de protocolo e o livro de ocorrências. Assim pode-se observar que diante da pergunta feita em relação a qual registro adotado no atendimento à mulheres violentadas, perceber-se que os entrevistados relataram usar como registro o mesmo meio que utilizam para protocolo, com isso fica o questionamento, será mesmo que esses profissionais estão cientes do que seria um protocolo e um registro frente a esses casos? Dessa forma fica mais uma vez claro a importância de se abordar mais claramente esse assunto, trazendo uma maior preparação em relação à um atendimento e acompanhamento de qualidade.

As estratégias de registro de informações, apesar de serem desprovidas de aprimoramentos, objetivam ajudar para produzir dados que dimensionem a relevância da violência contra mulheres como questão a ser enfrentada por variados setores e categorias profissionais (OKABE; FONSECA, 2009).

Dessa forma sabe-se, no entanto que os profissionais não registram a violência nos prontuários como parte dos atendimentos realizados. No entanto a norma técnica traz que desde da primeira entrevista da mulher que foi vítima de violência sexual, os profissionais devem atentar para o registro do caso em portuário, trazendo nele todas as informações, principalmente alguns pontos importantes, como: local, hora e dia do acontecido, o tipo de violência sexual sofrido, as formas de constrangimento utilizadas e o número de autores da violência. (BRASIL, 2012).

### **CONCLUSÃO**

Pode-se perceber que a violência sexual é ainda um fenômeno complexo e de difícil abordagem com profissionais, essa dificuldade pode estar relacionada a deficiência na qualificação profissional para lidar com essa questão.

A qualificação é fator indispensável para que qualquer ação seja realizada de forma eficiente. Respondendo às necessidades de seus usuários. Comprovou-se dessa forma que a capacitação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família se encontra deficiente, uma vez que foi relatado pelos entrevistados que o tema na graduação foi visto de forma superficial e até insuficiente.

Esperava-se que os participantes entrevistados relatassem as mais diversas experiências vivenciadas no atendimento à mulher em situação de violência sexual, por acreditar-se que a ESF é a primeira porta de entrada que essas mulheres procuram. No entanto o que percebeu-se não foi isso. Inicialmente pode-se observar que maioria dos entrevistados, não identificam esses casos, uma vez que relataram a não chegada desse público na unidade.

Assim é nítido o desconhecimento dos profissionais entrevistados quanto a rede de atendimento à mulher em situação violência sexual, surgindo a necessidade de criar um protocolo que apresente todos os serviços envolvidos na rede, contendo informações desde a identificação até o seguimento dos casos, visando proporcionar uma assistência integral as mulheres em situação de violência sexual.

Por fim sugere-se a realização de novos estudos, aprofundando o tema violência sexual contra a mulher, afim de contribuir melhores estratégias de prevenção e assistência a essas mulheres violentadas sexualmente.

### **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.



HIGA, R; MONDACA, A.D.C.A; REIS, M.J; LOPES, M.M.B.M. Atendimento à mulher vítima de violência: Protocolo de assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.2, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (**IBGE**). Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br>.

OLIVEIRA, E.M. Fórum Violência Sexual e Saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.23, Rio de Janeiro, 2007.

SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F.P; JUNIOR, I.F; PINHO, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.4, n.36, 2002.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2012 – Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil**. Centro Brasileiro de Estudos Latino – Americanos (CEBELA) e Faculdade Latino – Americana de Ciências Sociais (FLACSO).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ALTERAÇÕES DE ANSIEDADE, FISSURA E APTIDÃO FÍSICA EM USUÁRIOS DE CRACK

Amanda Carminatti Pizani<sup>1</sup>, Ana Maria Volpato<sup>2</sup>, Djeniffer Elias da Silva<sup>3</sup>, Joni Marcio de Farias<sup>4</sup>.

*1,3 Discente do curso de Educação Física Bacharelado. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Grupo de Estudo em Pesquisa em Promoção da Saúde (GEPPS).*

*2 Docente do curso de Educação Física Bacharelado. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Grupo de Estudo em Pesquisa em Promoção da Saúde (GEPPS)*

*4 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Grupo de Estudo em Pesquisa em Promoção da Saúde (GEPPS) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.*

E-mail: [jmf@unesc.net](mailto:jmf@unesc.net).

Palavras-chave: Crack/cocaína. Atividade física. Saúde. Tratamento.

### INTRODUÇÃO

O crack é uma mistura de cocaína em forma de pasta não refinada com bicarbonato de sódio originando pequenas pedras, e pode ser até cinco vezes mais potente do que a cocaína em pó, e quando fumado produz pequenas partículas absorvidas pelo pulmão. A droga age no Sistema Nervoso Central (SNC), proporcionando a sensação de prazer e a sua principal forma de consumo é a inalação da fumaça produzida pela queima da pedra com o auxílio de algum objeto como cachimbo (“marica”), muitos destes feitos artesanalmente. (JESUS, 2016).

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas revelou que o Brasil representa 20,00% do consumo mundial de cocaína, sendo o maior mercado de crack. (CANTÃO, 2016). Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (2013), em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, apontam 370 mil pessoas que usam crack regularmente e/ou por formas similares de cocaína fumada, seja pasta-base, merla e oxi, encontradas nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, porém é uma população considerada oculta, de difícil acesso. (SOUZA, 2015)

É uma população considerada de difícil acesso, caracterizados por ser rara (pouco frequente, geograficamente concentrada ou espalhada), ser oculta (por comportamentos ilegais ou especiais) ou flutuante (alteração de sua associação a pontos do espaço geográfico), sem um cadastro completo das suas unidades constituintes. Nesse enquadramento, a população de usuários de crack e/ou similares entra nessa classificação por ser rara na população brasileira, além de oculta por seu comportamento ilegal. Isso interfere nos dados amostrais publicados nas pesquisas, pois um cadastro de usuários de drogas poderia proceder uma contagem exaustiva destes indivíduos num determinado local. (BASTOS, 2014)

Com o aumento da demanda de usuários de álcool e de outras drogas, foram criados os centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS AD) - pela necessidade de atenção à saúde destes - como um dos serviços substitutivos à internação. Nestes centros os usuários têm acesso às equipes de várias formações, em especial ao crack, busca-se acolher todos os tipos de usuários que necessitem de ajuda, mesmo aqueles que não demonstrem desejo de interromper o vício, tratar abstinências leves de crack em nível ambulatorial, realizar busca ativa em articulação com atenção básica em casos de abandono de tratamento, desenvolver oficinas terapêuticas e apoiar um trabalho dentro da perspectiva de Redução de Danos, suporte e apoio a familiares. (XAVIER, 2013).

O exercício físico caracteriza-se como importante nesta população por contribuir no quadro de reabilitação de dependentes químicos de aspectos fisiológicos, estimulando os neurotransmissores acelerando o metabolismo de forma a liberar estímulos de prazer, satisfação e, em alguns casos, êxtases, sentimentos que muitos procuram em drogas. (CALEFFI, 2013). Neste sentido este estudo tem como objetivo avaliar o perfil desta população usuários do serviço do CAPS ad, referente a ansiedade, fissura e aptidão física, compreendendo que a partir do conhecimento mais aprofundado do território de atuação, posso construir estratégias e projetos que contribuam na reabilitação desta população e por consequente a reinserção mais profícua à sociedade.

### METODOLOGIA

Este estudo de característica descritiva transversal com uma população constituída por indivíduos do sexo masculino, frequentadores do CAPS AD da cidade de Criciúma - SC. A amostra foi formada por 15 voluntários com faixa etária entre 30 e 60 anos, todos atendidos no serviço do CAPS AD por pelo menos 3 vezes na semana, com obrigatoriedade de constar no prontuário o uso de crack.

Foram incluídos os pacientes que tinham em seu prontuário o uso de Crack como substância química mais utilizada, que tivessem disponibilidade para a realização das atividades. Após o consentimento do coordenador do serviço, foram marcadas datas para encontros entre o pesquisador e os participantes. Foram necessários quatro encontros, os quais ocorreram nas segundas e terças-feiras no período da manhã (das 08h30min às 11h30min) e no período da tarde (das 13h00min às 16h00min). A reunião de esclarecimento inicial foi acompanhada por profissional do CAPS e, em seguida, os participantes foram chamados dois a dois para a realização dos testes. A coleta de dados foi iniciada pelo preenchimento da anamnese e dos questionários de ordem psicológica. Em seguida, foram feitas as avaliações antropométricas.

Para a realização da anamnese clínica foi utilizado um questionário composto por perguntas abertas e fechadas (construída pelos pesquisadores) sobre saúde, atividade física e dados pessoais como idade, número de filhos. A avaliação socioeconômica foi utilizando o instrumento proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP ano 2015)<sup>15</sup>. Para avaliar os transtornos mentais, foram usando o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)<sup>16</sup>, a ansiedade o questionário de ansiedade de Beck<sup>17</sup>, a verificação da intensidade da fissura utilizando o questionário adaptado para o crack CCQ-B (Crack Craving Questionnaire–Brief)<sup>18</sup>.

A identificação da aptidão física dos pesquisados foi por meio do teste de resistência cardiorrespiratória, utilizando o teste Queens College<sup>19</sup>. A força/resistência muscular lombar por meio do dinamômetro (Takei) e preensão manual pelo dinamômetro manual (Jamar). A avaliação de flexibilidade foi pelo teste de sentar e alcançar<sup>18</sup>. Os dados antropométricos foram coletados: peso corporal (kg) (balança Filizola com precisão de 10 gramas e capacidade máxima de 150 Kg), estatura (balança Filizola com estadiômetro embutido, precisão de 0,5 cm e alcance máximo de 2,0m). Percentual de gordura corporal (%G), Massa Corporal Gorda (MCG – kg), Índice de Massa Corporal (IMC – kg/m<sup>2</sup>) e Massa Corporal Magra (MCM – kg), foram estimados utilizando protocolo de dobras cutâneas (tríceps, bíceps, subescapular, suprailíaca, abdômen, coxa, axilar média, peitoral e panturrilha) equação desenvolvida por Petroski<sup>20</sup>, utilizando o adipômetro científico da marca TOPTEC-Cescorf (pressão constante de 10 g/mm<sup>2</sup> na superfície de contato e precisão de 1 mm). Por fim, foram avaliadas as circunferências da cintura, quadril e abdômen.

Os dados obtidos foram inseridos em planilhas eletrônicas, do Microsoft Excel, após a coleta para compor o banco de dados da pesquisa. Para caracterização da amostra, foi utilizada a estatística descritiva, por meio dos valores absolutos, de média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa das variáveis estudadas, com intervalo de confiança (IC 95%), a normalidade dos dados foi analisada por meio do teste Kolmogorov Smirnov, todos pelo programa estatístico SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, versão 22,0.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 01 são apresentados os dados referentes as características dos usuários, por meio de tempo de tratamento, possui emprego, possui doenças e classificação socioeconômica.

Variáveis		Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Percentual acumulado
Tempo de Tratamento	Uma semana	2	13,3	13,3
	Um mês	6	40	53,3
	Seis meses	3	20	73,3
	Um ano ou mais	4	26,7	100
Possui Emprego	Sim	4	26,7	26,7
	Não	11	73,3	100
Possui Doenças	Não possui	7	46,7	46,7
	DAC	1	6,7	53,3
	Respiratória	1	6,7	60
	Hepatite	1	6,7	66,7
Classificação Sócio Econômica	Outras	1	6,7	73,3
	Mais de uma	4	26,7	100
	Classe B1	1	6,7	6,7
	Classe B2	5	33,3	40
Classificação Sócio Econômica	Classe C1	2	13,3	53,3
	Classe C2	4	26,7	80
	Classe D	3	20	100

A Tabela 2 apresenta dados sobre as questões relativas a transtornos mentais (SRQ), sintomas de fissura (CCR-B), níveis de ansiedade e memória visual (BECK) e memória, por meio de frequência absoluta, relativa e percentual acumulado.

Variáveis		Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Percentual acumulado
SRQ	Não tem transtorno	3	20,0	20,0
	Apresenta transtorno	12	80,0	100,0
CCQ-B	Leve	5	33,3	33,3
	Moderado	1	6,7	40,0
	Grave	9	60,0	100,0
BECK	Ausência de sintomas	4	26,7	26,7
	Ansiedade leve	2	13,3	40,0
	Ansiedade moderada	2	13,3	53,3
	Ansiedade grave	7	46,7	100,0
	Memória fraca	4	26,7	26,7
Memória	Memória normal	5	33,3	60,0
	Memória boa	6	40,0	100,0

\*SRQ: Self-Reporting Questionnaire; CCQ-B: Crack Craving Questionnaire Brief; BECK: Questionário de ansiedade de BECK.

Sobre a aptidão física dos usuários (tabela 3), apresenta os dados de nível de atividade física, frequência, tempo por dia, Índice de Massa Corporal, Força de Membros Superiores, Força de Membros Inferiores, Flexibilidade, Relação Cintura/Quadril e Circunferência de Abdominal.

Variáveis		Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Percentual acumulado
Nível de Atividade Física	Sedentário	10	66,7	66,7
	Leve	4	26,7	93,3
	Moderado	1	6,7	100,0
Frequência	Não faz	10	66,7	66,7
	2 vezes semanais	2	13,3	80,0
	3 vezes semanais	2	13,3	93,3
	5 vezes semanais	1	6,7	100,0
Tempo por Dia	Não pratica	10	66,7	66,7
	30 a 45 minutos	2	13,3	80,0
	Mais de 60 minutos	3	20,0	100,0
Índice de Massa Corporal	peso normal	9	60,0	60,0
	pré-obesidade	2	13,3	73,3
	obesidade grau I	4	26,7	100,0
Força Membros Superiores	Excelente	1	6,7	6,7
	acima da média	2	13,3	20,0
	abaixo da média	2	13,3	33,3
Força Membros Inferiores	Ruim	1	6,7	40,0
	muito ruim	9	60,0	100,0
	Mediano	2	13,3	13,3
Flexibilidade	Regular	6	40,0	53,3
	Baixo	7	46,7	100,0
	Faixa recomendável	4	26,7	26,7
Relação Cintura Quadril	Baixa aptidão	6	40,0	66,7
	Condição de risco	5	33,3	100,0
Circunferência Abdômen	Limítrofe	9	60,0	60,0
	Alto	6	40,0	100,0
	Normal	11	73,3	73,3
	Alto	4	26,7	100,0

Conforme as avaliações efetuadas constataram-se que a maioria dos usuários são solteiros, não possuem vínculo empregatício e são tabagistas. Esses dados têm semelhança com um estudo correlato De Almeida (2014), o qual fez um estudo com 706 usuários de João Pessoa, o qual acrescentou que são do sexo masculino e de baixa escolaridade.

Madalena (2014), descreve que o perfil dos usuários de crack é constituído por pessoas menos favorecidas financeiramente de classe média B2 e C1, em conformidade com as classes econômicas citadas, este perfil é também associado à desestruturação familiar na qual estão inseridos, que os tornam mais suscetíveis ao vício. Com relação a atividade física, a maioria dos usuários de crack é sedentário e uma pequena parcela pratica atividades em grau leve. Além disso, a frequência da atividade é baixa, ficando em torno de duas a três vezes por semana na maioria dos casos. A inatividade desse grupo de pessoas contribui certamente para os sintomas de dor no peito e falta de ar, também relatado nesse estudo.

Um total de 60% dos usuários apresentou peso normal e 26,7% foram classificados como obesos do grau 1. Wilhelm et al.7, relatou em seus estudos que os usuários pesquisados apresentaram alterações significativas nos parâmetros antropométricos e na composição corporal, em especial no aumento do percentual de gordura o que repercutiu no aumento de peso dos usuários. Contudo, o aumento do peso ou percentual de gordura é preferencialmente observado no período de recuperação, onde não há uso da droga. Balbinot et al.30, relata que há uma significativa modificação na composição corporal do indivíduo que passa por um tratamento de desintoxicação, porém essa modificação não é necessariamente produtiva para a saúde e qualidade de vida do indivíduo, fenômeno que deve ser levado em consideração na construção do plano terapêutico de dependentes de crack.

Outro fato que pode estar associado ao ganho de peso desses pacientes é a medicação utilizada para o tratamento de crack, que tem como possíveis efeitos colaterais o aumento de apetite e consequente aumento da ingestão alimentar e ganho de peso<sup>29</sup>. Vale ressaltar que os indivíduos participantes da pesquisa são usuários e não ex-usuários.

A força de membros superiores, inferiores e flexibilidade demonstraram-se bastante afetadas nessa população. Ademais, a avaliação cintura-quadril classificou a maioria dos indivíduos dentro de uma faixa limítrofe ou com alto risco de desenvolvimento de doenças cardíacas, dados semelhantes aos descritos por Balbinot (2011). Rezende (2007), afirma que quanto maior a quantidade de crack consumida, maior é a relação cintura quadril, podendo estar associada com o sedentarismo e/ou outros fatores fisiológicos, considerando que 66,7% dos usuários avaliados apresentaram nível de atividade física sedentário. Os dados apresentados pela relação cintura quadril apontam para um excesso de gordura abdominal, este excesso consequentemente aumenta os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, acidente vascular cerebral, doença pulmonar crônica, diabetes mellitus tipo II, algumas formas de câncer e aumento da morbimortalidade, principalmente em adultos. (BALBINOT, 2011)

Em relação a saúde mental, em pouco tempo de uso da droga o indivíduo passa a sentir a fissura, a vontade incontrolável de sentir os efeitos da droga, que no caso do crack é uma compulsão avassaladora, fazendo com que o usuário chegue a fumar de vinte a trinta pedras por dia. (OLIVEIRA, 2010). O uso do crack pode prejudicar as habilidades cognitivas dos usuários, alterando a capacidade de solução de problemas, a flexibilidade mental e a velocidade de processamento de informações, podendo causar danos às funções mentais, como prejuízos à memória, atenção e concentração. (BRASIL, 2013) Em muitos casos, dependendo da predisposição genética, ocorre o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica, psicótica e ansiosa, como depressão, delírios e ataques de pânico; e pode provocar transtorno bipolar, resultado do mecanismo de rápida e intensa euforia, logo após o seu uso, que logo é substituída pela depressão e ansiedade, quando o usuário está em abstinência. (BRASIL, 2013)

Similar as afirmações supra-citadas, a presença de transtorno mental comum, sintomas de ansiedade, fissura, poderiam ser minimizadas pela inserção de rotinas corporais adequadas ao grupo. Chaves (2011), explica que a fissura é considerada fator crítico para o desenvolvimento do uso compulsivo e dependência de drogas e para recaídas após período de abstinência. Guimarães (2008), também apresentam valores semelhantes que descreve a ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos entre usuários de crack. Orsi e Oliveira (2006) descrevem que tais sintomas possam ocorrer por comorbidades ou decorrência do consumo e determinam menos motivação para a mudança e menor adesão ao tratamento.

Os voluntários deste estudo foram submetidos a um teste de memória visual e apresentaram desempenho bom na maioria das avaliações. Esses prejuízos podem resultar em alterações em testes de atenção, fluência verbal, memória visual, memória verbal, capacidade de aprendizagem e funções executivas. Os resultados de Cunha (2004), comprovaram que usuários com 15 dias de abstinência, apresentavam prejuízos neurocognitivos comparados a indivíduos não dependentes.

## CONCLUSÃO

O perfil estudado dos usuários de crack nos leva a conclusão de que a falta de boas recomendações e acesso a cuidados da saúde, bem como necessidade de empregos pode ser um interveniente para o consumo da droga. Entretanto, no caso do tratamento, o usuário pode agravar o aumento de peso, a atividade física poderia assim intervir como meio de controlar, ou até diminuir esse processo. Por isso a importância de estratégias que incluam profissionais de Educação Física no tratamento de reabilitação desse público, bem como, ter meios de compreender melhor as reais necessidades psicomotoras, psicológicas, entres outras destes para aliar com os medicamentos utilizados no tratamento.

## REFERÊNCIAS

- BALBINOT, Alexandre Dido et al. Associação entre fissura e perfil antropométrico em dependentes de crack. **J. bras. psiquiatr**, v. 60, n. 3, p. 205-219, 2011.
- BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?. 2014.
- BRASIL. **Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental– Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CALEFFI, Roseli Piva. Educação física e a reabilitação de usuários de álcool e outras drogas. 2013. CANTÃO, Luiza; LAPPANN BOTTI, Nadja Cristiane. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, 2016.
- CHAVES, Tharcila V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, 2011.
- CUNHA, Paulo J. et al. Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. 2, p. 103-6, 2004.
- DE ALMEIDA, Rosilene Alves et al. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 526-538, 2014.
- GUIMARÃES, Cristian Fabiano et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). 2008. JESUS, Roberta Silva et al. Perfil farmacoterapêutico de usuários de crack internados em hospital público de Santa Maria-RS. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 15, n. 1, p. 37-46, 2016.
- MADALENA, Tatiana da Silveira et al. Usuários de crack: prevalência e perfil de pacientes em tratamento em comunidades terapêuticas (CTS) na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. 2014.
- OLIVEIRA, Camila Louis; AZAMBUJA, Luciana. Os danos neuropsicológicos causados pelo uso crônico do crack. **Acedido em**, v. 9, n. 12, p. 2014, 2010.
- ORSI, Mylène Magrinelli; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. **Estud. psicol.(Campinas)**, v. 23, n. 1, p. 3-12, 2006.
- REZENDE, Fabiane et al. Revisão crítica dos métodos disponíveis para avaliar a composição corporal em grandes estudos populacionais e clínicos. **Archivos Latinoamericanos de nutricion**, v. 57, n. 4, p. 327, 2007.
- SOUZA, Márcia Cristina Henrique de. **Estudo das habilidades de enfrentamento e da autoeficácia para a abstinência em dependentes de crack**. 2015. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- WILLHELM, Fernanda Franz; ESCOBAR, Mariana; PERRY, Ingrid Dalira Schweigert. Alterações na composição corporal e em parâmetros antropométricos de dependentes de crack internados em unidade de adição. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro. Vol. 62, n. 3 (jul./set. 2013), p. 183-190**, 2013. XAVIER, Rosane Terezinha; MONTEIRO, Janine Kieling. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. ISSN 1413-4063**, v. 22, n. 1, p. 61-82, 2013.
- ZIMMERMANN, Ulrich et al. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. **Journal of psychiatric research**, v. 37, n. 3, p. 193-220, 2003.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO A ABERTURA DE VIAS AÉREAS E MANOBRAS DE VENTILAÇÃO NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Joelson Angelo Victor<sup>1</sup>, Antônio Kleber Araújo da Silva<sup>2</sup>, Rohden Leite Varela Filho<sup>3</sup>, Carla Daniele Mota Rêgo Viana<sup>4</sup>, Débora de Araújo Moreira Varela<sup>5</sup>, Bruna Michelle Belém Leite Brasil<sup>6</sup>.

*1 Enfermeiro pela Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará. Pós-Graduando em Enfermagem em Emergência pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Clínica e Cirúrgica (GEPECC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil. joelsonvictor5@hotmail.com*

*2 Enfermeiro pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Pós-Graduando em Enfermagem em Emergência pelo Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil. kleber.enf@hotmail.com*

*3 Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Médico Assistencial do Hospital de Messejana, Coordenador do Programa de Educação em Reanimação Cardiorrespiratória da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-Ceará-Brasil. rohdenvarela@yahoo.com.br*

*4 Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará. Membro do Projeto de Enfermagem na Atenção Integral à Saúde do Adulto (PROENAISA). Fortaleza-Ceará-Brasil. profdanieleviana@gmail.com*

*5 Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará. Membro do Grupo Reanimar Estácio. Fortaleza-Ceará-Brasil. amdebora@yahoo.com.br*

*6 Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará. Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde do Idoso (GEPSI), Fortaleza-Ceará-Brasil. brunaufc@hotmail.com*

E-mail: joelsonvictor5@hotmail.com

Palavras-chave: Reanimação Cardiopulmonar. Ventilação. Conhecimento. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória é um evento súbito e inesperado, de privação absoluta de oxigenação aos tecidos corporais, que ocorre devido à cessação da atividade de bombeamento cardíaco e da função pulmonar (BOAVENTURA, 2010).

A parada cardíaca súbita lidera a causa de morte na Europa afetando entre 350.000 a 700.000 indivíduos por ano. Já nos Estados Unidos, estima-se que 300.000 pessoas morram anualmente em decorrência dessa situação (KOSTER et al, 2010).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 2010 á 2013 as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por mais de 28% dos óbitos no país. Na região Nordeste as doenças do aparelho circulatório também corresponderam a 28% dos óbitos na região (BRASIL, 2016).

A maior parte das PCR em ambiente extra-hospitalar é decorrente de ritmos como fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), resultado em grande parte de quadros isquêmicos ou de problemas de condução elétrica do coração, onde a desfibrilação é o único tratamento efetivo. Enquanto que, em ambiente hospitalar, a atividade elétrica sem pulso (AESP) e a assistolia respondem pela maioria dos casos, sendo reflexo do declínio do estado de saúde do paciente (GONZALES et al, 2013).

Frente a um episódio de PCR, o reconhecimento da mesma deve ser realizado rapidamente, sendo constituído da avaliação de alguns parâmetros, como responsividade, respiração e pulso. Na ausência de resposta da vítima, ausência de respiração ou presença de respiração agônica (gasping) e ausência de pulso, deve se acionar o Serviço Médico de Emergência e iniciar imediatamente as manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) (AHA, 2015).

Um dos pontos chaves no atendimento da parada cardiorrespiratória é evitar a ocorrência de efeitos deletérios e irreversíveis no cérebro em decorrência da falta de bombeamento sanguíneo pelo coração, com conseqüente desenvolvimento de hipóxia cerebral. Normalmente, mais que 5 a 8 minutos de PCR, já são suficientes para causar algum dano cerebral em 50% dos indivíduos. A PCR por mais de 10 a 15 minutos, provoca extensos danos cerebrais permanentes, decorrente da destruição considerável de tecido cerebral (GUYTON; HALL, 2011).

Com isso, a fim de manter um fluxo sanguíneo cerebral mínimo para evitar ou pelo menos minimizar danos neurológicos, medidas de salvamento devem ser instituídas de maneira rápida e efetiva, dentre estas, destaca-se as manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), como o Suporte Básico de Vida.

O Suporte Básico de Vida (SBV) consiste em uma série de etapas que devem ser realizadas durante o atendimento a PCR, sendo as partes principais: compressões torácicas, abertura de vias aéreas, boa ventilação e desfibrilação precoce. Elas visam manter a viabilidade cardíaca e cerebral até a chegada do socorro especializado (BOAVENTURA, 2010; LOURENCINI, 2011)

Cabe destacar que os profissionais de saúde devem realizar além de compressões torácicas efetivas e de excelência, devem prover uma ventilação adequada como forma de manter o aporte mínimo de oxigênio aos órgãos nobres até o retorno da circulação espontânea.

Em virtude dos diversos cenários em que ocorrem as PCR, é de extrema importância que esses temas sejam abordados na graduação dos estudantes da saúde e que ele seja capaz de instituir medidas básicas de atendimento a vítima acometida com esse agravo.

Ressalta-se ainda, a responsabilidade do enfermeiro no planejamento da assistência de enfermagem e coordenação da equipe de enfermagem, bem como privativamente a assistência ao paciente grave com risco de morte. Com isso, durante o atendimento ao paciente em PCR, a equipe de enfermagem deve assistir aos pacientes, oferecendo ventilação e circulação artificiais até a chegada do médico. Portanto, estes profissionais devem ter compreensão dos materiais e equipamentos necessários para o atendimento do paciente durante a PCR, assim como está capacitada na execução corretas das manobras de reanimação (BRASIL, 1986)

Embora o enfermeiro deva ser capaz de reagir de maneira rápida e efetiva a uma PCR, inúmeros estudos tem demonstrado mau desempenho nos atendimentos (HUSEBO et al, 2012).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento teórico de acadêmicos do curso de enfermagem, a respeito da das manobras de abertura de vias aéreas e ventilação artificial durante a Reanimação Cardiopulmonar.

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo de abordagem quantitativa.

## **METODOLOGIA**

Os sujeitos desse estudo foram os alunos regularmente matriculados a partir do quinto semestre do curso de graduação em enfermagem e uma Instituição de Ensino Superior de Fortaleza-Ceará.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; estar regularmente matriculado a partir do quinto semestre do curso de enfermagem; ter cursado o módulo referente aos conteúdos Suporte Básico de Vida na modalidade online ou presencial na instituição. Os critérios de exclusão para o estudo foram: alunos que não estavam presentes no dia da coleta de dados; alunos que cursaram os módulos de Suporte Básico de Vida online ou presencial em outras instituições de ensino.

A amostra final foi composta por 67 alunos regularmente matriculados do quinto ao último semestre da graduação em enfermagem da instituição. Com isso, pretendeu-se incluir somente os alunos que já tiveram esse conteúdo ministrados nas aulas nos semestres anteriores.

O instrumento de coleta de dados da presente pesquisa foi adaptado a partir dos instrumentos de Boaventura (2010) e Félix (2012).

O questionário aplicado foi composto por 40 questões, sendo que as perguntas referentes a abertura de vias aéreas totalizam 09 questões (questões 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,19). Foram realizadas adaptações de conteúdo quando necessário, de acordo com as novas diretrizes de atendimento da PCR publicadas pela American Heart Association em 2015. As questões que integram o questionário são semelhantes as que são cobradas nos cursos de certificação de suporte a vida oferecidos pelos centros de treinamentos credenciados pela American Heart Association(AHA).

Foram obedecidos todos os princípios éticos e legais regidos pela pesquisa em seres humanos, preconizados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012, e a coleta foi realizada após aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Paulista - UNIP sob parecer nº 1.823.885. Os acadêmicos que concordaram em participar deste estudo, foram comunicados sobre a finalidade da pesquisa, objetivos, forma de realização e publicação dos mesmos, firmando o compromisso de manter todos os entrevistados sob sigilo. Foi solicitada a autorização da coleta dos dados por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após total esclarecimento, aceitação e assinatura do termo, foram iniciadas as coletas de dados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A ciência da reanimação continua avançando e os protocolos de atendimentos modificados regularmente a luz das novas evidências científicas, auxiliando os profissionais da saúde ao desenvolvimento das melhores práticas de atendimento ao paciente.

Nesse contexto, as Instituições de Ensino em Enfermagem passaram a englobar a área de emergência e a temática de reanimação cardiopulmonar em sua grade curricular, como forma de atender a demanda e necessidade de atendimento de excelência durante a prática do cuidado. Embora, estudos mostrem que a maioria



dos enfermeiros saem da faculdade sem se sentir efetivamente prontos para atuarem em uma emergência como a PCR (LOURENCINI, 2011).

A amostra foi composta por 67 alunos regularmente matriculados do quinto ao último semestre da graduação em enfermagem da instituição, do total da amostra, 51 (76,1%) alunos eram do sexo feminino, e 16 (23,9%) alunos eram do sexo masculino.

Quanto à idade, os alunos apresentam uma média de 27,5 anos, com um mínimo de 19 anos e um máximo de 48 anos. A faixa etária predominante é a de 20 a 24 anos correspondendo a 23 (34,3%) alunos, seguida pela faixa etária de 30 a 34 representada por 21 (31,3%) alunos.

Já retratando a ocupação, 56 (83,6%) alunos trabalham e estudam, e 11 (16,4%) alunos somente estudam.

No questionário aplicado, a questão 11, 12, 13 e 17 apresentaram os maiores índices de acertos, todas acima de 60 %. A questão 11 retratava a eficácia da ventilação boca a boca obteve 52 (77,6%) acertos; a questão 12 avaliava a finalidade da RCP atingiu 43 (64,2%) acertos; a questão 13 que questionava a relação compressão/ventilação alcançou 56 (83,6%) acertos; e a questão 17 que retratava o que fazer para abrir a via aérea de uma vítima sem trauma cervical apresentou 53 (79,1%) acertos.

Já as questões 14, 15, 16, 18 e 19 apresentaram os índices de acertos abaixo de 60%. Essas questões englobam os seguintes assuntos: questão 14 – descrição da manobra de abertura de vias aéreas na presença de trauma apresentou 26 (38,8%) acertos; questão 15 – descrição da manobra abertura de vias aéreas na ausência de trauma alcançou 40 (59,7) acertos; questão 16 – descrição da manobra de ventilação boca/máscara atingiu 31 (46,3%) acertos; questão 18 – duração de cada ventilação de resgate apresentou 9 (14,5%) acertos e a questão 19 – medidas de segurança para realização de ventilação boca a boca obteve 36 (53,7%) acertos.

De acordo com o exposto acima, observa-se que os estudantes mostraram conhecimentos deficientes nas questões 14, 16 e 18, apresentando menos de 50% de acertos. Essas questões versam sobre os temas referentes a: descrição de manobras de abertura de vias aéreas na presença de trauma cervical; na descrição da ventilação por boca/máscara e na duração de cada ventilação de resgate.

Na pesquisa de Boaventura (2010) com 173 estudantes de graduação da área da saúde, sobre as manobras de reanimação utilizando o DEA, na avaliação do conhecimento dos estudantes após serem submetidos ao treinamento teórico, 120 (69,4%) e 168 (97,1%) alunos acertaram as questões referente a descrição da abertura de vias aéreas na presença de trauma e ventilação com bolsa/máscara, respectivamente. Fato este, que contrasta com o baixo índice de acertos dos estudantes do presente estudo, que mesmo já tendo passado por aulas teóricas e algumas simulações não conseguiram obter um bom desempenho nesses itens.

Destaque especial para a questão 18, que vem questionar a duração de cada ventilação de resgate, que apresentou o menor índice de acertos de nesta temática, com somente 9 (13,4%) acertos. Isso pode ter ocorrido pelo fato das novas diretrizes da AHA de 2015, reforçarem a importância das compressões da desfibrilação precoce, levando os alunos a subestimarem a importância da ventilação. Ressalta-se aqui, que a mesma, deve ser realizada na frequência de duas ventilações de resgate com duração de um segundo cada para cada 30 compressões, na qual deve ocorrer a elevação do tórax para que a ventilação tenha sido efetiva (BOAVENTURA, 2010; AHA, 2015).

No estudo de Félix (2012) com 37 alunos da graduação de enfermagem, que avaliou o processo ensino aprendizagem no atendimento a PCR antes e depois do treinamento teórico e prático, mostrou que antes do treinamento, somente 1 (2,7%) aluno acertou a questão sobre a duração de cada ventilação de resgate, e mesmo após o treinamento realizado somente 5 (13,5%) alunos acertaram a mesma questão.

Diante desse cenário, percebemos a necessidade das instituições de ensino podem lançar mão de estratégias para tentar converter essa baixa fixação dos conteúdos de RCP a médio e longo prazo, uma vez que estudos realizados com profissionais da saúde mostram que embora a maioria já tenha sido capacitada pelo menos uma vez durante a graduação, com o passar do tempo, ocorre uma queda do conhecimento dessas pessoas, mostrando aí a necessidade de constantes atualizações para uma reanimação adequada (LIMA et al., 2009).

Também poderia dar mais espaços as aulas práticas, onde os alunos pudessem colocar em prática aquilo que veem em sala de aula, e conseqüentemente construir o conhecimento de uma forma mais rápida, envolvente, eficaz e duradoura.

## CONCLUSÃO

O conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a abertura de vias aéreas e ventilação artificial encontra-se insuficiente principalmente, no tocante a descrição de manobras de abertura de vias aéreas na presença de trauma cervical; na descrição da ventilação por boca/máscara e na duração de cada ventilação de resgate.

Isso pode repercutir na assistência prestadas por esses futuros profissionais às vítimas de parada cardiorrespiratória, contribuindo para elevação da morbidade, uma vez que aliadas as compressões cardíacas frequentes e a desfibrilação precoce, as ventilações artificiais são primordiais para o prognóstico do paciente.

Vale ressaltar a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas e com amostras mais abrangentes, e de novas ferramentas de ensino das manobras de reanimação cardiopulmonar, como forma de auxiliar esses estudantes na compreensão desse tema essencial na sua vida profissional.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015 **Atualização das Diretrizes em RCP e ACE [versão em Português]**. [Acesso em 14 de out 2015]. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>.

BOAVENTURA A.P. Avaliação do processo de ensino aprendizagem das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) utilizando o desfibrilador externo automático (DEA): alunos de graduação da área da saúde. [tese de doutorado]. São Paulo. **Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo**, 2010. 143f. [Acesso em 2015 out 16]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-31052011-110626/pt-br.php>.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Publicado no DOU de 26 jun.1986.

FÉLIX C.C.P. Avaliação do processo ensino aprendizagem do atendimento pré-hospitalar as vítimas com parada cardiopulmonar (PCR) [tese de doutorado]. São Paulo. **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. 2012. 148p. [Acesso em 2016 nov 20]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/777139/tde-07062013-124901/pt-br.php>.

GUYTON A.C, HALL J.E. Tratado de fisiologia médica. Trad. Bárbara Aguiar. 12ª ed. Rio de Janeiro. **Editora Elsevier**. 2011.

HUSEBO S.I, BJORSHOL C,A, RYSTEDT H, FRIBERG F., SOREIDE E. A comparative study of defibrillation and cardiopulmonary resuscitation performance during simulated cardiac arrest in nursing student teams. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med**. 2012;20:1–1. [Acesso em 2016 nov 7]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3361478/> doi: 10.1186/1757-7241-20-23.

LOURENCINI R.R. O ensino da ressuscitação cardiopulmonar em adultos na graduação em enfermagem: uma revisão integrativa da literatura [dissertação de mestrado]. São Paulo. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo**. 2011. 149p. [Acesso em 2015 out 17]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-31102011-093541/pt-br.php>.

LIMA S.G, MACEDO L.A, VIDAL M.L, SÁ MP. Permanent Education in BLS and ACLS: impact on the knowledge of nursing professionals. **Arq Bras Cardiol**. 2009; 93(6): 630-6. [Acesso em 2016 out 25]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0066-782x2009001200012&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0066-782x2009001200012&script=sci_arttext&lng=en).

SILVA S.C.D, PADILHA K.G. Parada cardiopulmonar na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **Rev. esc. enferm. USP** [Internet]. 2001; 35(4): 361-365. Dez [Acesso em 2016 març 10] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00662342001000400008&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00662342001000400008&lng=pt).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL E AS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS

Márcia Shirley de Meneses<sup>1</sup>, Valdicleibe Lira de Amorim<sup>2</sup>, Aila Maria Oliveira da Silva<sup>3</sup>

*1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil valdicleibelira@gmail.com*

*3 Programa de Pós-Graduação em Estomatoterapia, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: mshirleym@hotmail.com

Palavras-chave: Acolhimento. Saúde mental. Serviços

### INTRODUÇÃO

O acolhimento é um subsídio fundamental do atendimento, devendo proporcionar uma atitude ética e respeitosa ao usuário, pois implica considerar os riscos, e por ser uma das primazias mais relevantes dos serviços de saúde.

Sendo esse o primeiro degrau cursado pelos usuários em saúde mental quando investigam uma solução para suas enfermidades, nasce a partir do contato entre estes e os profissionais em atendimento, corroborando para que aconteçam as dinâmicas e diretrizes às quais estão ligados no processo de trabalho focado no interesse da demanda (LIMA ET AL, 2007).

Segundo Lima et al (2007) o ambiente torna-se propício para a criação de vínculos, gerados através de condições que facilitam essa relação, podendo transformar o serviço e possibilitar a sua melhora. Mas também pode negativa-lo, impedindo que essas relações positivas entre profissionais e usuários aconteçam, por influenciarem no andamento das consultas, na garantia de acesso universal, na resolubilidade dos serviços e na humanização do atendimento.

Destarte, ainda é possível nos depararmos com instituições de saúde que resistem em não adotar modelos de atenção que priorizem a integralidade, não conduzindo suas práticas assistenciais centradas no indivíduo. Mas ao contrario delas, muitas outras acreditam que nortear a atenção à saúde nesse sentido, indicam em novas maneiras de pensar e agir, expandindo os saberes e as práticas, visando o rompimento do tratamento apenas medicamentoso (CASTELLANOS, 2015).

Esse estudo mostra-se relevante por colaborar com a otimização de processos centrados nas demandas e a satisfação do serviço. Objetivou-se compreender o acolhimento em saúde mental, elencando fragilidades e eficácia dos serviços na Rede de Atenção em Saúde Mental.

### METODOLOGIA

Para a realização da pesquisa utilizou-se a abordagem qualitativa, sendo empregada a Análise de Conteúdo de Minayo, que consiste em isolar temas de um texto, extrair as partes aproveitáveis, e distribuí-los em categorias (MINAYO, 2011).

Para o levantamento das informações realizou-se buscas no banco de dados da BVS (Biblioteca Virtual em saúde), realizadas nos meses de junho a setembro de 2016, sendo encontrados na literatura e publicações nas bases de dados SCIELO, onde foram utilizadas busca de artigos, com as seguintes palavras-chaves: acolhimento, saúde mental, serviços.

Foram encontrados 8 artigos sendo aproveitados 4 por serem relevantes para a temática, bem como foram adicionados 2 livros.

O cenário da pesquisa foi um Centro de Atenção Psicossocial, localizado no município de Fortaleza (CE). Quanto aos participantes, foram entrevistados 10 usuários, tendo como critério de inclusão estar vinculado ao serviço no mínimo três meses e com algum tipo de transtorno mental.

Essa pesquisa é um recorte de um Trabalho de Conclusão de Curso na graduação em enfermagem.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os usuários que emitem suas opiniões na presença dos profissionais permitem uma boa análise da situação. E por estarem localizados em outra posição, adquirem uma visão diferenciada e assim percebem as maiores incoerências do serviço, bem como o bom andamento (PANDE; AMARANTE, 2011).

Segundo Pande e Amarante (2011), em alguns usuários é notória algumas condições patológicas através das quais a equipe os compreende por meio da identificação de suas características, como aqueles que possuem vínculos parciais ao CAPS, mas que ainda estão em estado de avaliação, aparentando manipular os trabalhadores para obterem “regalias” como alguns medicamentos, e após detectarem as falhas, caminham em vários serviços, mas não aderem a nenhum; outro tipo são os que estão há muito tempo, identificam as necessidades do local, causam discussões cansativas e polêmicas, colocando o funcionamento do serviço em xeque; há os que vieram de internações demoradas e exigem da equipe negociações com seus familiares; por fim existe os que estão há muito tempo, participam de quase todas as atividades, passam a maior parte do seu dia no local e tornaram-se dependentes de seu funcionamento.

Em meio a esse cenário foram construídas categorias importantes para copilar não somente as fragilidades percebidas, mas também os pontos positivos:

Reclamações foram elencadas acerca do tempo de espera alongada, embora reconheçam que tal situação acontece em outros serviços, fruto do sistema público de saúde atual.

Eu saio de casa de madrugada pro médico me dar a receita e devia ter mais gente atendendo. O dia demora a passar e chego cansado. Em toda parte é assim! (A3)

Tem dias que eu nem como quando venho, a triagem é muito demorada, as filas também são grandes quando vou em outro. (A1)

Determinados usuários fazem avaliação negativa acerca do acolhimento de alguns profissionais, pois as consultas são frias, causando dissabor para a demanda, como se pode perceber:

Alguns médicos não dão atenção ao que a gente fala. Parece que a gente tá falando com a parede, e pensa que não entendo nada (A6)

Tem médico que nem olha pra nossa cara, fica só escrevendo pra acabar logo a consulta. (A4)

A avaliação dos usuários é um aspecto para a melhor realização dos serviços às suas demandas. Podemos entender essa satisfação como a percepção de qualidade relacionada a um serviço prestado. Sendo assim, envolve alguns pontos a serem refletidos: estilo de vida, experiências anteriores, perspectivas de futuro, princípios relacionados a direitos individuais e de cidadania, estimativas individuais e valores sociais (GOMES, et al, 2011). De tal modo, também foi encontrado o reconhecimento de atendimento aceitável.

A consulta do médico transmitiu confiança quando me examinou e passou um remédio. (A7) Gosto quando venho e sou atendida por essa doutora boazinha. Graças a Deus fui atendida bem. (A5)

O acolhimento humanizado implica vínculo positivo, quando a assistência realizada tem como foco a subjetividade do usuário, proporcionando conhece-lo, para dessa forma melhor estabelecer metas para o bom andamento da assistência (CAMATTA ET AL, 2011). Esse relacionamento gera segurança, levando a crer que foi aceito, refletindo num bom prognóstico no tratamento.

Eu não tenho o que falar das meninas que trabalham aqui, nunca me trataram mal. (A8) Sempre que venho converso com elas, me escutam e eu não troco aqui por outro lugar. (A10)

Foram encontradas necessidades no que diz respeito a estrutura, deixando desfavorável a espera pelo atendimento, conforme vemos nos relatos abaixo:

Vim aqui semana passada e os banheiros estavam sem água, hoje também estão. (A7)

A sala que a gente se reúne tá com o ventilador quebrado faz é tempo, também tem pouca cadeira, e faltam alguns medicamentos. (A2)

Dessa forma, verificou-se questões importantes que podem influenciar aos usuários na adesão ao tratamento, e assim aconteça um resultado satisfatório nos acessos e acolhimentos.

## CONCLUSÃO

Por meio dessa pesquisa, compreendeu-se a necessidade de muito labutar para mudança de paradigmas e que maiores estudos devem ser realizados, visando o bom andamento e valorização da saúde mental nos serviços de saúde, especialmente permitindo a voz daqueles que fazem uso dos mesmos, por conhecerem de perto as necessidades.

Evidentemente, no que diz respeito às ponderações dos usuários em saúde mental, deve-se levar em consideração o estado psíquico de cada um e sobretudo enfatizar a necessidade de profissionais qualificados para lidarem com todas as situações, bem como pensar novas políticas na Rede de Atenção em Saúde Mental, para que sejam obtidos suportes adequados na logística.

Muitas questões foram apontadas, enfrentamentos foram verificados, mas também se observou a consideração a profissionais que com dedicação realizam seus ofícios, contribuindo para o melhor desempenho nos atendimentos, colaborando no acesso e acolhendo com dedicação aos que o buscam.

## **REFERÊNCIAS**

CAMATTA, M. W.; NASI, C.; ADAMOLI, A. N.; NICKEL, A.; KANTORSKI, L. P.; SCHNEIDER, J. F.

Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p. 4405-4414, nov. 2011.

CASTELLANOS, M. E. P.; JORGE, M. S. B.; LEITÃO, I. M. G. A. Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. p. 61-96 Fortaleza: Ed UECE, 2015.

GOMES, I. L. V.; CÂMARA, N. A. C.; LÉLIS, G. M. D.; GRANGEIRO, G. F. C.; JORGE, M. S. B.

Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem. *Trab. educ. saúde (Online)* Rio de Janeiro, v.9, n.1, 2011.

LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.; R. B.; ROSA; NAUDERER, T. S.; DAVI, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paulista Enfermagem*. São Paulo, v.20, n.1, p.12-17. 2007.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2011.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, abr. 2011.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos que contribuíram para a realização dessa pesquisa e principalmente aos que participaram das entrevistas.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES, DE ATIVIDADES FÍSICAS E DE TEMPO EM FRENTE A TELA DE ESCOLARES DO SUL DE SANTA CATARINA

Francielle Klouck<sup>1</sup>, Joni Márcio de Farias<sup>2</sup>, Eduarda Valim Pereira<sup>3</sup>, Vanise dos Santos Ferreira Viero<sup>4</sup>.

*1 Profissional de Educação Física, Universidade do Extremo Sul Catarinense- Unesc, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.*

*2 Doutor em Ciências da Saúde, Docente do curso de Educação Física e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense- Unesc, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.*

*3 Graduanda do curso de Educação Física Bacharelado da Universidade do Extremo Sul Catarinense- Unesc, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.*

*4 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense- Unesc, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.*

E-mail: [jmf@unesc.net](mailto:jmf@unesc.net)

Palavras-chave: Estudantes. Saúde Escolar. Estilo de vida.

### INTRODUÇÃO

As fases da infância e da adolescência são essenciais para se aderir hábitos saudáveis e estilo de vida ativo, esperando assim que estes costumes sejam transferidos para a vida adulta. (FIGUEIREDO et al., 2011; SILVA et al., 2014). Logo, o oposto vem sendo constatado no passar dos anos, demonstrando uma população com maior propensão a comportamentos de risco à saúde. (VITORINO et al., 2015). Dentre os aspectos que tem auxiliado para a diminuição da qualidade de vida e saúde dos escolares está o baixo nível de atividade física, o qual tem sido frequentemente associado ao acúmulo excessivo de gordura corporal, alterações desfavoráveis no perfil dos lipídios sanguíneos, níveis elevados de pressão arterial (GUEDES et al., 2006), diabetes, osteoporose, algumas formas de câncer (PELEGRINI; PETROSKI, 2009) e exposição a outros comportamentos de risco à saúde. (PATE et al., 1996). Ao analisarmos de maneira isolada os resultados da PeNSE, de 2015, que avaliou escolares do 9º ano do Ensino Fundamental de todas as capitais do Brasil, foi encontrada uma prevalência de 59,3% de escolares insuficientemente ativos, com ponto de corte de menos de 300 min/semana. No quesito tempo em frente a tela, aproximadamente 60,1% dos escolares permanecem mais de duas horas, já quando indagados sobre a utilização de outros instrumentos de tela como videogames, computadores ou outra atividade que permaneçam sentados, 61,2% relatam ficar mais de três horas por dia. Além dos baixos níveis de atividade física e do comportamento sedentário, os escolares consomem em maior quantidade alimentos de alto teor calórico e com baixo nutrientes como os processados e ultraprocessados, quando deveriam ter uma maior ingestão de alimentos saudáveis, como os *in natura* e minimamente processados. (LOUZADA, 2015; AZEREDO et al., 2015). Esses comportamentos supracitados contribuem para o desenvolvimento da obesidade e do sobrepeso. Em uma análise mais específica sobre os dados da PeNSE de 2009, realizado por Araújo et al. (2010), verificou uma prevalência de 23,0% de excesso de peso e 7,3% de obesidade entre os escolares. Diante deste cenário, faz-se necessário o conhecimento dos hábitos dos escolares relacionados à prática de atividade física diária e de lazer, do tempo em frente à tela e da composição corporal, considerando que os conhecimentos destes fatores são primordiais para o estabelecimento de estratégias voltadas as mudanças comportamentais neste público, considerando o local e a realidade onde os mesmos se encontram. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo identificar os comportamentos relacionados aos hábitos alimentares e de atividades físicas, deslocamento ativo e tempo em frente a tela de escolares matriculados em uma escola da rede pública do município de Praia Grande, Santa Catarina (SC).

### METODOLOGIA

O estudo caracterizou-se como transversal, com abordagem quantitativa, realizado em uma escola estadual do município de Praia Grande/SC. A população do estudo foi constituída por 86 escolares, de ambos os sexos, com idade de 15 a 17 anos, matriculados no ensino médio, nos períodos matutino e noturno. Para participar do estudo os escolares deveriam estar devidamente matriculados na unidade escolar, cursando o ensino médio (1º ao 3º ano), ter frequência escolar superior a 75% inclusive nas aulas de educação física, não apresentar limitações para responder os instrumentos, preencher os instrumentos de maneira adequada e trazer o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) assinado pelos pais e/ou responsáveis. Foram excluídos da amostra os estudantes que os preencheram de maneira inadequada. Os instrumentos foram elaborados a partir da composição de indicadores validados e utilizados em outros estudos nacionais, composto por questões fechadas, divididas em blocos: 1) Identificação; 2) Hábitos Alimentares; 3) Hábitos de Atividades Físicas; 4) Deslocamento; 5) Tempo em Frente a

Tela; 6) Composição corporal. No presente estudo foi utilizado os dados relacionados aos hábitos alimentares e de atividades físicas, deslocamento, tempo em frente a tela e estado nutricional. Os dados foram coletados na unidade escolar e contou com o acompanhamento e supervisão de um membro efetivo da mesma. Após apresentação do projeto a direção e aos estudantes, a amostra foi sorteada, estes receberam o TCLE e os pesquisadores responsáveis marcaram um segundo encontro para o preenchimento dos questionários. No segundo momento da pesquisa os escolares sorteados foram convidados a se dirigir para uma sala separada para o preenchimento dos questionários. Os dados coletados foram inseridos em planilhas eletrônicas do *Microsoft Excel* para compor o banco de dados da pesquisa. Para análise estatística, os dados foram tabulados e categorizados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0, avaliando a frequência absoluta e relativa das variáveis estudadas. Para a comparação dos valores médios entre os sexos foi utilizado o teste *t* de *student* para amostras independentes nas variáveis com distribuição normal. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5% ( $p \leq 0,05$  ou IC95%).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa seção serão apresentados os resultados dos hábitos alimentares, hábitos de atividade física, deslocamento ativo, tempo em frente a tela dos estudantes de uma escola estadual do município de Praia Grande, SC.

Na tabela 1, referente aos hábitos alimentares dos escolares pode-se verificar que 40,7% relataram que raramente ou quase nunca consomem uma dieta balanceada. Quanto à ingestão de bebidas com cafeína, 37,2% responderam ingerir com relativa frequência ou quase sempre. Semelhantes resultados foram encontrados por Pereira et al. (2015), que encontrou uma ingestão de mais de uma vez ao dia de cafeína entre os adolescentes.

Tabela 1) Hábitos Alimentares.

Variáveis		FA	FR (%)
Você consome uma dieta balanceada?	Quase nunca	19	22,1
	Raramente	23	26,7
	Algumas vezes	29	33,7
	Com relativa frequência	9	10,5
	Quase sempre	6	7,0
Quantas vezes por dia você ingere bebidas que com cafeína?	Quase nunca	9	10,5
	Raramente	26	30,2
	Algumas vezes	19	22,1
Durante os últimos 7 dias, quantos dias você tomou café da manhã?	Com relativa frequência	24	27,4
	Quase sempre	8	9,3
	Nenhum dia	15,0	17,4
Durante os últimos 30 dias, quantos dias você tomou 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?	Até 3 dias	19,0	22,1
	De 4 a 7 dias	52,0	60,5
	Nenhum dia	53,0	61,6
	1 a 9 dias	31,0	36,0
	10 a 20 dias ou mais	2,0	2,3

Fonte: Dados da pesquisa. FR= Frequência relativa. FA= Frequência Absoluta.

Na tabela 2 referente aos hábitos de atividades físicas pode-se observar que 53,5% tem como lazer preferido as atividades físicas, 57% percebem-se vigorosamente ativos e 51,2% concordam totalmente quanto ao gostar das atividades físicas, entretanto pode-se perceber que há uma contrariedade nas respostas quando comparamos com o tempo sentado em frente a tela. Quanto aos deslocamentos, 33,7% deslocam-se à pé até a escola e 31,4% utilizam a bicicleta. Semelhante resultados foram encontrados no estudo de Silva, Lopes e Silva (2007), onde quase 70% dos estudantes utilizavam os mesmos meios de locomoção. O tempo de deslocamento encontrado no presente estudo é baixo, indicando que os alunos moram perto da escola. Porém, apesar do tempo ser baixo, já é um importante comportamento para melhorar os níveis de saúde e inclusive contribuir na diminuição da incidência de sobrepeso e obesidade nesse público.

Tabela 2) Hábitos relacionados às Atividades Físicas.

<b>Variáveis</b>		<b>FA</b>	<b>FR (%)</b>
Atividade de lazer preferido	Atividades Físicas	46	53,5
	Atividades Sedentárias	39	45,3
	Sou vigorosamente ativo	49	57,0
	Suficientemente ativo	14	16,3
	Não sou mas pretendo ser	4	4,7
Percepção do Nível de Atividade Física	Não sou mas pretendo ser nos próximos 6 meses	7	8,1
	Não sou mas pretendo ser em menos de 6 meses	12	14,0
Durante a semana quantos dias pratica atividade vigorosa?	Nenhum dia	11,0	12,8
	Até 3 dias	42,0	48,8
	De 4 a 7 dias	33,0	38,4
	Menos que uma vez	21,0	24,4
Quantas vezes na semana você é vigorosamente ativo pelo menos 30 minutos por dia?	1 a 3 vezes	37,0	43,0
	4 vezes ou mais	27,0	31,4
Nos últimos 7 dias quantos dias você foi fisicamente ativo por 60 minutos?	Nenhum dia	12,0	14,0
	Até 3 dias	48,0	55,8
	De 4 a 7 dias	26,0	30,2
	Discordo totalmente	3	3,5
Gosto por atividade física	Concordo em parte	27	31,4
	Discordo em parte	1	1,2
	Concordo totalmente	44	51,2
	Nem concordo nem discordo	8	9,3
Deslocamento à escola	A pé	29	33,7
	Bicicleta	27	31,4
	Carro/ Moto	7	8,1
	Ônibus	23	26,7
	< 10 min	48	55,8
Tempo de deslocamento	10- 19	24	27,9
	20- 29	8	9,3
	30- 39	2	2,3
	40- 49	1	1,2
	< 60 min	3	3,5

Fonte: Dados da pesquisa. FR= Frequência relativa. FA= Frequência Absoluta.

Na tabela 3 pode-se observar a comparação entre os sexos masculino e feminino quanto ao tempo em frente à tela nos dias de aula e nos finais de semana, podendo verificar que há um comportamento diferente entre os sexos. Os participantes do sexo masculino demonstraram passar mais tempo em comportamentos sedentários como em frente a televisão, computadores e videogames, tanto nos dias de semana, quanto nos finais de semana. Estes dados são preocupantes uma vez que a American Academy of Pediatrics (2001) recomenda que o tempo máximo em frente aos eletrônicos seja de até 2 horas por dia, e no presente estudo a média do tempo disposto ao computador nos finais de semana é quase 3 vezes maior que o indicado. A diferença entre os sexos em relação a quantidade de tempo em frente aos aparelhos eletrônicos nos finais de semana pode ter como motivo o fato das mulheres usufruírem do seu tempo livre para as tarefas domésticas e estudos. Já nos dias de semana, essa quantidade pode ser maior para as mulheres quando comparado ao sexo masculino pelo fato de designarem o cotraturno escolar para as atividades de trabalho assalariado.



Tabela 3) Tempo em frente a tela.

Variáveis	Sexo	Média	D.P
Quantas horas por dia você assiste TV nos dias de aulas?	Masculino	93,6	101,2
	Feminino	132,2*	153,5
Quantas horas por dia assiste TV nos finais de semana?	Masculino	198,5	174,4
	Feminino	156,4	134,5
Quantas horas por dia você usa computador nos dias de aula?	Masculino	303,5*	443,1
	Feminino	187,3	175,4
Quantas horas por dia você usa computador nos finais de semana?	Masculino	320,7*	321,4
	Feminino	191,1	250,4
Quantas horas por dia você joga videogame nos dias de aula?	Masculino	78,3*	144,2
	Feminino	4,9	25,3
Quantas horas por dia você joga videogame nos finais de semana?	Masculino	103,2*	233,0
	Feminino	9,1	36,7

Fonte: Dados da pesquisa. D.P= Desvio Padrão.

## CONCLUSÃO

Os resultados indicaram que os estudantes do presente estudo possuem hábitos alimentares pouco saudáveis como não consumir uma dieta balanceada, ingerir bebidas com cafeína e bebidas alcoólicas. Em relação aos hábitos de atividades físicas, pode-se verificar que os escolares são fisicamente ativos, especificamente no lazer. Entretanto, demonstraram permanecer muito tempo, tanto nos dias de semana, quanto nos finais de semana, em atividades em frente a tela como televisão, computador e videogame, principalmente os participantes do sexo masculino. Esses dados demonstram a necessidade dos profissionais da saúde e da educação em criar diferentes estratégias, principalmente realizadas no âmbito escolar, que incentivem os escolares as mudanças comportamentais relacionadas aos hábitos alimentares e atividades físicas, promovendo a saúde e a qualidade de vida, presente e futura, destes sujeitos. É importante destacar que para que haja efetivas mudanças frente a estes comportamentos, faz-se necessário incluir nessas estratégias os pais, os familiares e os pares, por serem considerados influências, tanto positivas, quanto negativas, para a adoção de hábitos saudáveis de vida. Também, sugere-se que os professores de Educação Física desenvolvam conteúdos relacionados aos hábitos saudáveis, direcionando-os para a promoção da saúde e prevenção de doenças, o que poderá contribuir para uma saúde coletiva mais efetiva.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS et al. American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television. **Pediatrics**, v. 107, n. 2, p. 423, 2001.
- ARAÚJO, Cora et al. Estado nutricional dos adolescentes e sua relação com variáveis sociodemográficas: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl 2, p. 3077-3084, 2010.
- AZEREDO, Catarina Machado et al. Dietary intake of Brazilian adolescents. **Public health nutrition**, v. 18, n. 7, p. 1215-1224, 2015.
- FIGUEIREDO, Cláudia et al. Obesidade e sobrepeso em adolescentes: relação com atividade física, aptidão física, maturação biológica e "status" socioeconômico. **Rev. bras. educ. fis. esporte (Impr.)**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 225-235, June, 2011.
- GUEDES, Dartagnan Pinto et al. Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes: indicadores biológicos e comportamentais. **Arq Bras Cardiol**, v. 86, n. 6, p. 439-50, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE)*, 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2017. LOUZADA, Maria Laura da Costa. Nutrição e saúde: o papel do ultraprocessoamento de alimentos. 2015. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2015.

- PATE, Russell R et al. Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. **American journal of public health**, v. 86, n. 11, p. 1577-1581, 1996.
- PELEGRINI, Andreia; PETROSKI, Edio Luiz. Inatividade física e sua associação com estado nutricional, insatisfação com a imagem corporal e comportamentos sedentários em adolescentes de escolas públicas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 4, p. 366-373, 2009.
- SILVA, Kelly Samara da; LOPES, Adair da Silva; SILVA, Francisco Martins da. Comportamentos sedentários associados ao excesso de peso corporal. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 21, n. 2, p. 135-141, 2007.
- SILVA, Lucas Vinícius Machado et al. ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DE COMPOSIÇÃO CORPORAL E APTIDÃO FÍSICA EM ADOLESCENTES. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 12, n. 41, 2014.
- VITORINO, Priscila Valverde de Oliveira et al. Prevalência de estilo de vida sedentário entre adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 2, 2015.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DIALOGANDO COM MULHERES SOBRE O CLIMATÉRIO: BASES PARA UMA ABRORDAGEM EFETIVA PELA ENFERMAGEM

Karol Marielly Távora Moita<sup>1</sup>, Gerídice Lorna Andrade de Moraes<sup>2</sup>

*1 Coordenadoria Regional de Saúde IV. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: karolmtmoita@hotmail.com*

*Palavras chave: Climatério. Enfermagem. Educação em saúde*

### INTRODUÇÃO

De acordo com os dados do IBGE (2010), o Brasil vem passando por um processo de envelhecimento populacional em que as mulheres representam a maioria da população acima de sessenta anos e apresentam uma expectativa de vida de aproximadamente setenta anos.

Esse fato exige, portanto, maior atenção dos serviços de saúde, a fim que estejam organizados para atender, em todos os seus aspectos, as necessidades de saúde ocasionadas por essa mudança de padrão demográfico.

Apesar de não ser considerada uma patologia, as alterações hormonais características do climatério desencadeiam manifestações clínicas que acabam por alterar o cotidiano destas mulheres. Dentre elas podemos citar alterações do ciclo menstrual, ondas de calor, ressecamento vaginal, insônia e irritabilidade. (BRASIL, 2008)

O climatério é, assim, discutido comumente na área da saúde como uma situação em que a parada da produção hormonal feminina repercute em diversos órgãos a curto, médio e longos prazos, com reflexos na morbidade e mortalidade. (BRASIL, 2008).

A menopausa, nomenclatura mais difundida, é um marco dessa fase que ocorre em torno dos 50 anos e consiste na interrupção definitiva da menstruação após um período de amenorréia de doze meses consecutivos. (ORSHAN, 2010).

Essa fase para muitas mulheres tem uma conotação negativa, pois é nela que o corpo da mulher experimenta não só o esgotamento dos folículos ovarianos, mas também uma perda das funções e tônus de seus órgãos como um todo. (ORSHAN, 2010).

O climatério e a menopausa são fenômenos universais entre as mulheres, mas o modo singular como cada uma vivencia varia de acordo com suas histórias de vida, suas relações interpessoais e os aspectos culturais da comunidade nas quais estão inseridas.

Devem ser oferecidas informações detalhadas sobre as variadas fases dessa etapa da vida, encorajando a mulher a viver com mais energia e coragem ou aprender os limites e oportunidades do processo de envelhecimento, encarando as transformações desse período (BRASIL, 2008).

Muitas mulheres no climatério expressam depreciação do próprio corpo e uma baixa autoestima pelo fato de não se sentirem mais jovens e atraentes. Muitas vezes, ao realizar o exame clínico das mamas ou o exame preventivo do câncer de colo de útero elas verbalizavam constrangimentos em relação às mudanças corporais características dessa fase.

Além disso, as queixas subjetivas como fogachos, insônia, depressão e diminuição da libido são, muitas vezes, ignoradas na abordagem à mulher climatérica em decorrência de uma assistência fragmentada e tecnicista direcionada apenas ao tratamento ou prevenção de agravos prevalentes nessa etapa da vida.

A partir de tais reflexões, emergiu a motivação para dialogar com as mulheres sobre suas percepções e suas vivências no climatério e, então, propor estratégias de educação em saúde que lhes proporcione melhor qualidade de vida.

O que fazer, então, para possibilitar ações que promovam a saúde no climatério, compreendendo as alterações biopsicossociais que esse período acarreta? Como torná-las protagonistas no processo de promoção de saúde e de prevenção de agravos para que possam enfrentar esse período de profundas transformações? Estas são algumas perguntas que norteiam este estudo, no intuito de desenvolver, posteriormente, ações que contemplem uma abordagem mais efetiva junto a este grupo específico da população.

Nesse cenário, a educação popular em saúde destaca-se como uma ferramenta de articulação entre a concepção de saúde da comunidade e a construção de estratégias de promoção à saúde de forma contextualizada com o modo de vida da população.

Assim, na concretização dessa pesquisa, foram utilizadas estratégias de educação em saúde, com suporte na pedagogia de Paulo Freire no intuito de promover um diálogo crítico e problematizador para transformação de uma realidade construída socialmente de conotação negativa do climatério e, dessa forma, possibilitar a vivência plena e saudável desse período de transformação.

## **METODOLOGIA**

Esse estudo é uma pesquisa-ação com abordagem qualitativa já que esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, a reflexão e a re-construção de conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2008).

A pesquisa-ação conforme Thiollent (2008) é um método ou uma estratégia de pesquisa que agrega várias técnicas da pesquisa social, com as quais é estabelecida uma construção coletiva, participativa e ativa ao nível da apreensão da informação, permitindo uma ampla interação dos sujeitos da pesquisa entre si e com o pesquisador.

Para melhor compreender e transformar a percepção das mulheres a cerca do climatério, esse estudo pautou-se na concepção dialógica de Paulo Freire por fomentar uma educação problematizadora e autônoma que considera o diálogo como fenômeno humano e as palavras como elementos constitutivos que nos levam a surpreender duas dimensões: ação e reflexão, de forma que a palavra verdadeira seja a de apresentar possibilidades de transformar o universo das pessoas (FREIRE, 2007).

O estudo foi realizado na sede de uma Organização Não Governamental (ONG), localizada no Bairro Granja Portugal do município de Fortaleza, que objetivava promover uma articulação das mulheres da comunidade para defesa da garantia e ampliação dos direitos sexuais e reprodutivos além de desenvolver projetos voltados para geração de trabalho e renda por meio da economia solidária.

Os sujeitos desta pesquisa foram mulheres, participantes do grupo de promoção à saúde da mulher realizado nessa ONG, com desejo para participar das entrevistas ou dos círculos de cultura sobre essa temática, com idade entre 40 e 65 anos que, conforme a Organização Mundial de Saúde encontra-se em período climatérico.

Para seleção dessas participantes, a presidente da ONG mobilizou mulheres com o perfil para participação do estudo para se reunir com a pesquisadora no intuito de dialogar sobre a temática da pesquisa bem como marcar os círculos de cultura.

O processo investigativo foi realizado através do itinerário de pesquisa de Freire que é constituído das seguintes etapas metodológicas: Investigação Temática, Codificação e Descodificação e Desvelamento Crítico. (FREIRE, 2007)

Na investigação temática, os temas geradores são extraídos a partir das vivências cotidianas dos sujeitos. Nesse referencial metodológico, é necessário o conhecimento prévio do universo vocabular e dos aspectos culturais em que se situam as relações e os modos de vida na comunidade.

Nesse estudo, essa fase foi realizada através da observação não sistemática com registro das experiências e das impressões em um diário de campo além da aplicação de uma entrevista semiestruturada, composta por uma caracterização sociodemográfica e questionamentos subjetivos tais como o conhecimento da mulher sobre o climatério/menopausa, as modificações ocorridas nessa fase bem como os recursos terapêuticos utilizados para amenizar ou solucionar as principais queixas relacionadas a essa fase do ciclo vital feminino.

Essa fase inicial buscou identificar a percepção e as queixas referentes ao Climatério para subsidiar o planejamento dos Círculos de Cultura a fim de possibilitar a articulação do conteúdo a ser trabalhado com os interesses e as necessidades das participantes.

Nesse estudo, as etapas de codificação e descodificação, em que os temas geradores são problematizados e contextualizados através do diálogo reflexivo e crítico, foram concretizadas através da realização de dois Círculos de Cultura cujas questões norteadoras foram respectivamente "qual significado de Climatério e Menopausa?" e "quais as modificações percebidas por mim ao vivenciar o climatério e a menopausa?"

O termo círculo de cultura foi criado por Freire para representar um espaço reflexivo e participativo de aprendizagem e troca de conhecimento, pautado na relação dialógica das experiências reais vividas pelos participantes.

A intenção em realizar círculos de cultura objetivou fomentar uma vivência participativa, dialógica e problematizadora para construir de forma coletiva uma proposta de educação em saúde emancipatória. Nesse intuito, buscou-se convidar as mulheres à reflexão para produção de novos modos coletivos de perceber e intervir sobre a realidade vivenciada por elas.

Cada círculo durou aproximadamente duas horas e foi organizado seguindo três momentos: acolhimento, desenvolvimento e avaliação. A animação dos círculos de cultura foi feita pela pesquisadora que teve a função de introduzir as questões norteadoras das temáticas, incentivar a participação dos membros do grupo e organizar as sínteses das discussões.

Na etapa de desvelamento crítico ou problematização ocorre o processo de ação-reflexão-ação para a transformação da realidade vivida. Essas reflexões foram fomentadas a partir do confronto dos saberes e das vivências das participantes com o saber científico realizados no terceiro círculo de cultura cuja questão norteadora foi “como posso me cuidar no Climatério para ter uma melhor qualidade de vida durante e após essa fase?”

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise e discussão dos dados obtidos nos círculos de cultura foram utilizados os pressupostos da análise temática proposta por Minayo (2008) que objetiva identificar os núcleos de sentido das verbalizações cuja presença ou frequência sejam relevantes para o objetivo analítico visado.

Após a leitura exaustiva e organização do material coletado foram obtidas as categorias: Significando o climatério, percebendo as modificações desencadeadas com o climatério e construindo estratégias de cuidado no climatério.

Doze (12) mulheres, com idades variando entre 42 e 56 anos, participaram dos círculos de cultura. Destas, a maioria não soube informar se já estavam na menopausa por desconhecerem o significado correto desse termo. Muitas confundiam os sinais e sintomas característicos do Climatério com o início da menopausa. Mas, após terem sido esclarecidas, constatamos que sete já estavam na menopausa, em média, há três anos.

Embora, nenhuma participante, no período da coleta de dados, estivesse sendo acompanhada na Unidade de Saúde devido à sintomatologia relacionada ao Climatério, duas afirmaram já terem feito reposição hormonal e três relataram ter recebido orientações para amenizar queixas climatéricas em consultas para realização do papanicolau.

Em relação ao estado civil, apenas uma participante era viúva e outra era solteira. As demais participantes eram casadas. A atividade predominante entre elas foi a realização de serviços domésticos no próprio lar e a realização de artesanatos. Apenas uma era professora de educação infantil e outra era diarista.

As mulheres ao tentarem construir um conceito para o Climatério apresentavam uma conotação negativa, associando-o a perdas e a desconfortos físicos e psíquicos ou até mesmo como uma patologia.

Além disso, apresentavam poucas informações a cerca das modificações físicas, psíquicas e sociais do período climatérico e percebiam essa fase de forma bastante negativa em virtude das manifestações da síndrome climatérica.

Nesse contexto, a autoimagem é um componente importante que pode contribuir tanto para o surgimento quanto para intensificação dos sintomas climatéricos. Mulheres com baixa autoestima geralmente apresentam vários sintomas e têm atitude negativa nessa fase da vida (VALADARES et al., 2008)

Percebeu-se ainda que as alterações relacionadas ao climatério acontecem de modo e intensidades diferentes, impactando de forma singular no cotidiano das mulheres.

Um dos sintomas mais ressaltado e debatido entre as mulheres foi o fogacho, corroborando com a literatura que aponta os sintomas vasomotores como principais motivadores para busca de assistência médica no climatério. (BRASIL, 2008)

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, os fogachos podem ocorrer associados à palpitação e, mais raramente, à sensação de desfalecimento. Podem apresentar intensidades e frequências variadas bem como podem durar de alguns segundos a 30 minutos. (BRASIL, 2008)

Constatou-se também que as participantes do estudo percebiam as mudanças do seu corpo de forma negativa provavelmente por relacioná-las ao envelhecimento. Essas transformações deixaram-nas em condição de vulnerabilidade psíquica e baixa da autoestima, prejudicando, às vezes, a vivência de suas sexualidades por considerarem-se incapazes de despertar o desejo nos seus companheiros.

A maioria das participantes também relatou algum tipo de alteração da função sexual como perda do desejo, ressecamento vaginal, dispareunia e diminuição na frequência da atividade sexual.

As mulheres climatéricas, sobretudo as que estão na pós-menopausa possuem déficit na função sexual e grande parte das disfunções neste aspecto poderia ser minimizada com esclarecimentos sobre as alterações comumente percebidas nessa fase do ciclo vital feminino. (GOUVEIA et.al. 2009).

Percebeu-se ainda pelos relatos das participantes que as alterações sexuais vivenciadas por elas, são desconhecidas pelo companheiro e acarretam uma relação desconfortável entre o casal. Assim, por se sentirem, muitas vezes, culpadas pela falta de desejo sexual, as mulheres se submetem a uma relação dolorosa e fingem sentir prazer.

Sobre esse aspecto, Coelho (2010) ressalta que, nessa fase da vida, a sexualidade deve ser compreendida para além do ato sexual, valorizando-se o diálogo e a afetividade entre os parceiros bem como o entendimento das modificações fisiológicas masculinas e femininas resultantes do envelhecimento. As participantes afirmaram

que para prevenir ou amenizar as queixas relacionadas ao Climatério é imprescindível o acompanhamento com profissional de saúde para orientá-las sobre as modificações ocorridas nessa fase, realizar exames de rotina e prescrever medicamentos que solucionem o desconforto sentido por elas nessa fase.

Também apontaram como estratégias para amenizar desconfortos advindos do período climatérico a participação em grupos religiosos, a prática de atividades físicas regulares e a manutenção de uma alimentação saudável. Ademais, abordaram o uso de terapêuticas naturais como extratos de isoflavona e de soja.

## CONCLUSÃO

Esse estudo aponta a importância de promover encontros que possibilitem às mulheres que estão vivenciando o período do climatério discussões coletivas nas quais elas sejam capazes de visualizarem em outras mulheres as mesmas dúvidas e aflições e, a partir disso, compartilharem estratégias de cuidado.

O compartilhamento de experiências muitas vezes semelhantes pode contribuir para descoberta de novos sentidos para vivência pessoal. Portanto, este estudo além de ampliar o saber científico das participantes sobre o climatério proporcionou o empoderamento das participantes com protagonistas na produção de saúde.

Isso não significa que os profissionais de saúde podem se desresponsabilizar do cuidado com essas mulheres, mas que todas as ações de saúde tanto individuais quanto coletivas devem ser realizadas “com” elas e em consonância com as suas necessidades integrais de saúde.

Além disso, as equipes de saúde devem conhecer o “território vivo” onde está inserida sua área de abrangência, com todas as potencialidades dos seus equipamentos sociais e dos seus moradores, para fortalecer e promover os recursos terapêuticos comunitários.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília (DF): 2008.

COELHO, DNP et al. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. *Rev. Rene*. v. 11, n. 4, p. 163-173. 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

GOUVEIA, PF et al. Função sexual da mulher na transição menopausal: estudo transversal. *Rev. Bras. Med*; v. 66(supl.2): 24-32, abr. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da População 2010**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>>. Acesso em: 08 de junho de 2011.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

ORSHAN, S.A. A experiência da Menopausa In: ORSHAN, SA (Org.). **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, p. 1001- 1023, 2010.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 2008. a troca de experiências. VALADARES, AL et al. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. *Rev. Assoc. Med. Bras*. São Paulo, v. 54, n.4, p. 299-304, 2008.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: FERRAMENTA PARA A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Karol Marielly Távora Moita<sup>1</sup>, Janaína Rocha de Sousa Almeida<sup>2</sup>, Savana Ferreira da Silva<sup>3</sup>, Patrícia Rejane Carneiro Suassuna<sup>4</sup>, Margarida Maria Saraiva<sup>5</sup>

*1 Coordenadoria Regional de Saúde IV. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: karolmtmoita@hotmail.com*

*Palavras chave: Doença crônica. Risco. Atenção Primária à Saúde.*

### INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) caracterizam-se pelas relações horizontais entre os pontos de atenção, formadas pelas necessidades populacionais de cada espaço regional singular, que objetiva promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada (OPAS, 2011).

Um dos elementos que compõe as RAS são os modelos de atenção à saúde que é o modo de organizar o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre as populações e subpopulações estratificadas em riscos com as intervenções sanitárias de acordo com a visão prevalecente de saúde e com os perfis demográficos e epidemiológicos. (MENDES, 2011)

Nesse cenário, destaca-se o desafio de implantar um modelo de atenção às condições crônicas que possibilite uma atenção colaborativa e centrada na pessoa e na sua família, capaz de abordar e manejar integralmente as necessidades de saúde. As condições crônicas de saúde não podem ser abordadas de forma fragmentada, reativa, episódica e sem o protagonismo dos sujeitos no autocuidado.

Diante disso, o processo de estratificação de risco da população é um elemento central da gestão da saúde, pois leva à identificação e o registro das pessoas usuárias portadoras de necessidades similares, a fim de colocá-las juntas, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir recursos humanos específicos para cada qual. Além disso, possibilita que as condições de saúde das pessoas sejam diferenciadas por riscos para, a partir de diretrizes clínicas baseadas em evidências, definir os tipos e os locais da atenção (MENDES, 2015).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se o centro de comunicação das RAS, devendo ser responsável pela identificação de riscos, necessidades e demandas de saúde; elaboração, acompanhamento e gestão de projetos terapêuticos singulares, bem como pelo acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS e dos sistemas de apoio (MENDES, 2011).

No município de Fortaleza-Ce, desde 2013, busca-se fortalecer a Atenção Primária à Saúde como coordenadora e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde. Nesse processo, destacam-se os desafios vivenciados para a realização da estratificação de risco de hipertensos e diabéticos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Diante da relevância desta temática para implantação de um modelo de atenção às condições crônicas e da escassez de relatos de estratificação de risco de grupos populacionais, esse trabalho objetiva descrever a experiência vivenciada no município de Fortaleza-Ce, para estratificação de risco e implantação do modelo de atenção às condições crônicas aos hipertensos e diabéticos.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que busca descrever a utilização da estratificação de risco de hipertensos e diabéticos como ferramenta para implantação do modelo de atenção às condições crônicas. Utilizou-se uma abordagem qualitativa através da análise documental de relatórios técnicos, anotações e observações.

Esse estudo foi desenvolvido no período compreendido entre abril de 2014 a abril de 2016, na Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) IV do município de Fortaleza-Ce.

Fortaleza está administrativamente dividida em seis secretarias regionais, além da regional do Centro, onde em cada uma existe uma Coordenadoria Regional de Saúde, responsável pelo planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e dos serviços de saúde no âmbito regional em consonância com as normas e diretrizes municipais.

A Coordenadoria Regional de Saúde IV está localizada na zona oeste do município de Fortaleza, com uma área territorial de 34.272 km<sup>2</sup>. Dispõe de 297.610 habitantes, representando 11,48% da população total do município de Fortaleza.

Para organizar a APS em seu território, a CORES IV dispõe de quarenta e uma (41) equipes de saúde da família, quatro (04) equipes de agentes comunitários de saúde (EACS) e trinta e três (33) equipes de saúde bucal distribuídas em treze (13) Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

A coleta de dados ocorreu a partir da análise de documentos como relatórios e instrumentos de avaliação das oficinas sobre Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), ata de reunião com os gestores e profissionais das UAPS e mapa de monitoramento da estratificação de risco nas UAPS.

Para a utilização da estratificação de risco na população de hipertensos e diabéticos como ferramenta para implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MAAC), foram realizadas três etapas de implementação que envolveram atividades de educação permanente para os gestores das UAPS e profissionais das ESF, além de ações de monitoramento dos processos implantados na UAPS.

A primeira etapa da implementação da estratificação de risco consistiu em atividade de educação permanente para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) sobre Modelo de Atenção às Condições Crônicas, Atenção Programada de Condições Crônicas e Agenda de Atendimento da ESF.

Foram realizadas seis oficinas, sendo três, com duração de 4 horas cada, em abril de 2014 com a temática Modelo de Atenção às Condições Crônicas e três, com a mesma carga horária, em maio de 2014 com a temática Atenção Programada de Condições Crônicas e Agenda de Atendimento da ESF. Essas oficinas foram facilitadas pela articuladora da APS e por um médico da ESF da CORES IV tendo como público alvo médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas da ESF, gestores das UAPS e técnicos de saúde da CORES IV.

A segunda etapa do processo de implantação consistiu na realização de oficinas com a temática estratificação de risco em hipertensos e diabéticos, conforme preconizado nas diretrizes clínicas do município de Fortaleza. O público alvo foram médicos e enfermeiros da ESF da CORES IV, sendo realizadas duas oficinas, com duração de 4 horas cada, em novembro de 2014. Em junho de 2015, foram realizadas três oficinas contemplando as estratificações dos referidos grupos prioritários, para aqueles profissionais da ESF que não puderam participar dos encontros anteriores.

A metodologia utilizada nas oficinas foi exposição dialogada e estudo de caso, tendo em vista o objetivo de favorecer a aproximação entre facilitador e participantes, proporcionando maior reflexão sobre a realidade e contribuindo com o aprendizado e produção de conhecimentos. Estas oficinas possibilitaram aos participantes vivenciar situações concretas e significativas, favorecendo a construção coletiva do conhecimento através da ação e reflexão.

A terceira etapa consistiu no monitoramento da realização das estratificações pelas equipes de saúde da família nas UAPS por meio de uma planilha. Foi realizado o monitoramento e visitas técnicas às UAPS verificando quais as dificuldades para a implementação do processo.

Para estratificação de risco do hipertenso é realizada a avaliação do risco cardiovascular através da pesquisa da presença de fatores de risco, de lesões em órgão alvo, de condições clínicas associadas além da verificação dos valores da pressão arterial, conforme descrição do quadro abaixo. (FORTALEZA, 2015)

A estratificação de risco da população diabética é realizada a partir da avaliação do controle metabólico e dos níveis pressóricos, além da pesquisa da presença de fatores de risco, de lesões em órgão alvo, de condições clínicas associadas e sinais/sintomas de hiperglicemia. (FORTALEZA, 2015)

A partir de fevereiro de 2016, a estratificação de risco de hipertensos e diabéticos começou a ser realizada no prontuário eletrônico (PE). Para isso, o médico ou enfermeiro, após classificar o diagnóstico do paciente em Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus do tipo 01 ou 02, deve preencher corretamente as complicações ou problemas e os exames. Ao final da consulta, o risco cardiovascular é calculado automaticamente, conforme as diretrizes clínicas de Fortaleza.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na oficina de capacitação com a temática MACC, participaram dez (10) gestores das UAPS, vinte e quatro (24) médicos, trinta e quatro enfermeiros (34) e vinte e seis dentistas (26), representando respectivamente 100% dos gestores e 74% dos profissionais da ESF que atuavam no período em que a oficina foi realizada.

Com relação à temática estratificação de risco em hipertensos e diabéticos, as oficinas realizadas em novembro de 2014 e em junho de 2015 capacitaram 100% dos profissionais da ESF que estavam atuando nas UAPS da CORES IV.



A partir de março de 2016, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza passou a realizar um curso introdutório, em que uma das temáticas era a estratificação dos grupos prioritários, para os médicos que participavam dos Programas de provimento de médicos para a APS como o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) ou Mais Médico logo que eles iniciavam suas atividades na ESF em Fortaleza.

Dessa forma, qualquer profissional que é inserido em uma ESF da CORES IV é capacitado, em serviço, na estratificação de risco em hipertensos e diabéticos pela equipe da APS desta coordenadoria e por outro médico ou enfermeiro da UAPS que já foi capacitado. Portanto, todos os profissionais das ESF da CORES IV conhecem e sabem utilizar o referido instrumento de estratificação de risco.

Constatou-se que 51,36% dos hipertensos, 26,98% diabéticos e 100% dos pacientes que apresentavam as duas condições de saúde, cadastrados no prontuário eletrônico (PE), estavam estratificados quanto ao risco. Ademais, identificou-se que 22,7% dos hipertensos e 55,5% dos diabéticos foram estratificados como alto e muito alto risco.

Diante disso, observa-se que o grupo de hipertensos apresentou um percentual de alto e muito alto risco semelhante ao descrito nas diretrizes clínicas do município que é de 25%. (FORTALEZA, 2015)

Contudo, com relação ao grupo de diabéticos, obteve-se um percentual de alto e de muito alto risco bem acima do estimado nas diretrizes clínicas que é de 30%. Esse fato pode denotar uma falha na captação desses pacientes pelos serviços de saúde antes de apresentarem lesões de órgão alvo e condições clínicas associadas.

As ações de prevenção e de produção de cuidado à HAS e ao DM devem ocorrer prioritariamente na Atenção Primária que é a responsável por articular a rede de atenção dentro de uma linha de cuidado pactuada entre todos os pontos de atenção envolvidos. (MENDES, 2012)

Silva et al (2016) ressaltam que a busca ativa e o reagendamento de consultas fazem parte de um dos atributos essenciais da APS e do modelo de atenção aos indivíduos com condições crônicas que é a longitudinalidade da atenção, a qual contribui para a identificação das necessidades dos pacientes, desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde além da redução de custos e de hospitalizações.

Nesse contexto, as diretrizes clínicas apresentam a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição ou patologia, definindo as ações de cuidado que devem ser prestadas em todos os pontos de uma rede de atenção à saúde. (MENDES, 2011)

Diante disso, as diretrizes clínicas do município de Fortaleza qualificam a atenção à HAS e DM na medida em que favorecem a organização das práticas de saúde para promoção do cuidado integral às pessoas que apresentam essas doenças crônicas.

Para implantação das diretrizes clínicas, a estratificação da população alvo é imprescindível, pois permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos. Esse processo é dinâmico e deve ser feito sistematicamente em todas as consultas, pois pode em algumas situações haver mudança no estrato de risco de um determinado paciente que determinem alterações no seu plano de cuidado. (FORTALEZA, 2015)

Para isso, é fundamental o gerenciamento do processo com avaliação dos desafios e construção de estratégias para superá-los. Nesse aspecto, destacam-se a realização de ações de educação permanente focadas na dinâmica do trabalho e a disponibilização de bom sistema de informações clínicas, centrado no prontuário eletrônico.

Os processos de educação permanente realizado na CORES IV para implantação das estratificações de risco dos hipertensos e diabéticos favoreceram o desenvolvimento de competências de conhecimento, de habilidade e de atitude nos profissionais para a coordenação do cuidado dos sujeitos com essas condições crônicas na APS. Essas oficinas possibilitaram a apropriação e compartilhamento de conhecimento por meio da exposição dialogada das diretrizes clínicas e da discussão das fragilidades vivenciadas para aplicação no cenário de prática dos profissionais.

Desse modo, a partir do grau de risco estratificado, é definida a programação de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas além da participação em grupos operativos da APS. Assim, pacientes de risco baixo ou moderado têm seu cuidado concentrado na APS e pacientes de risco alto ou muito alto têm acompanhamento compartilhado com a atenção especializada. (FORTALEZA, 2015).

Os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na ESF, enquanto os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma necessidade de mais atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a co-participação da APS e da atenção especializada. (MENDES, 2015)

## CONCLUSÃO

A estratificação de riscos no manejo das condições crônicas é fundamental para implantação de um modelo de atenção integral, pois possibilita o planejamento, conforme as necessidades de saúde identificadas, de ações

de autocuidado e de cuidado profissional, com a definição da atenção profissional, por membros da equipe multiprofissional e por ponto de atenção na RAS.

Contudo, implementar mudanças na prática profissional é um processo desafiador. Para isso, é imprescindível realizar ações de educação permanente pautadas na problematização das situações cotidianas.

É necessário o gerenciamento da mudança com monitoramento do processo, com motivação dos profissionais envolvidos, com criatividade para superar as dificuldades e com habilidade de comunicação para solucionar os conflitos.

Assim, a gestão do trabalho na saúde requer flexibilidade, diálogo e criatividade para despertar nos profissionais de saúde a motivação para repensar suas práticas e implementar novos processos no fazer em saúde.

## REFERÊNCIAS

Fortaleza, Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde. Células de Atenção às Condições Crônicas. **Diretrizes clínicas: Diabetes Mellitus**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde. Células de Atenção às Condições Crônicas. **Diretrizes clínicas: Hipertensão Arterial**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2015.

Mendes, E.V. **A construção social da Atenção Primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, 2015. 193 p

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011. 549 p

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.

Silva RLDT, et al. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 jan-fev; 69(1):79-87

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a toda equipe de assessores técnicos e gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde que se empenharam para concretizar a implantação do modelo de atenção às condições crônicas apesar de todos os desafios apresentados no cotidiano do fazer em saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERCEPÇÃO DAS GESTANTES E PUÉRPERAS QUANTO AOS RISCOS DO TABAGISMO DURANTE A GESTAÇÃO

Ítala Alencar Braga Víctor<sup>1</sup>, Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira<sup>2</sup>, José Evaldo Gomes Junior<sup>3</sup>, Roberta Peixoto Vieira<sup>4</sup>, Caroline Torres da Silva Cândido<sup>5</sup>, Solange Maria Germao de Lima<sup>6</sup>.

*1 Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), Iguatu - Ceará e Docente da Faculdade Vale do Salgado (FVS), Icó, Ceará - Brasil.*

*2 Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), Iguatu - Ceará - Brasil*

*3 Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado (FVS), Icó, Ceará - Brasil.*

*4 Enfermeira graduada pela Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras - Paraíba - Brasil.*

*E-mail: ingrid\_lattes@hotmail.com*

*Palavras-chave: Tabagismo. Abandono do uso do tabaco. Gravidez. Período pós-parto.*

### INTRODUÇÃO

O tabagismo já é considerado um problema de saúde pública devido a mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco. A prevalência é de 1,3 bilhão de fumantes no mundo. Desses, 900 milhões estão em países em desenvolvimento, destacando-se que 250 milhões são mulheres (BRASIL, 2010a).

Observou-se o incremento do tabagismo entre esse público a partir dos movimentos de liberação feminina e da maior integração das mulheres à lógica de produção capitalista durante as décadas de 60 e 70 do século XX (WUNSCH FILHO, 2010). Atualmente, as mulheres, devido a independência financeira têm se tornado alvo das propagandas de cigarro. Em revisão realizada, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que as mulheres, frequentemente, fumam em resposta a situações negativas de vida, em situações de estresse, assim como também o usam para moderar emoções, para suprir, particularmente, a raiva. A manutenção do peso corporal aparece como um dos principais motivos para não parar de fumar (ECKERDT; CORRADI-WEBSTER, 2010).

Na gravidez, o tabagismo está presente em 11,3%, sendo que 75,7% das gestantes continuam a fumar até o final da gestação (ROCHA, 2013). Essas gestantes estão expostas a um risco aumentado para diversas patologias obstétricas, além das consequências advindas para o feto e, mesmo com o conhecimento, de que o hábito de fumar lhes acarreta vários prejuízos, principalmente associados a saúde, muitas delas ainda continuam a fumar e outras retomam o hábito logo após o parto (MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010).

Para as puérperas, os fatores que dificultam o abandono do cigarro são o estado emocional, a dependência do cigarro, a influência de terceiros, falta de determinação, falta de consciência e o aumento do peso. O fato de ter um companheiro fumante se mostrou um dos maiores fatores dificultadores para a cessação do tabagismo (MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010).

Dentre as consequências maternas ocasionadas pelo tabagismo podemos destacar maior risco para complicações como placenta prévia, ruptura prematura das membranas, descolamento prematuro da placenta, hemorragia no pré-parto, parto prematuro, aborto espontâneo e gestação ectópica (MOTTA; ECHER; LUCENA, 2010).

Os efeitos deletérios para o feto se constituem em anomalias, como as do trato urinário; malformações cardíacas; problema no desenvolvimento dos pulmões; restrição do crescimento intrauterino, ocasionando baixo peso e menor comprimento ao nascer. Ainda se destacam as consequências sobre o desenvolvimento intelectual e distúrbios de comportamento e do transtorno de hiperatividade com déficit de atenção (STEVANI et al., 2011).

Há também um aumento na probabilidade de que pessoas que tiveram exposição pré-natal ao tabaco sejam fumantes, havendo uma forte ligação com uso de drogas, depressão, distúrbios de conduta, agressividade, como resultado de alterações fisiológicas ocasionadas pela nicotina in útero (FRIED, 2012).

Diante do exposto viu-se a necessidade de aprofundamento na temática e investigação em campo para melhor compreensão do assunto, percebendo-se que a quantidade de literatura publicada sobre a temática ainda é escassa. Partindo dessa premissa, o presente estudo tem o intuito de servir como apoio para o meio acadêmico e para profissionais, principalmente os que realizam assistência pré-natal, que tenham o interesse de atuar na prevenção e promoção da saúde, com uma melhor abordagem de gestantes/puérperas tabagistas e assim ajudá-las em um ato extremamente difícil que é a interrupção do fumo, por isso tem como objetivos: caracterizar as participantes quanto aos dados sociodemográficos e obstétricos e analisar a percepção das gestantes e puérperas quanto aos riscos do uso do cigarro para a gestação e para o desenvolvimento do feto.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa. A mesma se deu no Hospital Regional de Icó – CE e nas Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Icó e Cedro/Ceará, situadas na zona urbana. Participaram quatro gestantes e quatro puérperas fumantes, que foram identificadas através da ficha perinatal contida no prontuário da gestante na UBS e através da análise do cartão pré-natal que se encontrava no hospital, no prontuário das gestantes/puérperas. O método de seleção da amostra se deu por amostragem não probabilística intencional e a delimitação pelo critério de saturação dos dados.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ser gestante ou puérpera fumante ou ter parado de fumar na gravidez ou puerpério atual, está sendo assistida pela ESF, estar em concordância com a participação na pesquisa. Estabeleceu-se como critérios de exclusão ter idade menor que 18 anos e ter dados incompletos no cartão da gestante e/ou ficha perinatal.

A técnica de pesquisa para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, que foi aplicada após a realização do pré-teste. Os dados foram coletados nos meses de Setembro a Outubro de 2015, através da aplicação do roteiro de entrevista, mediante visita domiciliar com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), encontros marcados na data agendada do pré-natal e abordagem no hospital. Ressalta-se que foi respeitado a livre decisão na participação da pesquisa pelas participantes.

Os dados coletados foram tratados através do método Análise de Conteúdo, na modalidade Análise da Enunciação, proposta por Minayo (2014). Seguiu-se os passos: Estabelecimento do *Corpus*, preparação do material e etapas da análise. A interpretação dos dados se deu através da elaboração de categorias. Objetivando preservar a identidade das participantes, na apresentação das falas utilizou-se uma letra do alfabeto seguida de um numeral cardinal, onde G representa gestantes e P puérperas. A discussão se deu mediante literatura pertinente à temática.

A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos norteados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As participantes leram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e em seguida assinaram o Termo de Consentimento Pós Esclarecido. Houve a prévia autorização das instituições coparticipantes por meio da assinatura das Declarações de Anuência.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se que a maioria das participantes estava na faixa etária de 31 a 40 anos, viviam com companheiro, metade delas não possuíam o ensino fundamental completo (5 a 8 anos de estudos), não possuíam atividade econômica, apenas cuidavam da própria casa e a renda familiar mensal da maioria não ultrapassou um salário mínimo.

Todas eram multigestas, sendo que a maioria delas possuía entre quatro e cinco gestações, oito relataram aborto prévio, podendo haver relação com o tabagismo. Apenas uma puérpera teve parto pré- termo. Como a literatura aponta que o tabagismo na gestação está associado ao nascimento de recém- nascidos com baixo peso, investigou-se o peso dos filhos anteriores das participantes e constatou-se que apenas uma relatou peso do filho de 2.000g e as demais relataram peso maior que 2.500g, ficando a média de peso em 3.254g. As intercorrências gestacionais estiveram presentes em três das participantes, dentre as quais foram relatadas: mastite, diabetes gestacional, infecção urinária, óbito fetal intrauterino, sífilis e hipertonia uterina. Já sobre problemas após o nascimento dos filhos, houve relatos de convulsão, desnutrição, problemas respiratórios e desidratação.

Do *Corpus* da pesquisa foram extraídas três categorias, sendo a primeira: Conhecimento das gestantes e puérperas quanto aos riscos do uso do cigarro para a gestação. Essa categoria analisa a percepção que as participantes têm sobre os riscos de fumar no período gestacional, onde ficou esclarecido que elas possuem pouco conhecimento sobre os riscos gestacionais ocasionados pelo hábito de fumar, sendo relatado algum conhecimento apenas por três participantes.

“Eu acho que aborto [...]” (G1).

“No caso, acho que eu já tô com esses problemas né, que desde 12 anos que eu fumo né. Agora assim, grávida mesmo eu sei que prejudica eu respirar né, que eu tô respirando por 2 pessoas, por mim e por ela né? Eu acho que é isso.” (G2)

“Aborto né, só aborto que eu sei. Cansaço e a pressão subir[...]” (P1)

A fala das participantes revela um conhecimento restrito com relação aos riscos do tabagismo para elas no período gestacional/puerperal, onde as mesmas se referem de forma rápida ao aborto, a problemas respiratórios e à hipertensão.

Notou-se ainda que cinco das participantes não relataram conhecimento dos possíveis riscos gestacionais ocasionados pelo tabagismo, respondendo à pergunta de forma breve conforme as falas que seguem:

“Também não sei não.” (G4). “Traz problemas.” (P2)

Diante das falas podemos associar que o conhecimento sobre os riscos do tabagismo para a gestação pode estar atrelado ao grau de escolaridade e à condição econômica das mulheres fumadoras, já que Magalhães (2010) evidenciou em seu estudo que as mulheres que tinham nível superior fumavam menos que as que tinham escolaridade inferior e apesar das fumantes não abandonarem o hábito, se mostraram informadas quanto aos riscos do tabagismo na gravidez e as que abandonaram o hábito, assim fizeram através de informações obtidas em livros, internet e meios de comunicação social, mas principalmente pela orientação de profissionais médicos e enfermeiros.

A falta de conhecimento sobre os riscos para a gestação pode ser um dos fatores que contribuem para a não cessação do tabagismo no período gestacional, pois muitas das multigestas não tiveram problemas graves nas gestações anteriores, o que as leva a pensar que o consumo do cigarro não fez mal para a gestação e isso é um reforço para a manutenção do hábito nas gestações subsequentes.

Na categoria II: conhecimento das participantes quanto aos malefícios do cigarro para o desenvolvimento do feto, foi evidenciado que elas possuem um bom conhecimento no que se trata dos riscos para o feto, diferentemente do observado na categoria anterior, que se tratava dos riscos para a gestação. Apenas uma relatou não ter conhecimento algum sobre tais malefícios, sendo constatado que a maior preocupação das mulheres está direcionada ao bebê que está para chegar e não com o que pode acometê-las de fato. As maiores informações recebidas nas consultas e através de outros meios de comunicação são sobre os riscos para o feto e o maior conhecimento que as elas têm em relação a esses riscos é que o tabagismo pode ocasionar problemas respiratórios.

“Pode trazer má respiração, problema pro feto, prejudica né o desenvolvimento? Problemas respiratórios, pulmonares, só isso mesmo.” (G3).

“*Pro bebê ele pode nascer com falta de respiração né, e pode nascer já com asma através do cigarro né?*” (P1).

“Traz problemas, que a minha outra ela nasceu com problema, eu tenho certeza, que ela tem problema de falta de ar porque eu fumava muito, foi a minha gravidez que eu mais fumei foi a dela e ela tem uma falta de ar horrível.” (P2).

Pelo cigarro ter maior contato com a via inalatória, as pessoas geralmente o associam a problemas respiratórios, esquecendo-se dos demais problemas como aconteceu com as participantes. Porém, o que elas trouxeram através dos relatos mostra que o conhecimento que elas têm, apesar de restrito, está condizente com o que a literatura traz acerca do assunto abordado.

Foi evidenciado por Galão et al. (2009) que a exposição ao cigarro durante o período fetal e pós-natal tem implicações diretas sobre a saúde pulmonar dos RN, sendo que essas crianças têm maiores chances de ter asma e broncoespasmos, além de outros problemas respiratórios, corroborando assim com o evidenciado no presente estudo.

Diante disso, é importante salientar que o tabagismo materno e passivo após o nascimento têm sido causa do aparecimento precoce de sibilância em crianças, sendo que elas poderão apresentar quadros de insuficiência respiratória ou diminuição da função pulmonar na adolescência ou quando adultas, segundo Medeiros et al. (2011).

Zhang et al. (2011) demonstraram que o tabagismo materno, tanto em parte quanto em toda a gestação está associado a diminuição das medidas antropométricas dos RN, principalmente do peso. A percepção das participantes quanto ao assunto corrobora com os achados na literatura, pois notou-se que elas também associam o “fumar na gravidez” com o baixo peso do bebê.

“[...]Pode perder, pode nascer bem magrinho, só. [...]a criança nasce deslutrado, eu acho que é isso.” (G1)

As participantes não veem o aborto como risco para elas, mas como algo ruim apenas para o filho (a). Uma delas retrata o aborto ao se referir a imagens encontradas nas carteiras de cigarro, sendo essas também consideradas uma fonte de informação sobre os riscos que o cigarro provoca à saúde de uma forma geral.

“A criança quando a gente tá grávida pode nascer se desmanchando né, caindo os pedaços né? Num tem aqueles negócios na carteira de cigarro né, a criança toda desmanchada? Pode causar aborto né.” (P1).

Morigi e Santos (2013) informam em seu estudo que as informações de ordem pública, contidas nas carteiras de cigarro são trazidas pelo Ministério da Saúde e ocupam 50% da peça. São dirigidas ao público feminino e masculino, sendo em maior quantidade as voltadas para o gênero masculino. No que se refere às informações para esse público, predominam as que advertem sobre o uso do cigarro na gestação, mostrando maiores chances da ocorrência de partos prematuros, nascimentos de bebês baixo peso e abortos espontâneos. Ressalta-se ainda que o hábito pode colocar em risco a vida das mães e dos bebês, que traz risco de infertilidade, câncer de colo de útero, menopausa precoce e dismenorria.

Vale salientar que o tabagismo na gestação constitui-se um grave problema de saúde pública, acarretando prejuízos não só para a gestante/feto, mas para o sistema de saúde e para a economia da sociedade como um todo, sendo necessário lançar mão de estratégias para encorajar o abandono do hábito (GALÃO et al., 2009).

## CONCLUSÃO

Pôde-se perceber que ao longo da coleta, análise e interpretação dos dados, muitos dos resultados alcançados com a pesquisa corroboraram com estudos já publicados. A evidência de baixa escolaridade entre as participantes demonstra ser um fator de manutenção do tabagismo, bem como elas não apresentarem problemas graves em gestações anteriores. Diferentemente do encontrado na literatura, não foi evidenciado baixo peso nos recém-nascidos de gestações anteriores, no entanto algumas alterações após o nascimento foram relatadas.

Ficou claro que o conhecimento das participantes com relação aos riscos do tabagismo para a gestação é limitado, sendo que, elas dão mais ênfase ao que o tabagismo pode trazer de consequência para o bebê. Isso pode ser resultado dos valores sentimentais que permeiam a gestação, onde toda atenção é voltada para o filho que está para chegar.

O momento das consultas pré-natal é uma excelente oportunidade para abordar o assunto com as gestantes e oferecer-lhes ajuda ao apresentar-lhes as formas de tratamento e expor os prejuízos advindos do hábito de fumar. Para isso, é necessário que os profissionais busquem conhecimento sobre o assunto para que a abordagem a esse público seja feita de forma a garantir êxito nas tentativas que elas fizerem para parar de fumar.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Tabagismo: parte I. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 56, n. 2, 2010.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 12, 13 jun. 2013b. Seção 1 p. 59.
- ECKERDT, N. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo de tabagistas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. Spec, p. 641- 647, Jun. 2010.
- FRIED, P. A. Consumo de tabaco durante a gravidez e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. **Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância [on-line]**. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development, 2012.
- GALÃO, A. O.; SODER, S. A.; GERHARDT, M.; FAERTES, T. H.; KRUGER, M. S.; PEREIRA, D. F.; BORBA, C. M. Efeitos do fumo materno durante a gestação e complicações perinatais. **Revista HCPA**. Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 218-224, 2009.
- MAGALHÃES, M. T. **Tabaco e gravidez: o impacto da educação para a saúde nos hábitos tabágicos**. Coimbra: FMUC, 2010.
- MEDEIROS, D.; SILVA, A. R.; RIZZO, J. A.; SARINHO, E.; MALLOL, J.; SOLÉ, D. Prevalência de sibilância e fatores de risco associados em crianças no primeiro ano de vida, residentes no Município de Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1551-1559, 2011.
- MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo-SP: Hucitec, 2014.
- MORIGI, V. J.; SANTOS, S. F. Informação e cidadania: mediação e circulação de informações públicas nas embalagens de cigarro. **GT 3: mediação, circulação e uso da informação**, p. 1-11, 2013.
- MOTTA, G. C. P.; ECHER, I. C.; LUCENA, A. F. Fatores associados ao tabagismo na gestação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 809-815, 2010.
- ROCHA, R. S.; BEZERRA, S. C.; LIMA, J. W. O.; COSTA, F. S. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre v. 34, n. 2, p. 37-45, 2013.
- WUNSCH FILHO, V.; MIRRA, A. P.; LOPÉZ, R. V. M.; ANTUNES, L. F. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 13, n. 2, p. 175-187, jun. 2010 .
- ZHANG, L.; GONZÁLEZ-CHICA, D. A.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A.; BESKOW, B.; LARENTIS, N.; BLOSFELD, T. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1768-1776, Set. 2011.

## AGRADECIMENTOS

Aos coautores pela colaboração para o enriquecimento do trabalho.

Às participantes, pela contribuição para o avanço da pesquisa científica.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: O DOMÍNIO PARCERIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

**Maria de Fátima Antero Sousa Machado<sup>1</sup> Lucas Dias Soares Machado<sup>2</sup>, Samyra Paula Lustoza Xavier<sup>3</sup>, Lucas Alves Lima<sup>4</sup> Maria Rosilene Cândido Moreira<sup>5</sup>, Heraldo Simões Ferreira<sup>6</sup>**

*1 Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-CE, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC.*

*2 Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-CE, Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC.*

*3 Discente do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Universidade regional do Cariri, Crato-CE, Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC.*

*4 Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato – CE, Bolsista de Iniciação Científica – CNPq, Membro do Grupo de Pesquisa EM Saúde Coletiva – GRUPESC.*

*5 Doutora em Biotecnologia. Docente do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável, Universidade Federal do Cariri, Juazeiro do Norte – CE, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC.*

*6 Doutor em Saúde Coletiva. Docente do programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Estadual do Ceará – UECE.*

Email: fatimaantero@uol.com.br

Palavras-chave: Educação Baseada em Competências. Promoção da Saúde. CompHP. Residência Multiprofissional.

### INTRODUÇÃO

Os avanços mundiais no campo da promoção da saúde, na atualidade, estão fortemente marcados pelo desenvolvimento de padrões baseados em competências, compreendidas como uma articulação entre conhecimento, habilidades e atitudes essenciais para traduzir a teoria em ações efetivas.

Discutir o processo formativo de profissionais da saúde, com o foco na promoção da saúde e no desenvolvimento de competências, é uma das tarefas que se coloca para a formação inicial na interface entre o ensino e os processos de trabalho em saúde, buscando promover um ensino que se aproxime das necessidades de saúde dos sujeitos do cuidado e reconheça e respeite seus valores, experiências e conhecimentos (LEONELLO; OLIVEIRA, 2009).

Desenvolver competências consiste em conferir ao profissional diversos recursos cognitivos relacionados ao saber-fazer, saber-ser, saber-agir. Em relação à promoção da saúde, especificamente, competência é definida como uma associação sinérgica de conhecimentos, habilidades e atitudes, que possibilita que um indivíduo desempenhe tarefas com excelência, considerando um padrão (BATTEL-KIRK, BARRY, 2013).

No campo da promoção da saúde, o desenvolvimento de competências contribui para a formação de profissionais mais eficazes; incentiva a prestação de serviços baseados em evidências, ética, justa, padronizada e focada no cuidado ao cliente, família e comunidade; e constitui a base para a prática responsável e garantia de qualidade, atendendo aos princípios disparados em Ottawa, em 1986. (DEMPSEY, BATTEL-KIRK, BARRY, 2013; TUSSET et al, 2015). Competências em promoção da saúde são, então, um elemento chave para promover a saúde das populações (BATTEL-KIRK, BARRY, 2013).

Nesse contexto a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem apontado potencial para contribuir com o desenvolvimento de competências em promoção da saúde junto aos seus profissionais residentes. O desenvolvimento de competências no processo formativo de profissionais de um programa de RMS reforçam as diretrizes da PNPS, contribuindo para a formação e educação permanente em promoção da saúde, ampliando o compromisso e a capacidade crítica-reflexiva de gestores e trabalhadores de saúde, incentivando o aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas.

Assim, este estudo tem como objetivo conhecer como o domínio Parceria manifesta-se nas ações de promoção da saúde realizadas na RMS.

### METODOLOGIA

Estudo qualitativo de caráter exploratório no qual se adotou o Manual de Competências Essenciais para Promoção da Saúde do CompHP, organizado por Colette Dempsey, Barbara Battel-Kirk e Margaret M. Barry como referencial teórico (DEMPSEY, BATTEL-KIRK, BARRY, 2013).

O cenário deste estudo compreende um programa de RMS do estado do Ceará, Brasil, formado por dois componentes: o hospitalar, com oito ênfases concentradas nos hospitais de grande porte da capital cearense, Fortaleza; e o comunitário, com três ênfases distribuídas nas cinco macrorregiões de saúde do estado do Ceará. Foi escolhido o componente comunitário para compor a população do estudo por reconhecer sua relevância e



dimensão dentro do programa de residência, considerando que este abrange as ênfases com maior distribuição dentro do estado, estando presentes em 22 cidades e em todas as macrorregiões de saúde, além de concentrar o maior número de profissionais do programa de residência.

Dentre as cidades contempladas com o componente comunitário foi selecionado de forma intencional o município de Brejo Santo, interior do Ceará, para ser *locus* da coleta de dados. Assegura-se que a escolha do *locus* é condizente com os espaços de atuação do programa de residência em questão, havendo homogeneidade das propostas do processo formativo para todas as cidades pertencentes ao componente comunitário.

A população do estudo compreende então os residentes do programa de residência em questão, das ênfases de Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva e Saúde Mental Coletiva, do município de Brejo Santo, do primeiro e segundo ano de especialização. Destes, participaram da pesquisa 16 profissionais residentes que aceitaram ser entrevistados voluntariamente, no período de janeiro a março de 2016, após serem abordados pessoalmente e serem apresentados à proposta e objetivos do estudo. Dentre os profissionais abordados apenas uma recusou-se a ser entrevistada por não sentir-se a vontade com o método de coleta dos dados, tendo sua vontade preservada e, desta forma, não sendo incluída na pesquisa.

Foi realizada uma entrevista semiestruturada com perguntas elaboradas pelos pesquisadores com base no referencial teórico adotado. As entrevistas aconteceram individualmente, no local de trabalho, conduzidas por um dos pesquisadores com inserção prévia no contexto da residência em questão, foram gravadas em áudio digital e posteriormente transcritas. Cada entrevista durou cerca de 30 minutos e encerrou-se com a saturação dos dados, ao pesquisador-entrevistador sentir que as inquietações foram respondidas. Destaca-se que a relação do pesquisador com os participantes é de apoio institucional, tendo estes o mesmo ambiente de trabalho. Após a transcrição das entrevistas houve retorno aos participantes para confirmação dos discursos.

O material transcrito foi organizado mediante a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (CAMARA, 2013). Para garantir o sigilo e confidencialidade dos dados obtidos nas entrevistas foi atribuído um código a cada um dos residentes, representado pela letra R seguida do número da entrevista. O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O domínio de CPS Parceria é descrito no CompHP como a capacidade de trabalhar em colaboração entre as disciplinas, setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade dos programas de promoção da saúde e políticas (BARRY et al, 2009). Relaciona-se ao processo de trabalhar de modo colaborativo com diversas áreas de conhecimento, setores, entidades e atores sociais.

O domínio Parceria no contexto da residência é ilustrado no trabalho multiprofissional entre os membros de uma mesma equipe e entre equipes de ênfases diferentes e serviços diferentes, mas com propostas e objetivos de trabalho semelhantes: a construção do cuidado e o aumento/garantia das condições de saúde. É o que mostram as falas a seguir:

*[...] é importante você ver **outras categorias**, até o conhecimento dos outros para ajudar em alguns casos, tentar solucionar. Então eu acho que é interessante essa questão do **trabalho integrado** [...]* (R04).

*[...] Essas **parcerias** são assim: a gente traz pessoas de fora que também não são especificamente da residência, que podem dar sua contribuição, também com **outros setores** da prefeitura. Com todos os setores da prefeitura a gente procura **envolver**, principalmente*

***Assistência, Atenção Básica** [...]* (R09).

*[...] e aí o matriciamento também, pra gente tentar unir o **PSF** ao **CAPS**, tentar **unir essas duas redes**, esses dois serviços [...]* (R10).

A realização de parcerias entre serviços de saúde e demais setores da comunidade é vital para as práticas promotoras de saúde. Para isso, Cruz e Ferreira (2007) apontam que é fundamental que haja comprometimento de todas as organizações sanitárias e priorizadas as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade. O trabalho em rede supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território.

A parceria entre ensino, pesquisa e extensão e a aproximação da academia com os serviços de saúde legitimam as unidades básicas da ESF como espaço de produção de conhecimento científico para repensar as práticas de saúde, aberto à incorporação de propostas inovadoras (COELHO et al, 2012).

Os discursos elucidam fortes parcerias no contexto da residência, e o trabalho da equipe multiprofissional retrata uma atuação de forma conjunta e complementar, na construção de redes de trabalho que contribuem com a efetivação dos princípios da promoção da saúde. Desta forma, tem-se contribuído para a formação de profissionais capazes de: se envolver com diferentes setores que contribuem ativamente nas ações de promoção da saúde;



facilitar o trabalho entre esses parceiros, refletindo sobre os valores e princípios da promoção da saúde; firmando e consolidando parcerias por meio de trabalho colaborativo e redes de trabalho.

Deste modo, é preciso reforçar a formação por competências e o processo formativo das residências multiprofissionais tem contribuído para isto, promovendo discussões que vão além da atenção à saúde, mas que exercem efeito sobre esta, como a cidadania, equidade, solidariedade e justiça social (DALLEGRAVE; KRUSE, 2010).

Uma das potencialidades da formação do tipo residência pauta-se na valorização e incentivo ao trabalho em equipe, sendo este transversal a todos os domínios de competências de promoção da saúde. O trabalho multiprofissional, como um trabalho coletivo, proporciona uma relação recíproca entre os vários conhecimentos técnicos e específicos das diversas categorias profissionais, surgindo assim novas propostas de intervenção que não poderiam manifestar-se de forma isolada (SILVA et al, 2015; PEDUZZI et al, 2012).

## CONCLUSÃO

Destacamos que, embora perceptível nas ações descritas pelos residentes, há a necessidade de aprofundar as discussões sobre competências em promoção da saúde na RMS, enquanto cenário potente para desenvolvimento destas, aliados a implementação de estratégias para construção, acompanhamento e consolidação das competências profissionais em promoção da saúde.

É de fundamental importância que os processos formativos em saúde possibilitem aos profissionais em formação vislumbrar a possibilidade de construção de práticas coletivas de promoção da saúde a partir do trabalho integrado, de forma a contar com a parceria dos diversos setores sociais.

## REFERÊNCIAS

- BATTEL-KIRK B; BARRY M, M. Developing competency-based accreditation for health promotion in Europe. **Rev Med**, São Paulo, v. 92, n.2, p. 87 – 96, abr-jun., 2013.
- DALLEGRACE, D. KRUSE, M.H.L. **A invenção da residência multiprofissional em saúde**. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL (Orgs.). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
- DEMPSEY, C.; BARRY, M.; BATTEL-KIRK, B. The CompHP core competencies framework for health promotion handbook: workpackage 4. Galway: Executive Agency for Health Promotion and Consumers: National - University of Ireland. 2011.
- CAMARA, R.H. Análise de Conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179 – 191, jul – dez., 2013.
- COELHO, M.M.F.; TORRES, R.A.M.; MIRANDA; K.C.L.; CABRAL, R.L.; ALMEIDA, L.K.G.;
- QUEIROZ, M.V.O. Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões. **Cienc cuid saúde**, v.11, n.2, 2012.
- CRUZ, M.S.; FERREIRA, S.M.B. O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa de Saúde da Família na construção de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. **Cadernos IPUB**, v.9, n. 24, p. 67 - 79, 2007.
- LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Establishing a dialogue regarding technical-scientific and common sense knowledge for an effective health education. **Acta Paul Enferm**, v.22, Especial 70 anos, p. 916 – 920, 2009.
- PEDUZZI, M.; SAGNALETI, C.T.; AGUIAR, C.; SOUZA, G.C.; SILVA, G.A.M. Team work under the perspective of health services management: instruments for the construction of inter- professional practice. **Proenf Gestão**. v. 1, n.3, p. 9 – 39, 2012.
- SILVA, J.C.; CONTIM, D.C.; OHL, R.I.B.; CHAVAGLIA, S.R.R.; AMARAL, E.M.C. [Perception of the residents about their performance in the multidisciplinary residency program]. **Acta Paul Enferm**. V. 28, n. 2, p. 132 – 138, 2015.
- TUSSET, D.; NOGUEIRA, J.A.D.; ROCHA, D.G.; REZENDE, R. Analysis of the health promotion competencies from the official document and the speeches of the actors that implement the Health School Program in Federal District. **Tempus, actas de saúde colet**. V. 9, n.1, p. 189 – 204, 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e aos profissionais residentes que participaram na elaboração desse estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA REGIONAL DE SAÚDE IV DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, 2012 A 2017

Savana Ferreira da Silva<sup>1</sup>, José Antônio Pereira Barreto<sup>2</sup>, Karol Marielly Távora Moita<sup>1</sup>, Patrícia Rejane Carneiro Suassuna<sup>3</sup>, Margarida Maria Saraiva<sup>4</sup>

*1 Coordenadoria Regional de Saúde IV, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Assessor Técnico da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*E-mail: japbkau@gmail.com*

*Palavras-chave: Tuberculose. Óbito. Mortalidade.*

### INTRODUÇÃO

A Tuberculose constitui em uma doença infecto-contagiosa milenar, com relatos de médicos na Grécia e Roma antiga. Atualmente, acredita-se que essa doença já era conhecida também no antigo Egito, já que pesquisadores encontraram lesões de tuberculose em múmias. No entanto, somente em 1882 a bactéria responsável pela doença, o *M. tuberculosis*, foi isolada pelo cientista alemão Robert Koch, em sua homenagem, o bacilo da tuberculose ficou conhecido como BK (Souza & Vasconcelos, 2005; Vieira & Gomes, 2008).

Definida como uma das dez principais causas de morte no mundo, a Tuberculose (TB), no ano 2012, afetou cerca de 8,6 milhões de pessoas e 1,3 milhão morreram pela doença, demonstrando a gravidade do fenômeno no âmbito global. Apesar da queda mundial de 23,4% de óbitos por TB, no período de 10 anos, o Brasil ainda registrou 3,1 mortes para cada 100 mil habitantes em 2012 e 2,4 em 2010. O desafio que se coloca, a partir de então, é a redução em 95% desses óbitos até 2035, em conformidade com a meta recém-aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Inserido nesse contexto, o trabalho tem como objetivo descrever o óbito de tuberculose da área de abrangência da Regional IV, nos anos de 2012 a 2017, identificando as características sócias demográficas, agravos associados, bairro de residência e conhecer a taxa de letalidade.

### METODOLOGIA

A Coordenadoria Regional de Saúde IV localiza-se na Zona Oeste do Município de Fortaleza e apresenta uma área territorial de 34.272 km<sup>2</sup>, compreendendo 19 bairros, com população de 301.777 mil habitantes (IBGE, 2017).

A rede municipal de saúde dessa Regional é composta por 13 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Unidade de Pronto Atendimento, 01 hospital secundário com atendimento em clínica médica para adultos, traumatologia e ortopedia adulta e pediátrica, 01 hospital secundário pediátrico e 01 Centro de Zoonoses.

A Tuberculose é uma das enfermidades mais antigas e conhecidas no mundo, mas não é uma doença do passado, durante o século XX ficou conhecida como uma calamidade negligenciada, chegando ao século XXI como um grave problema de saúde pública não solucionada (RUFFINO NETTO, 2002; WHO, 2006).

A doença apresenta algumas características marcantes como: um longo período de latência entre a infecção inicial e a apresentação clínica da doença, preferência pelos pulmões, mas também pode ocorrer em outros órgãos do corpo como ossos, rins e meninges (ISEMAN, 2005).

A transmissibilidade é plena enquanto o doente estiver eliminando bacilos e não tiver iniciado o tratamento. Com o uso do esquema terapêutico recomendado há uma redução na transmissão, gradativamente, a níveis insignificantes ao fim de poucos dias ou semanas (BRASIL, 2011).

O diagnóstico definitivo de Tuberculose se dá pela identificação dos BKs de uma amostra biológica através da baciloscopia, da cultura ou de método moleculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012; DELOGU; SALI; FADDA, 2013).

Trata-se de um estudo descritivo, utilizando as variáveis quantitativas e qualitativas. Os dados foram coletados através de 37 Fichas de investigações de óbito por Tuberculose cujo domicílio pertencente a Regional IV, Fortaleza, sendo preenchidas pela ESF através da entrevista com um familiar, após identificação do óbito. Para subsidiar os dados, também foram utilizados os bancos de dados do Sim e Sinanet.

Os óbitos foram analisados nos períodos de Janeiro de 2012 a Julho de 2017. Os resultados foram analisados nos programas Excel, Word e apresentados através de tabelas compostas, gráficos e Figuras.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Distribuição dos óbitos por Tuberculose segundo características sócio demográfica, na Regional IV nos anos de 2012 a 2017\*

N:37

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	27	73
Faixa etária		
20 A 39	11	29,7
50 A 59	8	21,6
>59	16	43,2
Renda Familiar		
1 Salário Mínimo	14	37,84
Sem renda fixa	6	16,22
Ignorado	12	32,43
Bairro de Residência		
Montese	6	16,22
Parangaba	6	16,22
Itaoca	5	13,51
Vila Peri	5	13,51
Escolaridade		
0-Sem Escolaridade	6	16,22
2-Fundamental II(5 a 8)	9	24,32
3-Médio(antigo 2 grau)	10	27,02

Fonte: CORES IV / Ficha de investigação de óbitos

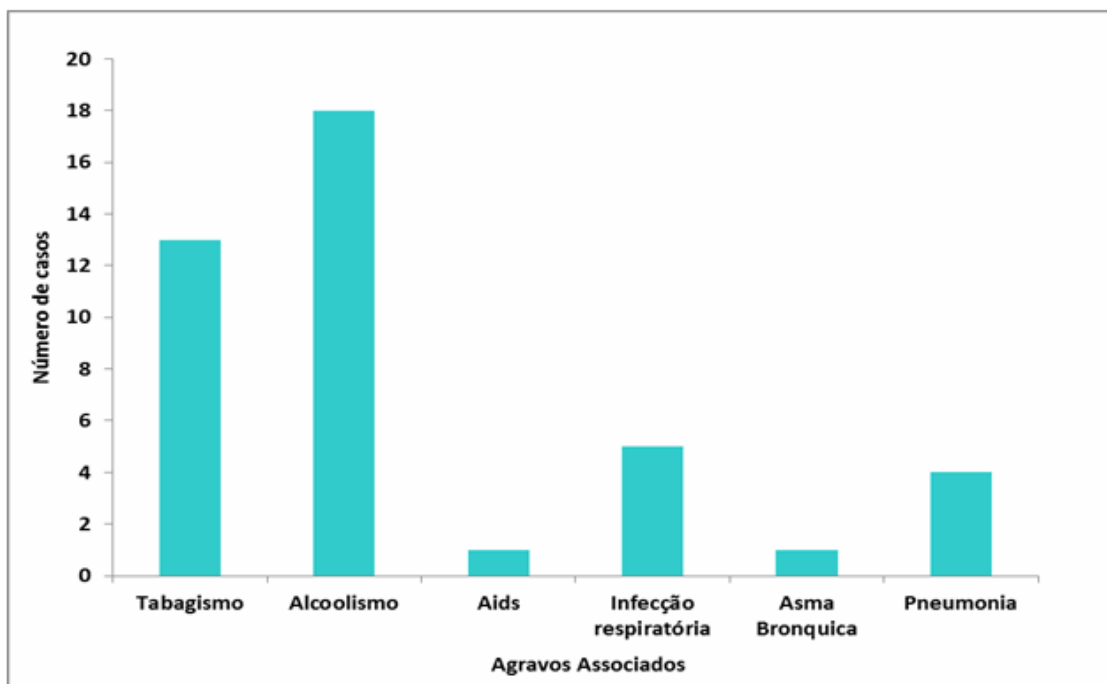
Na tabela 1, constata-se que 73% dos pacientes que vieram a óbito por Tuberculose são do sexo masculino, com faixa etária maior de 59 anos representando 43,2% dos casos. Em relação à renda Familiar, 37,8% dos pacientes recebiam até um salário mínimo. Os Bairros de residência com maior número de óbito são Montese e Parangaba, representando 16,2% do total. Quanto à escolaridade, 27,0% apresentavam ensino médio completo e 24,3 %, ensino Fundamental II.

No mundo, a tuberculose é mais prevalente em homens do que em mulheres e é uma das principais causas de morte entre adultos, correspondendo a 2,8% de todas as causas de morte em 2002. As diferenças de gênero podem ser causadas por fatores econômicos, culturais e sociais relacionados à exposição. Em muitas sociedades, os homens são os únicos provedores na família, o que poderia resultar em uma maior exposição ao *Mycobacterium Tuberculosis* fora de casa ((BELO et al., 2010).

O grau de instrução também colabora para uma efetiva participação em ações de educação em saúde, pois permite um maior entendimento e apreensão dos conhecimentos levantados sobre o viver com a doença ou o estar doente. O desconhecimento da doença, sua transmissão, prevenção e tratamento podem levar à discriminação da pessoa com TB em diversos cenários, seja em âmbito familiar ou profissional (MS, 2010).

A transição etária da incidência e mortalidade por TB para idades mais avançadas observada no presente trabalho deve ser consequente a uma conjunção de vários fatores: aumento (relativo e absoluto) da população de idosos no País devido à redução da mortalidade precoce e aumento da expectativa de vida, risco aumentado de desenvolver a doença entre idosos, devido à imunodeficiência própria da idade, maior probabilidade de apresentações atípicas de TB em idosos e de associações com outras doenças, contribuindo para atrasos no diagnóstico e início do tratamento, assim como maior letalidade (BELO et al., 2010).

Gráfico 1 - Número de óbitos de Tuberculose relacionados aos agravos associados na Regional IV, de 2012 a 2017\*

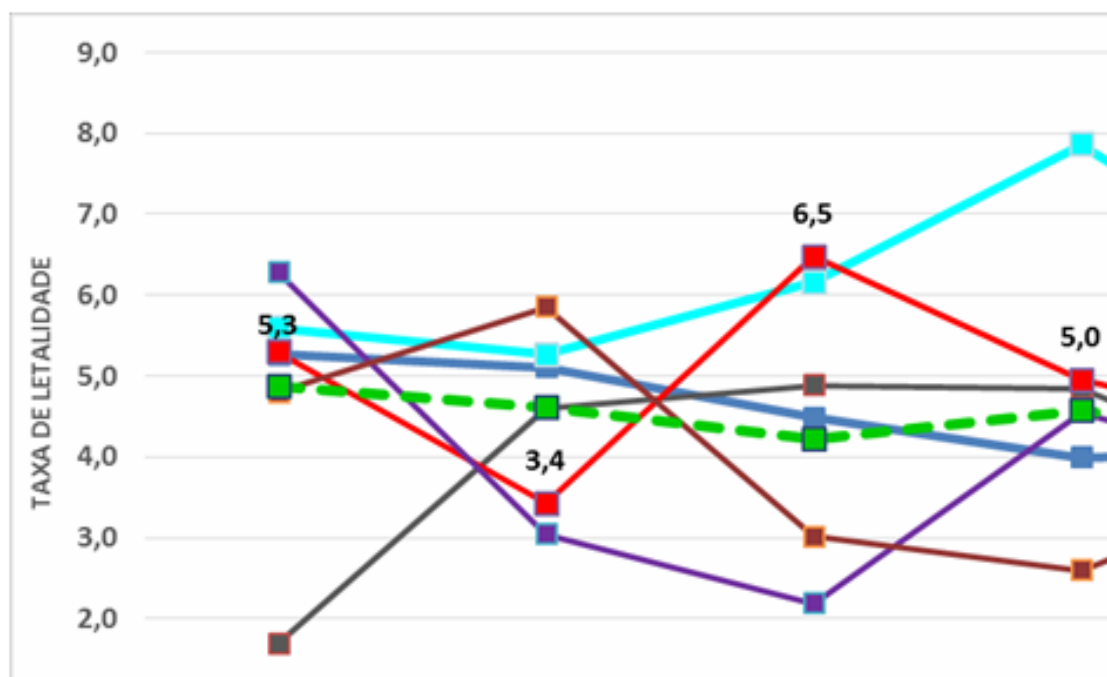


Fonte: CORES IV / Ficha de investigação de óbitos.

## CONCLUSÃO

No gráfico 1, observa-se que dos óbitos por Tuberculose ocorridos na Regional IV nos anos de 2012 a 2017, 18 pacientes eram alcoolistas, 13 tabagistas e 5 tinha uma Infecção respiratória como agravo associado. Muitos estudos relatam que indivíduos com problemas concomitantes ao tratamento, como o etilismo, por exemplo, apresentam maior dificuldade na obtenção do sucesso terapêutico (RIBEIRO, 2000).

Gráfico 2 - Taxa de Letalidade de Tuberculose nas Regionais de Saúde por bairro de residência e em Fortaleza, nos anos de 2012 a 2017\*



Fonte: Sinanet/Cevepi/Tabnet/SIM

Observa-se no gráfico 2, que a taxa de letalidade da Regional IV foi maior no ano de 2014 com 6,5%. Com relação à Fortaleza, percebe-se que a taxa é mantida entre 4 a 5%.

A Tuberculose é hoje a maior causa de morbidade e mortalidade entre as doenças infectocontagiosas no mundo, sendo responsável por um quarto das mortes evitáveis em adultos, sendo os países em desenvolvimento responsáveis por 95% dos casos novos e 98% das mortes pela doença. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que haja mais de oito milhões de casos novos e três milhões de mortes devido à enfermidade por ano. Em março de 1993, a OMS declarou a tuberculose como uma emergência de âmbito mundial (COELHO et al., 2010; BRASIL, 2009).

O estudo constata que a tuberculose persiste como um importante problema de saúde pública, não tendo sido alcançadas as metas de cura e abandono preconizadas pelo Ministério da Saúde. Aponta a predominância dos óbitos no sexo masculino, na faixa etária maior de 59 anos, com tabagismo e alcoolismo associado.

Ademais, os Bairros Montese, Parangaba, Itaoca e Vila Peri merecem um olhar mais criterioso quanto ao acompanhamento dos pacientes com Tuberculose visto que apresentam maior número de óbito.

Portanto, as estratégias para controle dessa doença necessitam considerar os fatores associados ao abandono e ao óbito, que estão intimamente relacionados aos hábitos do paciente e ao modo como o mesmo se apropria das informações sobre a Tuberculose e é motivado a concluir seu tratamento.

Isso impõe a necessidade de priorização desse agravo pelos gestores e profissionais de saúde com o intuito de ampliar as ações de controle para obter da mortalidade por TB.

## REFERÊNCIAS

BELO, M.T.C.T.; LUIZ, R.R.; HANSON, C.; SELIG, L.; TEIXEIRA, E.G.; CHALFON, T.; TRAJMAN, A. Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. **Jornal brasileiro de pneumologia**, Brasília, vol.36, n.5, pp.621-625, 2010.

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

COELHO, A.G.V.; ZAMARIOLLI, L.A.; PERADONES, C.A.; CUNTIERRE I.; WALDMAN, E.A.

Características da tuberculose pulmonar em área hiperendêmica - município de Santos (SP). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, vol.35, n.10, p.998-1007, 2009.

SOUZA, M.V. N de; VASCONCELOS, T.R.A; ALMEIDA, M.V de; CARDOSO, S.H. **Fluoroquinolones: An important class of antibiotics against tuberculosis**. **Curr. Med. Chem.** V.13, p. 455-463, 2006.

FERREIRA, S.M., SILVA A.M., BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.31, n. 5, p. 427-35. 2005

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis report. 2012. Disponível em: <[http://www.liberato.com.br/sites/default/files/arquivos/Revista\\_SIER/v.%2015,%20n.%2024%20\(2014\)/4%20-%20Tuberculose.pdf](http://www.liberato.com.br/sites/default/files/arquivos/Revista_SIER/v.%2015,%20n.%2024%20(2014)/4%20-%20Tuberculose.pdf)>. Acesso em: 11 de jul. 2017.

RIBEIRO, S.A.; AMADO, V.M.; FERNANDES, M.M.A; SCHENKMAN, S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.26, n. 6, p. 291-296, 2000.

NETTO, R. A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, DF, v. 35, n. 1, p. 51-8, jan.- fev. 2002.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a toda equipe de assessores técnicos da Regional IV e todas as técnicas do Programa de Tuberculose das Regionais de Saúde de Fortaleza, que se empenham diariamente para melhorar os indicadores da Tuberculose, apesar de todos os desafios apresentados no cotidiano do fazer em saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE OS SEUS DIREITOS E DEVERES.

**Mariana da Silva Diógenes<sup>1</sup>, Camila Martins de Medeiros<sup>2</sup>, Ryvanne Paulino Rocha<sup>3</sup>, Sarah Rayssa Cordeiro Sales Pinheiro<sup>4</sup>**

*1 Residente em Saúde da Mulher e da Criança, Residência Multiprofissional (RESMULTI), Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Pós-Graduada em Terapia Intensiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Residente em Enfermagem Obstétrica (RESENF), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil 4Mestranda em Saúde da Criança, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza- Ceará-Brasil*

*E-mail: maridiogenes\_ufc@hotmail.com*

*Palavras-chave: Gestantes. Direitos. Promoção da Saúde. Enfermagem.*

## INTRODUÇÃO

A gestação, período de várias mudanças para a mãe, bem como do enfrentamento de novos desafios, é uma etapa que traz consigo grandes descobertas acerca de novos direitos e deveres e o conhecimento destes leva ao fortalecimento do empoderamento e promoção da saúde da gestante. Mulheres que participam, conhecem e entendem seus direitos têm maiores possibilidades de sucesso na gestação. O conhecimento leva também ao melhor suporte gestacional, melhor enfrentamento e cuidado em outras fases além da gestação, como no puerpério (LEITE *et al.*, 2014).

A manutenção e garantia dos direitos das usuárias está enraizada nas políticas públicas de saúde e ações realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Devido aos princípios do sistema, não pode haver discriminação, escolha de quem deve ou não ser atendido, entre outros. O SUS deve atender a todas as necessidades de saúde da população em todas as fases do desenvolvimento. Os direitos das gestantes seguem os mesmos princípios dos demais usuários, com algumas especificidades próprias da mulher no período gravídico- puerperal (CARVALHO *et al.*, 2014).

A Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) tem um enfoque próprio na melhoria da assistência prestada aos usuários com a finalidade de garantir a melhor assistência, de forma humanizada, atenciosa e efetiva, bem como garantindo todos os direitos das pessoas que procuram os serviços de saúde. Estes direitos, segundo a PNH, devem ser respeitados por todos os profissionais e gestores envolvidos no sistema, além de ser transversais, ou seja, estarem presentes e acatados em todos os locais de prestação de serviços da saúde (BRASIL, 2015).

De forma mais específica para as gestantes, os direitos e deveres perpassam por todas as áreas ao redor da mulher como trabalho, papel social e assistência recebida. Pode-se citar como exemplos de direitos da mulher gestante: garantia de estabilidade profissional e licença maternidade, atendimento preferencial em filas, assento preferencial em transportes coletivos, ser atendida sem distinção ou discriminação por cor da pele ou classe social, vinculação à maternidade e acompanhante de sua escolha durante o parto, direito à amamentação, garantia de atendimento em consultas de pré-natal entre outros. Ressalta-se que para adolescentes os direitos também estão resguardados e há a possibilidade de condições especiais para realização de exames escolares a fim de manter a continuação dos estudos da mesma (BRASIL, 2016).

Durante as consultas de pré-natal constitui-se o momento mais propício para o conhecimento de seus direitos e deveres, de atos que podem ser feitos sem indicação clínica, do que se caracteriza como violência obstétrica por exemplo, o que pode ser esperado durante a gestação, parto e puerpério, o que a mulher deve fazer para ter seus direitos garantidos e sua integridade física e psíquica preservadas o máximo possível pelos profissionais que a atendem. Neste ponto, a educação em saúde é o foco principal para garantir que a mulher tenha o conhecimento necessário para conseguir perceber todas estas questões a fim de haver uma maior promoção da saúde (SILVA *et al.*, 2017).

## METODOLOGIA

Diante do exposto, o trabalho tem como objetivo identificar o conhecimento das gestantes sobre os seus direitos e deveres.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem qualitativa, realizado por meio da extensão universitária em uma universidade pública, na cidade de Fortaleza, Ceará, com quatro mulheres participantes do Grupo de Gestante. A pesquisa se deu no mês de setembro de 2017 e os dados foram coletados a partir da execução de uma roda de conversa e, antes da execução desta, a aplicação de um questionário pré e pós-

testes. Cabe ressaltar que o grupo tem uma frequência média de 20 participantes, mas, devido a problemas que envolviam a segurança pessoal destas e da equipe organizacional do grupo, houve uma queda na assiduidade das mães, embora os problemas já tenham sido corrigido.

Durante o pré e o pós-teste foi distribuído um pequeno questionário com quatro perguntas sobre direitos e deveres. As perguntas eram: 1 – “O que é um direito?”; 2 – “O que é um dever?”; 3 – “Quais os direitos da gestante?”; 4 – “Quais os deveres da gestante?”. A roda de conversa foi utilizada como ferramenta de interação e aproximação com as mulheres a fim de explicar mais sobre o tema em questão e foi feito uso de plaquinhas explicativas com imagens que retratavam algumas cenas do cotidiano.

O objetivo das plaquinhas era fazer com que as gestantes dissessem se o que estava na placa era um direito ou um dever e logo após era feita uma breve explicação sobre cada imagem. As imagens das plaquinhas mostravam: uma mulher gestante descansando no fim da gestação, uma mulher trabalhando com um bebê no colo e uma mulher no fim da gestação trabalhando em um computador - estas três fazendo alusão a ter ou não a licença maternidade, um homem dando apoio a uma gestante – referindo-se ao acompanhante, uma gestante em uma consulta de pré-natal, uma mãe amamentando sua filha, a representação de um parto humanizado, uma gestante em pé no transporte coletivo sem lugares prioritários disponíveis e a foto da capa da caderneta da gestante.

A estratégia educativa total teve duração de 60 minutos. As participantes foram escolhidas de forma aleatória, de acordo com a chegada das mesmas ao grupo de gestantes. Estas já haviam sido convidadas para o grupo previamente de acordo com levantamento das gestantes existentes na área de atuação da extensão universitária.

A análise de dados se deu em três etapas: 1. Organização e sistematização das ideias; 2. Exploração do material e transformação sistemática dos dados brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração, visando atingir uma compreensão do texto e representação do conteúdo; 3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2009).

A pesquisa foi realizada em conformidade com a resolução 466/12 que trata da ética em pesquisas com seres humanos. Para manter o anonimato das participantes, adotou-se a letra G, primeira letra da palavra gestante, para nomeá-las neste trabalho, numerando-as do número um ao quatro (“G1 a G4”), de acordo com a sequência das respostas das mesmas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade das gestantes foi de 25 anos, três com ensino superior completo e uma cursando ainda a graduação. Duas das gestantes realizavam o pré-natal apenas na rede privada de saúde, uma fazia o acompanhamento alternado entre a rede privada e a rede pública e uma fazia o acompanhamento apenas pelo SUS.

Foram divididas as falas em 2 categorias temáticas: “O direito é algo que deve ser recebido” e “o dever é algo que deve ser feito”. Na primeira categoria pode-se incluir as seguintes falas: G1 – “[...] Basicamente algo que garanta alguns benefícios ao ser humano”. G2 – “Direitos são benefícios concedido às pessoas que se encontram em condições especiais de vivência”. G3 – “Direitos são princípios básicos no qual tenho direito e não depende de ‘ocilações’”. G4 – “O que está na lei, independente de achar que necessito. O direito é feito pra mim”.

Já na segunda categoria pode-se incluir: G1 – “Da mesma forma que os direitos, é importante que exista deveres, afinal não se pode garantir benefícios que não ultrapassem os benefícios individuais”. G2 – “Deveres são obrigações que devem ser realizadas por pessoas que vivem em sociedade”. G3 – “Dever é tudo aquilo que é minha obrigação básica de cumprir”. G4 – “O dever é o que eu deverei fazer sob uma questão. É feito por mim”.

Estes pensamentos refletem basicamente os conceitos de direitos e deveres que se conhecem atualmente, embora haja uma divergência nas definições a depender da visão de quem os define, como: sociólogos, juristas e filósofos. Pode-se dizer que o direito é um conjunto de ações que visam trazer benefícios a um indivíduo ou coletividade, muitas vezes é regido por uma lei, e tem como noção básica algo que é recebido, ou seja, que é de posse do indivíduo independente deste despende alguma energia para ganhá-lo. O dever, por sua vez, é algo que também está muitas vezes regido por uma lei, e consiste em atitudes que o indivíduo tem de adotar. Nota-se que o pensamento das gestantes concorda com o que se encontra na literatura (GONÇALVES, 2010).

Não houve diferença significativa nas respostas das gestantes no pré e pós testes. Todas as gestantes referiram como direito principal a preferência em filas, bancos, caixas de supermercado e atendimento em todos os serviços de atendimento ao público. Constata-se que o atendimento prioritário para gestantes é um direito previsto em lei, que embasa o que as gestantes referiram. Este direito foi incorporado aos direitos das mulheres no início do século XX (RODRIGUES *et al.*, 2016). Como dever principal, foi referido o cuidado com o bebê e com a saúde própria.

A maioria das gestantes referiu também como direito o acesso a consultas, exames e possíveis tratamentos que sejam necessários durante o pré-natal, tudo isto pela rede pública de saúde, o SUS. Todas as mulheres apresentaram bons conhecimentos sobre seus direitos e deveres. Moura et al. (2014) aponta sobre a importância

que tem as mulheres conhecerem seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal pois tal conhecimento as impede de aceitarem procedimentos desnecessários, as impulsiona a colaborar para uma assistência e leva ao empoderamento da mulher quanto a si mesma.

Durante a roda de conversa a maior dúvida das mulheres foi sobre a licença maternidade e sobre o direito de amamentar mesmo após a volta ao trabalho, durante os seis primeiros meses do bebê. Cabe ressaltar que a mãe tem direito à licença maternidade de 120 dias, sem descontos salariais ou prejuízos, bem como direito à redução no horário de trabalho, sendo uma hora no total do horário diário ou 30 minutos em cada turno, reservados para a manutenção da amamentação (BRASÍLIA, 2016).

Uma das gestantes, que fazia o pré-natal apenas na rede privada de saúde, relatou não ter conhecimento do direito à caderneta da gestante, referindo ter apenas um cartão simples, com uma página, com espaços para anotações sobre exames laboratoriais e datas das consultas. A caderneta da gestante é uma ferramenta disponibilizada gratuitamente pelo SUS, para gestantes acompanhadas neste. A caderneta contém também espaço para anotações de exames e de consultas, mas apresenta mais locais para informações complementares e de exame físico com cada consulta, além de apresentar informações sobre o período gravídico-puerperal (JANSEN; FONSECA; ALEXANDRE, 2016).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que o conhecimento das gestantes acerca de seus direitos e deveres foi bastante satisfatório, ressaltando-se também o grau de escolaridade elevado das mães envolvidas no estudo. O conhecimento as faz entender o que é realmente necessário, o que pode ser invasivo e o que deve fazer para manter uma boa gestação e um bom puerpério.

A promoção da saúde ocorre de forma mais forte e visível ao se promover o empoderamento destas gestantes, fazendo-as ser participantes ativas na assistência prestada no ciclo gravídico-puerperal. Os direitos e deveres neste ciclo devem ser bastante conhecidos e divulgados.

A enfermagem é protagonista nessa promoção da saúde visto que está diretamente relacionando-se com o público em questão, podendo ter vínculos por longos períodos de tempo e também é responsável pela garantia dos direitos dos usuários do sistema de saúde atual.

## REFERÊNCIAS

- CARVALHO, V.F. et al. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e da acompanhante. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.2, p.572-581, 2014.
- MIRLANE, G. L. et al. Sentimentos advindos da maternidade: Revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, vol. 19, n. 1, p. 115-124, 2014.
- JANSEN, M.; FONSECA, S. C.; ALEXANDRE, G. C. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde na Família: Potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 140-152, Octo-Dec, 2016.
- RODRIGUES, E.S.R.C. et al. Percepção das mulheres sobre seus direitos no ciclo gravídico-puerperal. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 10, n. 5, p.1796-804, maio, 2016.
- DIJANA, V. et al. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2041-2050, July, 2016.
- SILVA, T. S. et al. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. **Rev. Ciênc. Ext.** v.13, n.1, p. 176-189, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BOLETIM LEGISLATIVO. **Maternidade e mercado de trabalho – avanços possíveis**. Brasília. Senado Federal, n. 42, 2016.
- GONÇALVES C. R. **Direito civil brasileiro**. São Paulo, SP, Editora Saraiva, 8ª ed, 2010.
- MOURA, A. F. et al. Oficina educativa sobre aspectos legais e direitos durante o ciclo gravídico-puerperal. **Rev. Interface [online]**, supl. 3, 2014.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimentos às gestantes que aceitaram participar da estratégia educativa, à universidade que propiciou a extensão universitária e a todos os organizadores da extensão.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS ACERCA DO PAPILOMA VÍRUS HUMANO

Francilene Fernandes de Souza<sup>1</sup>, Helen Kelren e Silva Tavares <sup>2</sup>, Renata Santos Silva de Góes <sup>3</sup>, Sônia Lúcia Feitosa Lobo <sup>4</sup> Verusa Fernandes Duarte<sup>5</sup>

*1 Especialização em Urgência e Emergência, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Mossoró- Rio Grande do Norte-Brasil.*

*2 Especialização em Urgência e Emergência, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Mossoró- Rio Grande do Norte-Brasil.*

*3 Especialização em Emergências Clínicas – Faculdade de Enfermagem – FAEN, Mossoró-Rio Grande do Norte-Brasil.*

*4 Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Mossoró-Rio Grande do Norte-Brasil.*

*5 Especialização em Saúde Coletiva, Faculdade Integrada de Patos, Patos-Paraíba-Brasil,*

E-mail: verusafd@facenemossoro.com.br.

Palavras-chave: Papiloma Virus Humano. Usuárias do SUS. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

Dentre as doenças transmissíveis de relevância pública encontramos o Papiloma Vírus Humanas (HPV) que tem associação ao câncer do colo do útero, que possivelmente ocorrerá contaminação por meio da relação sexual. Por ano são acometidas pelo HPV cerca de 140 mil mulheres com vida sexual ativa no Brasil. Através de dados epidemiológicos mundiais, cerca de 240 mil mulheres morrem todos os anos vítimas dessa infecção. Dados demonstram que nem todas as mulheres que são infectadas pelo HPV, irão desenvolver lesões malignas, entretanto, em 96,5% dos casos de câncer do colo do útero essa infecção é o responsável. Este tipo de câncer é a segunda causa de óbito entre as brasileiras (GARCIA; PEREIRA; MARINHO, 2010).

O Ministério da Saúde (MS) tem como objetivo intervir, antes do início da vida sexual dessas meninas, a transmissão, ou ser acometidas por parceiros já infectados, já que a incidência maior de contaminação se dá no início da vida sexual. A vacina HPV é quadrivalente e atribui proteção contra os dois principais tipos responsáveis pelo câncer de colo do útero, fazendo parte do Calendário Nacional de Vacinação do SUS desde 2014 e tendo como população-alvo as meninas na faixa etária de 9 a 15 anos de idade, como também meninos de 11 a 15 anos. Também podem receber a vacina homens e mulheres transplantados e oncológicos em uso de quimioterapia e radioterapia, além de crianças e jovens, de ambos os sexos, de 9 a 26 anos vivendo com HIV/aids (BRASIL, 2017).

### METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo com abordagem quantitativa. Os locais escolhidos como cenário para a pesquisa foram quatro (04) Unidades de Saúde da Família (USF) de Mossoró-RN. O interesse acerca da pesquisa ser realizada em unidades básicas distintas é para que possamos comparar os conhecimentos das usuárias acerca do que envolve a temática na saúde de Mossoró, e assim contribuir para o melhoramento e diminuição dos índices de HPV na cidade.

Para execução dessa pesquisa utilizou-se como população alvo as usuárias cadastradas e acompanhadas pelas ESF da área de abrangência. Dessa população, foi selecionada uma amostra de 20 (vinte) usuárias, que compareceram a Unidade de Saúde no período da pesquisa, com idade acima de 18 anos. Foram usados os seguintes critérios de inclusão: frequentar a unidade básica em busca de atendimento ginecológico, e que concordou em participar do estudo mediante a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Os critérios de exclusão foram subsidiados pelos de inclusão.

Foi aplicado um formulário como instrumento de escolha para coleta de dados. Estabelecido pelos pesquisadores, este possui questionamentos fechados que contemplavam os objetivos da pesquisa. Foi realizada a relação direta entre a população pretendida (a partir do seu comparecimento espontâneo à UBSF) e a pesquisadora participante, para a coleta dos dados propriamente dita, durante os meses de fevereiro a março de 2014. As usuárias das unidades básicas de Mossoró foram informadas sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, para assim assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitando participar do estudo. Em seguida, os formulários foram entregues em forma impressa para que possam ser respondidos.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se que 20% das entrevistadas possuem idade entre 18 e 25 anos, 60% com idade entre 26 e 40 anos e 20% com idade de 41 anos em diante. No estudo de Rama et al. (2008) acerca da prevalência do HPV em mulheres, observou-se a distribuição por faixa etária de 19,8% para mulheres abaixo de 25 anos, 28,1% de 25

a 34 anos e de 29,6% de 35 a 44 anos. Portanto, conclui-se que as usuárias que procuram os serviços de saúde possuem, em sua maioria, idade economicamente ativa.

Verificou-se quanto à escolaridade, que as mulheres se distribuem em 35% com ensino fundamental completo, 45% de ensino fundamental incompleto, 10% de ensino médio completo, 5% de ensino médio incompleto e 5% para ensino superior incompleto. Em estudo feito por Abram (2006) sobre desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro, ela afirma que entre os anos 90 e o início da década passada a taxa de escolaridade da população economicamente ativa cresceu desigualmente entre homens e mulheres, mas ainda assim, a porcentagem de pessoas com menos de 8 anos de estudo é de 53%, mais da metade dos entrevistados.

Constatamos que 20% das mulheres entrevistadas são casadas, 75% solteiras e 5% viúvas, o que revela a menor dependência feminina do homem uma vez que a grande maioria é declarada solteira. Alves e Cavenaghi (2012) em relação às tendências demográficas, dos domicílios e das famílias no Brasil, comprovou-se que em 2009 apesar do número de casamentos ter aumentado desde o ano de 1997 a 2007, o número de mulheres que vivem sem um cônjuge ainda permanece superior. Arguiu-se que a idade da 1ª menarca nas pesquisadas ocorre na maioria das vezes na idade entre 9 e 13 anos com porcentagem de 60%, 40% fica entre garotas de 14 a 18 anos.

Mulheres em sua maioria iniciam sua vida sexual na adolescência, uma vez que 40% das mulheres se tornaram sexualmente ativas com idades entre 14 e 18 anos. Já 5% e 15% foram mulheres de 9 a 13 anos e 19 anos em diante, respectivamente. O estudo de Lordelo et al. (2011), 606 mulheres foram entrevistadas, revelou-se que mulheres mais velhas iniciaram sua atividade sexual mais tarde, dentro de uma média de 19 anos, já as mais novas iniciaram mais precocemente, cuja média seria 16 anos de idade.

Verificou-se o número de gestações de 01 a 03 para 80% das mulheres entrevistadas, enquanto a porcentagem de 20% para 04 a 06 gestações. Lordelo et al. (2011), apresentou em sua pesquisa que a maioria das entrevistadas teve em média até 2 gestações. A pesquisa revelou que 10% das mulheres nunca fizeram preventivos, 40% fizeram último uso em 2013, 25% em 2014 e 25% em outros anos. No estudo de Fernandes et al. (2009) desconhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau por mulheres, as entrevistadas 85,0% já haviam realizado o exame alguma vez na vida e 15% nunca o fizeram.

O presente gráfico evidencia o quanto as entrevistadas têm conhecimento da doença, mas não entendem o seu significado.

Gráfico 1 – Já ouviram falar acerca do HPV?

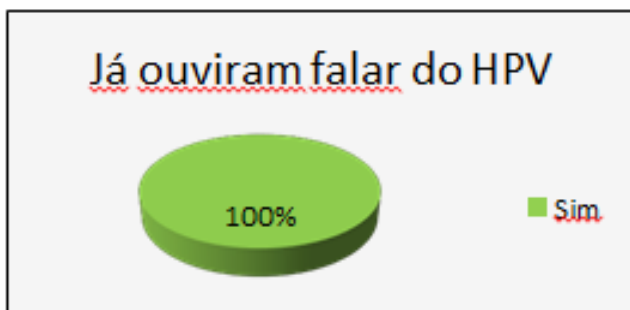
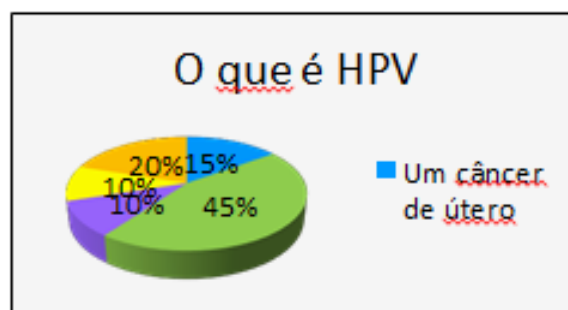


Gráfico 2 – O que é “HPV”?



Fonte: Dados da coleta pela pesquisadora. FACENE/RN 2014.

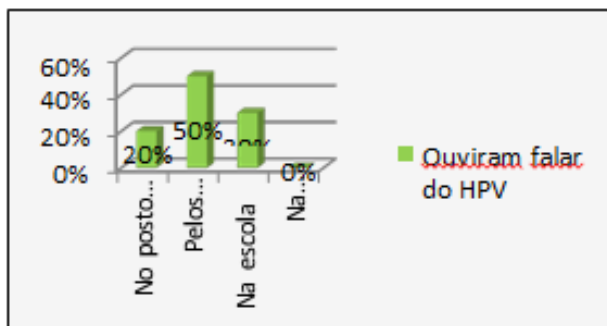
A coleta mostra que 100% das pessoas disseram já ter ouvido falar sobre HPV de alguma forma, como observamos no gráfico 1. O estudo de Cirino, Nichiata e Borges (2010), também mostra que pelo menos a metade das entrevistadas da pesquisa conhecia o termo HPV. É nítido que a difusão nos meios de comunicação e profissionais da saúde acerca do HPV é de boa repercussão, pois as pesquisadas enquanto posicionamento afirma conhecer o HPV.

No resultado do gráfico 2, 45% acham ser uma doença, 20% não soube informar, 15% afirmou serem um câncer de útero, 10% uma infecção e outros 10% disseram que é uma DST (Doença Sexualmente Transmissível), essas porcentagens referem-se ao que é o HPV segundo as pesquisadas. De acordo com a pesquisa realizada por Silveira, Ferraz e Conrado (2012) com universitárias, constatou-se uma vez que o HPV é uma doença que surge principalmente em jovens em média de 20 anos de idade, 6,6% das entrevistadas responderam erroneamente o que seria HPV, contra 93,4% que afirmaram a existência de um vírus.

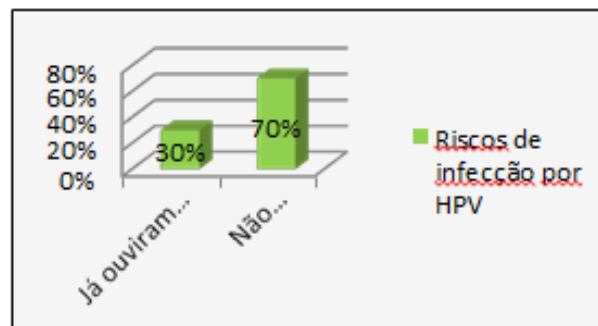
O câncer do colo do útero é um problema de saúde pública, principalmente nos países mais pobres. Mundialmente, essa doença foi responsável por aproximadamente 260 mil mortes em 2010, sendo 80% delas nos países em desenvolvimento. Seu risco estimado é de 18 casos a cada 100 mil mulheres. Sabe-se que o vírus do papiloma humano (HPV), de transmissão sexual, está relacionado com o desenvolvimento de aproximadamente 98% dos casos dessa neoplasia. É condição necessária, apesar de não suficiente para o seu surgimento (BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

Os relatos apresentados pelas usuárias da pesquisa reforçam a necessidade de intervenções educativas para prover informação adequada sobre o HPV e sobre medidas de prevenção. Esta tem sido uma crescente preocupação no âmbito da saúde pública, inclusive nos países desenvolvidos. Não há dúvida, porém, de que essa tarefa representa um grande desafio em vista das desigualdades sociais que prevalecem em nosso meio, especialmente no âmbito da educação (OSIS; DUARTE; SOUSA, 2014).

Gráfico 3 - Aonde ouviram falar do HPV. Gráfico



4 – Já ouviram falar dos riscos de Infecção por HPV?



Fonte: Informações coletada pela pesquisadora. FACENE/RN 2014

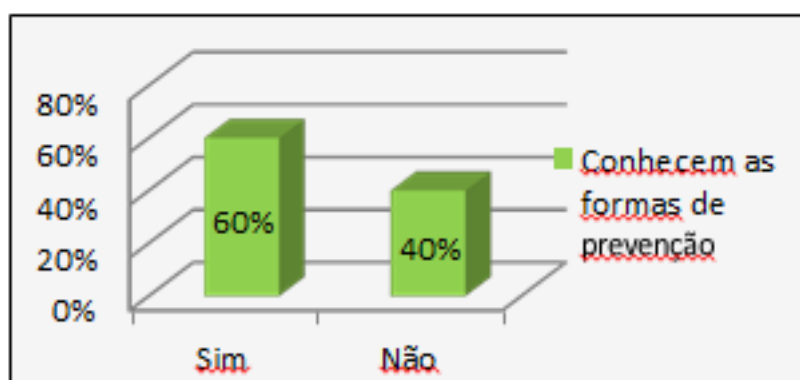
Das entrevistadas 20% ouviram falar em postos de saúde acerca do HPV, 50% pelos meios de comunicação e 30% na escola. Mesmo com a confirmação das pesquisadas acerca dos meios de difusão do HPV, nota-se que o meio de informação não está acrescentando e sendo absorvido pelas usuárias enquanto a realidade no seu cenário de vida. Entretanto, observa-se o pouco percentual nos postos de saúde, o qual se faz importante uma atualização com vista à uniformidade da comunicação acerca do tema, o posto de saúde, enquanto espaço de promoção à vida e promoção primária à saúde, este sim deverá possuir profissionais técnicos e com habilidades em comunicação para assim, junto a outros espaços, difundirem de forma correta a temática HPV. Portanto é visto que os equipamentos sociais são meios de difusão do tema, como constatado na pesquisa.

De todas as entrevistadas 30% já ouviram falar sobre os riscos de infecção por HPV, contra 70% que não ouviram falar, das que responderam conhecer os riscos de infecção do HPV afirmaram especificamente que não usa camisinha durante relações sexuais, outras relataram que pode levar ao câncer de útero e que relações sexuais são fatores de risco sem mencionar o uso da camisinha, com isso constatamos que as usuárias possuem deficiência acerca do tema abordado. Para Silveira, Ferraz e Conrado (2012) cerca de 68% das entrevistadas em sua pesquisa responderam corretamente sobre os riscos de infecção por HPV.

Os fatores de risco relacionados à oncogênese cervical podem ser divididos em dois grandes grupos: os documentados experimentalmente e os clínicos ou epide-miológicos. Dentre os classificados no primeiro grupo, podem-se citar os fatores imunológicos (resposta imune local e humoral), a associação com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), os fatores genéticos, o tabagismo e o uso prolongado de contraceptivos orais. No que se refere aos fatores de risco clínicos ou epidemiológicos, destaca-se o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, a baixa escolaridade e renda, a multiparidade e a história de DST (ANJOS et al., 2014).

No gráfico seguinte as formas de conhecimento das pesquisadas a prevenção do HPV é significativa, quando foram questionadas se sabiam.

Gráfico 5 – Tem conhecimento da prevenção para evitar o contágio do HPV?



Fonte: Dados da coleta pela pesquisadora. FACENE/RN 2014.

Das entrevistadas da pesquisa 60% afirmaram que conhecem as formas de prevenção, enquanto 40% responderam que desconhecem. Os níveis de conhecimento quanto à prevenção indagadas por essas mulheres foi relevante já que a maioria respondeu saber da utilização da camisinha e da vacina, entretanto, foi catastrófico por estar em plena campanha vacinal direcionada e as informações não serem conexas com o conhecimento desse público pesquisado.

Silveira, Ferraz e Conrado (2012) mostram em seu estudo que 66,4% conhecem as formas de prevenção da HPV, tal como a vacina do HPV e o preservativo. A maior parte das entrevistadas, com opinião quase unânime também apontaram a camisinha como forma de prevenção. Sabe-se que outro meio de prevenção e controle do HPV é realizar anualmente o Papanicolau, pois esse exame é de fácil acesso e acessibilidade na rede pública e privada, e além do baixo custo. Entretanto, esse meio não foi citado pelas participantes da pesquisa, necessitando mais uma vez de aproximar essas usuárias das ações de educação em saúde.

## CONCLUSÃO

Na percepção das frequentadoras das UBS no decorrer da pesquisa, deixou notório que a promoção em saúde ocorre de maneira ineficiente, não direcionada especificamente e que só agora, na campanha nacional de vacinação, foi que elevou o nível de informações repassadas às mulheres que são atendidas diariamente nas unidades estudadas e que mesmo com o índice de evidência da correlação do HPV com o câncer do colo do útero, há uma resistência sobre sua importância.

Os resultados decorrentes da pesquisa surpreenderam o quanto às pesquisadas estavam parcialmente desconhecedoras acerca do Papiloma Vírus Humano e que tanto a infecção quanto a prevenção geravam conflitos nas respostas coletadas. O mais intrigante, foi constatar que em plena campanha vacinal de prevenção as entrevistadas estavam sem entendimento conciso sobre o tema. Contudo é relevante mencionar que os meios pelos quais foram utilizados para divulgação da campanha de prevenção ao HPV, não foram com clareza para o público direcionado, uma vez que parte desse público são pessoas, devido a sua classe social, menos esclarecidas, necessitando de uma intervenção que beneficiasse aos seus níveis de conhecimento.

Sendo assim, pretende-se que a gestão assuma seu papel fortalecendo a APS, haja vista o modelo de atenção busca a criação de vínculos com os usuários no intuito de atender suas necessidades, e para isso se faz necessário à ferramenta da educação em saúde como aliado para mudanças para uma boa qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ABRAM, L. Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v.58, n.4, p. 40-41, Out./Dez. 2006.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Tendências demográficas, dos domicílios e das famílias no Brasil. **Aparte: Inclusão Social em Debate**, [S.l.], v. 24, 2012.
- ANJOS, S. J. S. B. et al. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.912-920, maio 2014.
- BORSATTO, A. Z.; VIDAL, M. L. B.; ROCHA, R. C. N. P. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do colo do útero: Subsídios para a prática. **Revista brasileira de Cancerologia**, [S.l.], v. 57, n. 1, p. 67-74, 2011.
- BRASIL, P. **Cobertura da vacinação contra HPV pelo SUS é ampliada**, jun. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/06/cobertura-da-vacinacao-contra-hpv-pelo-sus-e-ampliada>>. Acesso em: 26 ago. 2017.
- CIRINO, F. M. S. B.; NICHATA, L. Y. I.; BORGES, A. L. V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 126-134, jan./mar. 2010.
- FERNANDES, J. V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v.43, n.5, p. 851-858, 2009.
- GARCIA, C. L.; PEREIRA, H. C.; MARINHO, M. N. A. S. B. Percepções das mulheres acerca do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista brasileira em promoção da saúde**, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 118-125, abr./jun. 2010.
- LORDELO, E. R. et al. Ambiente de desenvolvimento e início da vida reprodutiva em mulheres Brasileiras. **Psicol. Reflex. Crit.**, [S.l.], v.24, n.1, p. 116-125, 2011.
- OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A. D.; SOUSA, M. H. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. **Revista Saúde Pública**, [S.l.], v.48, n. 1, p. 123- 133, 2014.

RAMA, C. H. et al. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.1, p. 123-130, 2008.

SILVEIRA, G. A.; FERRAZ, B. G.; CONRADO, G. A. M. Conhecimento dos universitários sobre HPV e câncer de colo de uterino em uma faculdade privada localizada no sertão de Pernambuco. **Rev. Saúde Coletiva Debate**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 87-95, 2012.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERCEPÇÕES DE GESTANTES HIPERTENSAS ACERCA DAS COMPLICAÇÕES QUE PODEM ACOMETER SUA GESTAÇÃO E PARTO

Rafael Bezerra Duarte<sup>1</sup>, Riani Joyce Neves Nobrega<sup>2</sup>, Natalia Bastos Ferreira Tavares<sup>3</sup>, Raimundo Tavares de Luna Neto<sup>4</sup>

*1 Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado-FVS- Icó-Ceará-Brasil.*

*2 Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil. Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado-FVS-Icó-Ceará-Brasil. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do adolescente, da Universidade Estadual do Ceará.*

*3 Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil.*

*4 Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri – Urca – Iguatu-Ceará- Brasil; Curso de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade Vale do Salgado-FVS- Icó-Ceará-Brasil.*

E-mail: rafaelduarte@fvs.edu.br

Palavras-chave: Hipertensão. Gestação. Prevenção.

### INTRODUÇÃO

A mulher no percurso de uma gestação passa por várias transformações sendo elas fisiológicas, anatômicas, hormonais e psicológicas. Essas modificações podem ter um impacto de muita significância na vida da família. O acontecimento de uma gravidez para a maioria das mulheres é um evento fisiológico, sendo que em alguns dos casos podem ocorrer agravos no decorrer da evolução, assim, colocando em risco a saúde do feto e da mãe. Entre as doenças maternas ocorridas no período gravídico, a hipertensão na gravidez é considerada uma das que mais existem efeitos danosos no organismo materno e do neonato (BRASIL, 2013).

O autor supracitado ainda acrescenta, alguns acontecimentos ocorridos durante a gestação que afetam a saúde do feto, denominadas intercorrências na gestação, são elas patologias maternas, que podem afetar a saúde do binômio mãe-filho, não especificamente pelo seu acontecimento, mas também através das alternativas de tratamento, até mesmo, podem afetar o desenvolvimento fetal e, por consequência influenciar o peso ao nascer, de modo a ser reconhecido a causa tratada e prevenida. A hipertensão gestacional quando não tratada, em sua maioria pode se agravar e desencadear uma pré- eclâmpsia, evoluindo para uma eclâmpsia e se não estabilizado levando a morte fetal. Sendo considerada a principal causa de morte materna no mundo, estando ainda associada a distintas consequências como a prematuridade, o retardo do crescimento intrauterino e à mortalidade perinatal (HENRIQUE *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2013).

A síndrome hipertensiva tem como principal consequência a morte materna nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Entre essas decorrências pode-se mencionar diversas complicações, como falência cardíaca, encefalopatia hipertensiva, grave comprometimento do desempenho renal, hemorragia retiniana, coagulopatias e associação com pré-eclâmpsia. Também ocorrendo o deslocamento prematuro da placenta, o feto poderá ficar em estado de risco submetido a restrição de crescimento intrauterino, prematuridade e baixo peso (SILVA, 2015).

Na Síndrome HELLP os seus sinais e sintomas pode ser confundido com pré- eclâmpsia grave, sendo eles a dor no quadrante superior do abdome, cefaleia náuseas, vômito e o mal-estar generalizado. SE não se fizer uma avaliação laboratorial correta e com bastante atenção pode ocorrer de passar despercebidos, e o seu diagnóstico ocorre na maioria dos casos quando o seu quadro já estar muito grave (MORAES *et al.*, 2011).

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) para o ano de 2014, esteve representando 30% das mortes maternas por motivo direto ou seja pertinente a gravidez, e vale ressaltar que esta pode ser prevenida pela captação inicial da gestação e o acompanhamento de um pré-natal apropriado e de qualidade, ou seja, por meio de uma assistência primária de boa qualidade (SILVA, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou em 2013 o número de casos de HAS na população de adultos nas capitais Brasileira e no Distrito Federal com prevalência de 24,1%. De acordo com o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) através de 57% da população cadastradas o Estado do Ceará apresenta média 9.530,41 casos/10mil de pacientes com HAS. De modo geral as taxas estão tendo um declínio, apesar das doenças crônicas e de outras categorias médicas preexistentes sejam consideradas um grave problema de saúde pública, incluindo a hipertensão na gestação. Se comparado ao demais países o Brasil teve uma grande redução na sua taxa de mortalidade materna em 43% desde a década de 90 (ANDRADE *et al.*, 2015; ONUBR, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) menciona a hipertensão na gestação como o elevado aumento da pressão sanguínea nos vasos maior ou igual que 140/90mmHg fundamentada na média de no mínimo duas aferições.



É considerada pressão sistólica o aparecimento do primeiro ruído (som) já a pressão diastólica o quinto ruído de Korotkoff quando o som vai desaparecendo. São classificadas como síndrome hipertensiva na gravidez a hipertensão crônica diagnosticada antes da gestação, a pré-eclâmpsia a eclâmpsia e quando existe a hipertensão na gestação sem ter a ocorrência da proteinúria (BRASIL, 2010).

Objetiva-se com este estudo: Verificar os conhecimentos das gestantes acerca das complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa aconteceu na Policlínica (Dr. Sebastião Limeira Guedes) do município de Icó-Ceará, localizada na região centro – sul do estado, distando 370 km da capital Fortaleza. O local de aplicabilidade do estudo foi escolhido devido a considerável demanda de mulheres assistidas durante o período gestacional e que apresentam algum tipo de evento clínico que altera a normalidade do processo gestacional e que já não fazem parte do escopo de atendimento da Estratégia Saúde da Família(ESF), por se caracterizar por uma gestação de risco.

Participaram da pesquisa todas as gestantes diagnosticadas com HAS, e que foram enquadradas como pré-natal de alto risco, acompanhadas na Policlínica de Icó- CE. Para participação desse estudo foi considerado os seguintes critérios de inclusão: Gestantes diagnosticadas como pré-natal de alto risco e que são acompanhadas na policlínica de Icó-CE. Foram excluídos todas as gestantes que são enquadradas com pré-natal de baixo risco e que não apresentam HAS durante a gravidez, e não são acompanhadas na Policlínica de Icó-CE.

O instrumento de pesquisa usado foi uma entrevista dirigida por um roteiro previamente constituído, no qual contem questões objetivas e subjetivas que abordam o elemento de estudo. Com a concordância dos participantes da pesquisa os dados foram arrecadados com a utilização de um gravador de voz do aparelho celular Samsung, a fim de assegurar maior fidedignidade das informações coletada.

A pesquisa foi realizada nos meses de Agosto e Setembro de 2016, aplicado em duas ocasiões. No primeiro, ocorreu uma visita ao diretor da Policlínica do município de Icó-CE para a solicitação mediante autorização do termo de anuência, já o segundo momento foi a aplicação do instrumento de estudo junto aos participantes da pesquisa.

As informações coletadas foram compostos em categorias, aos participantes serão dados codinomes para conservação do anonimato dos mesmos, estes sendo identificados por códigos representados por G1, G2, G3, etc. Em seguida analisados e interpretados pelo método de Análise de Conteúdo sugerida por Laurence Bardin. Onde as informações adquiridas por meio da entrevista, foi transcrita para se ter maior organização e precaução das ideias fornecidas.

O estudo presente seguiu os princípios éticos e legais contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Ministério da Saúde (MS) que testam as diretrizes e rege a pesquisa com seres humanos, sob a visão do sujeito e da coletividade, fazendo referência aos quatro princípios básicos da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Com objetivo de garantir os direitos e deveres dos participantes do estudo (BRASIL, 2012). Houve o contato com o diretor da policlínica do Município de Icó-CE, através de um Pedido de Autorização para a realização da pesquisa, assim como a apresentação da declaração de Anuência com o objetivo de solicitar a autorização da pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Percepções acerca da HAS**

Em dias atuais HAS destaca-se por ser uma patologia que acomete uma grande parcela das gestantes no nosso país, de modo que as clientes acometidas por ela devem estar bem informadas e aptas para lidar com essa situação no seu cotidiano e durante o percurso da gestação. Nessa categoria, abordou-se sobre o conhecimento das participantes do estudo, os quais explicitaram sua percepção sobre a HAS através das seguintes falas:

“Eu entendo que a pressão alta né, pressão alto é muito é ruim, é ruim pra gravida, tanto pra pessoa normal, quanto pra gravida, porque pode causar problema no parto, é na hora do parto, pode da alguma complicação” (G11). “Que não é bom pra mãe nem pro beber, que pode causar a morte da mãe ou do bebe talvez” (G4).

“Eu entendo assim que prejudica a gestante, que não é uma coisa boa nem pra saúde da gestante nem da criança né, que no posto de saúde onde eu vou eles explica assim que tem que ser uma gravidez com cuidado especial” (G5).

A pesquisa evidenciou que as entrevistadas entendem que a HAS é uma doença representada pelo elevado aumento da “PA”, que é prejudicial tanto para a gestante quanto para o feto, podendo ocasionar complicações na hora do parto, tendo que ter cuidados especiais com a gestante.

A gestação é um fenômeno fisiológico da vida de uma mulher, no entanto, para algumas podem acontecer agravos em seu desenvolvimento, podendo colocar em risco tanto a saúde da mãe quanto a do feto. Durante a etapa da gestação, pode ocorrer as doenças maternas, a hipertensão é um exemplo delas (DIAS, 2014). Segundo Melo *et al.*, (2015) definem a hipertensão durante a gestação como os níveis pressóricos superiores a 140x90 mm Hg ou um aumento de 30 mm Hg e 15 mm Hg nas pressões sistólicas e diastólicas respectivamente. No Brasil a hipertensão gestacional constitui umas das principais causas de morte materna. As complicações hipertensivas comanda as principais causas desse tipo de morte, representando cerca de 25% dos óbitos maternos investigados. Segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010), a HAS é uma condição clínica multifatorial, que caracteriza-se pelo elevado nível e sustentados da PA. Este estado sendo associado com frequência a alterações tanto funcionais quanto estruturais dos órgãos-alvo, como o: coração, encéfalo, rins e os vasos sanguíneos, e as alterações metabólicas, com consequência da elevação de risco de eventos cardiovasculares fatais ou não fatais.

### Riscos e agravos decorrentes da HAS

Em dias atuais é evidente que vários são os agravos e complicações decorrentes da HAS, nessa perspectiva é perceptível que as gestantes acometidas por essa patologia tem dúvidas quanto aos agravos, mais ainda assim identificam e compreendem tais complicações, dessa maneira podendo seguir as orientações dos profissionais e aderindo ao tratamento e cuidados com a gestação da forma mais racional possível.

“Pode ter um preclâmpice, e a criança pode morrer e a mãe também, tudo de alto risco na gravidez” (G3). “Pode causar a eclâmpse né a pre-clâmpse eu já tive quando tive meu primeiro filho e muitas coisas” (G7). “Os riscos que eu tenho é que ela disse que ocorre o risco de eu morrer ou a criança né, que eu sei é isso né, que da começo de eclâmpse” (G12).

Quanto os agravos e complicações decorrentes da HAS, o estudo evidenciou através das falas das participantes que podem ocorrer complicações como a pré- eclâmpsia e a eclâmpsia. As formas graves de complicações durante o percurso gestacional são a pré- eclâmpsia/eclâmpsia (doença específica da gestação), a hipertensão crônica decorrente de qualquer etiologia, pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica ou nefropatia e a hipertensão gestacional. Com os avanços nos conhecimentos da fisiologia da HAS, tem possibilitado uma melhor compreensão do mecanismo que causa e agrava a hipertensão gestacional, particularmente a pré-eclâmpsia, embora que sua causa etiológica ainda seja desconhecida. O diagnóstico precoce e o correto manuseio clínico das gestantes evitara em uma grande parcela, o surgimento de formas clínicas mais graves (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2011).

A pré-eclâmpsia é uma doença hipertensiva característica da gestação que acontece especialmente em primíparas após a 20ª semana de gestação, com maior frequência próximo ao termo. É caracterizada pelo desenvolvimento gradual da HAS, proteinúria, edema generalizado, e algumas vezes ocorre alterações na coagulação e alterações hepáticas. Quando ocorre episódios convulsivos define uma forma grave chamada de eclâmpsia. Em mulheres nulíparas, a incidência de pré-eclâmpsia é aproximadamente de 6% nos países desenvolvidos e com incidência de 2 ou 3 vezes maior em países subdesenvolvidos (ALPOIM, 2013).

A eclâmpsia é caracterizada pela manifestação de episódios convulsivos ou comatoso da pré- eclâmpsia, que de forma isolada ou associada a HAS materna preexistente. É uma intercorrência emergencial com distribuição universal, a eclâmpsia é a forma mais grave dos distúrbios hipertensivos, continuando presentes entre as complicações obstétricas mais importantes. Apresenta evolução insidiosa e grave em proporções mundiais, acompanhada de elevada morbidade e mortalidade, materno e infantil, principalmente em países em desenvolvimento (SILVA *et al.*, 2013).

As entrevistadas ainda mencionaram que diversas são os agravos, em especial para as gestantes de alto risco, podendo ocorrer complicações que podem levar a morte tanto da mãe quanto do feto, assim como de ambos. Algumas gestantes que são denominadas de alto risco, podem apresentar o desenvolvimento de complicações adversas do normal, dessa maneira podendo colocar em risco sua saúde assim como a do feto ou ambos, neste caso, necessita-se ter um acompanhamento adequado com técnicas e equipe de saúde especializada para que assim essa gestante possa seguir o desenvolvimento de sua gestação com tranquilidade sem comprometer sua vida ou do seu bebê (SILVA, 2015).

O autor supracitado ainda acrescenta, as mortes maternas é um indicador que representa a qualidade de vida e de saúde das gestantes, como também mostra a falha nos atendimentos ofertado pelo SUS, a qualidade insuficiente da assistência. No Brasil as síndromes hipertensivas são as complicações mais comuns nas gestações de alto risco, ocupando o primeiro lugar nas causas de mortalidade materna. Os riscos decorrentes da HAS na gestação são vários e esse estudo evidenciou através das falas das participantes que mesmo com uma baixa



escolaridade e com poucas informações que as mesmas tem, elas percebem e conhecem alguns desses risco, e os agravos que os mesmos causam para a sua vida e para a vida do feto.

## CONCLUSÃO

A possibilidade da gestação não evoluir de forma tranquila afeta todo o contexto dessa mulher, em especial sua autoestima, que tem que se reestruturar diante do risco, tanto quando se trata da sua própria identidade como ao filho que espera. Entretanto, quando a gravidez torna-se patológica, tais mudanças acontecem de forma muito mais intensa. As participantes do estudo possui pouco conhecimento sobre as complicações decorrentes da HAS durante o parto, e mesmo com as informações que possuem muitas ainda se mostram com medo e receio quanto a hora do parto, e não seguem corretamente o tratamento e o estilo de vida que devem levar para que essa gravidez tenha um percurso o mais normal possível.

Além disso, é evidenciado que a HAS, está aparecendo cada vez mais precoce nas mulheres. Dessa forma, considera-se de grande relevância um olhar diferenciado quando se fala em gestantes Hipertensas. De modo que atrás do estudo pode-se evidenciar que a educação em saúde precisa ser mais trabalhada nas consultas de pré-natal e pelos profissionais de saúde, pois o médico obstetra, enfermeiro e a equipe multiprofissional tem papel fundamental na realização de ações que garantam a essas gestantes a promoção da saúde, prevenção das complicações e de seus agravos, possibilitando assim, uma gravidez o mais saudável possível.

Com isso considera-se que o conhecimento das gestantes acerca das complicações da HAS é de uma grande importância, e que precisa ser trabalhada com uma educação continuada nas consultas de pré-natal e através de programas de saúde das gestantes. Essa educação em saúde deve ter como objetivo primordial prevenir a progressão da patologia ou seja, seus agravos e complicações, fato este que pode ser alcançado através do fortalecimento da adesão das gestantes ao pré-natal, tratamento medicamentoso e hábitos de vida saudáveis. Mas que é observado através do estudo que muitas além de ter pouco conhecimento, não tem condições financeiras para aderirem um estilo de vida com uma alimentação saudável.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. S. A.; STOPA, S. R.; BRITO, A. S.; CHUERI, P. S.; SZWARCOWALD, C. L. Prevalência de hipertensão arterial autor referida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.
- ALPOIM, P. N. **Pré-eclâmpsia precoce e tardia: avaliação de ADMA, GMPC e polimorfismos da sintase do óxido nítrico**. Belo Horizonte – MG, 2013.
- BRASIL Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: 466/12 e outros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- DIAS, R. A. **A importância do pré-natal na atenção básica**. Minas Gerais, 2014.
- HENRIQUE, A. J.; BORROZINO, N. F.; GABRIELONI, M. C.; BARBIERI, M.; SCHIRMER, J. Resultado perinatal em mulheres portadoras de Hipertensão Arterial crônica: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1000-1010, 2012.
- MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. *Rev Esc Enferm USP*, v. 49, n. 4, p:540-549, 2015.
- MORAES, S. T.; SOUSA, M. O.; MARCOLINO, F.R. T.; BARBOSA, K. M. D.; CARVALHO, R. M. F. S.; GALVÃO, M. B.; SILVA, C. X. O. Síndrome Hellp: proposta de um plano assistencial. *Revista Saúde Coletiva*, v. 8, n. 54, p. 244-248, 2011.
- MONTEIRO; REZENDE-FILHO, M. C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 12. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- SANTOS, D. T. A.; CAMPOS, C. S. M.; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p:13- 22, Jan-Mar, 2014.
- SILVA, R. V. G. Doença Hipertensiva Específica da Gestação-Projeto de intervenção para trabalhar com as gestantes do território da Estratégia Saúde da Família no município de Pedra do Anta- Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, 2015.

SILVA, R. V. G. **Doença Hipertensiva Específica da Gestação-Projeto de intervenção para trabalhar com as gestantes do território da estratégia saúde da família no município de Pedra do Anta-MG**. Minas Gerais, 2015.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. R.; VASCONCELOS, J. N.; OLIVEIRA, R. B. F.; SOUSA, F. A. J. Fatores associados com centralização fetal em pacientes com hipertensão arterial na gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 35, n. 7, p:309-16, 2013.

## **AGRADECIMENTOS**

A Faculdade Vale do Salgado-FVS, onde comecei meus primeiros passos desta trajetória profissional, as gestantes participantes da pesquisa e a Policlínica Regional de Icó: Dr. Sebastião Limeira Guedes, pela abertura do seu espaço para a realização deste estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA.

Priscilla de Lima Carneiro<sup>1</sup>, Maria Lucenícia Lima Soares<sup>2</sup>, Luana Mara Silva de Castro Pacheco da Cunha<sup>3</sup>, Louanne Aires Pereira<sup>4</sup>, Macedônia Pinto dos Santos<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>2</sup> Graduada em Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>3</sup> Doutoranda em Biotecnologia – Renorbio, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>4</sup> Egressa da Residência Integrada em Saúde da Família, Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>5</sup> Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: priscilla\_lcarneiro@hotmail.com

Palavras-chave: Neoplasias da Mama. Estado Nutricional. Obesidade. Consumo de Alimentos.

### INTRODUÇÃO

O câncer ou neoplasia maligna são termos utilizados para classificar um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado, rápido e incontrolável de células, com a capacidade de invadir tecidos e órgãos e se espalhar para outras regiões do corpo, originando a metástase (BRASIL, 2016).

Embora pesquisado em caráter mundial nos últimos anos, o câncer de mama, por sua alta prevalência e incidência, ainda é a principal causa de morte por câncer entre as mulheres, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos (JEMAL *et al.*, 2011). No Brasil, em 2016 foram previstos 57.960 casos, representando as estimativas das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer de mama, segundo o sexo e localização primária. No Ceará, em 2016 foram estimados 2.160 novos casos dos quais 860 somente na capital (BRASIL, 2016).

Segundo Lima *et al.* (2008) a etiologia do câncer de mama é decorrente de vários fatores, como, sedentarismo, hábitos alimentares, faixa etária e certas exposições ambientais e ocupacionais. Entretanto, existem muitos fatores de riscos que podem auxiliar no desenvolvimento do câncer de mama, entre eles, vinculados ao estado nutricional, destacam-se os que se relacionam à composição corporal, como a obesidade e/ou excesso de peso e inadequação da distribuição da gordura corporal, sobretudo na pós-menopausa e quando a gordura está localizada na região abdominal (CLEVELAND *et al.*, 2007).

O excesso de peso corporal parece influenciar no desenvolvimento e na progressão do câncer de mama devido ao aumento da síntese do estrogênio, resistência à insulina e ativação de vias inflamatórias (EMAUS *et al.*, 2010). Assim, há várias evidências de que a alimentação, dentre outros fatores de risco, tem um papel importante nos estágios de iniciação, promoção e propagação do câncer (GLANZ, 1997). São considerados riscos para a doença tanto o baixo consumo de alimentos como frutas, verduras, hortaliças, fibras, grãos integrais e alimentos antioxidantes, como o excesso de ingestão de alimentos ricos em gordura, como saturada, poli-insaturada e trans (CIBEIRA; GUANABARA, 2006).

É importante ressaltar que o estado nutricional de pacientes com neoplasia interfere na sua evolução clínica. O conhecimento sobre a relação entre os alimentos e nutrientes consumidos e o desenvolvimento do câncer podem promover mudanças no hábito alimentar e levar a escolhas saudáveis, sendo desse modo, considerado importante fator na prevenção da doença e no controle da recidiva (NUNES; LEITE; CARMO, 2009).

Dessa forma, uma alimentação saudável e o controle do peso são considerados marcos no controle das neoplasias, pois permite que um número importante da população seja protegida, inclusive a de menor renda, através da informação de qualidade, detalhada, precisa e regionalizada, que promova mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, o objetivo da presente pesquisa foi avaliar o estado nutricional de mulheres portadoras de câncer de mama e verificar associação com dados sociodemográficos, antropométricos e consumo alimentar no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará, na cidade de Fortaleza-CE.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal, analítico com abordagem quantitativa, realizado com mulheres acompanhadas no ambulatório do Instituto de Prevenção do Câncer na cidade de Fortaleza-Ce. Foram

consideradas aptas para a pesquisa, 50 pacientes com diagnóstico clínico de câncer primário de mama, em tratamento ambulatorial quimioterápico ou radioterápico, entre 18 e 70 anos. Foram excluídas do estudo mulheres com câncer secundário de mama, em metástase, gestantes, doenças neurológicas e que estavam fazendo uso de suplementos de vitaminas e minerais, sob o risco de alterar os resultados da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu, após o esclarecimento sobre a pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas pacientes no mês de novembro de 2015.

Os dados foram obtidos através de entrevista, realizadas pelas estudantes do curso de Nutrição devidamente aptas na aplicação dos questionários e aferição das medidas antropométricas realizadas com as participantes. O questionário foi composto por dados sociodemográficos (idade, grau de instrução, renda familiar, tabagismo, alcoolismo, patologias associadas e prática de atividade física), antropométricos (peso, altura, Índice de Massa Corporal, circunferência da cintura, do braço e dobra cutânea tricipital) e pelo consumo alimentar (recordatório 24 horas).

Para a classificação e avaliação do estado nutricional, o peso foi aferido em balança digital, tipo plataforma, com capacidade para 180 kg (Glass 3C da marca G-TECH). A altura foi medida utilizando o estadiômetro de parede Wood transportável 2,20m (WCS). Mediante as informações de peso e altura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), onde as mulheres adultas com idade entre 18 e 59 anos foram avaliadas segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) enquanto, para as participantes com idade igual ou superior a 60 anos, utilizou-se a classificação sugerida por Lipschitz (WHO, 2003; LIPSCHITZ, 1994).

A circunferência da cintura (CC) foi aferida com fita métrica inelástica da marca Nutri-Vida, que circundou o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. A circunferência do braço (CB) foi obtida no ponto médio entre o acrômio e o olécrano, utilizando-se uma fita inelástica, contornando o braço no ponto marcado. Ambas as circunferências (CC) e (CB), foram avaliadas segundo os critérios da OMS e Blackburn & Thornton respectivamente. Em relação às dobras cutâneas, o instrumento utilizado na pesquisa foi um adipômetro científico Lange indicado para medição de taxa de gordura corpórea, com escala de 0 a 60 mm, resolução de 1mm e mola com pressão constante de 10g/mm<sup>2</sup> em qualquer abertura do adipômetro, onde optou-se pela aferição da dobra cutânea tricipital (DCT).

O consumo alimentar foi avaliado por meio do recordatório 24 horas (R24h), coletados em dois dias de semana não consecutivos e um dia de final de semana, totalizando três recordatórios, onde foram descritos todos os alimentos e bebidas ingeridos no dia estimado em medidas caseiras. A ingestão dos macronutrientes e ácidos graxos foram comparados segundo as recomendações da OMS, nas quais os carboidratos devem representar de 55% a 75% do valor energético total (VET); as proteínas, de 10% a 15%; as gorduras, de 15% a 30%; ácidos graxos saturado, <10%; poli-insaturado, 6 a 10%; e monoinsaturado, a diferença. Vale salientar que o VET foi considerado segundo as necessidades individuais, utilizando parâmetros semelhantes à população não diabética, em todas as faixas etárias. A composição da dieta foi calculada pelo programa NUTWIN, versão 2.5 – CIS-EPM (WHO, 2003; NUTWIN, 2002).

Para descrição da amostra, as variáveis foram organizadas em tabelas e/ou figuras, apresentando as respectivas categorias em valores absolutos, frequências e percentuais, como também calculadas as seguintes medidas estatísticas e epidemiológicas: média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação e coeficiente de correlação. Para comparar as médias das variáveis dos grupos foi utilizado o teste t de Student. As análises foram consideradas como estatisticamente significantes aquelas com  $p < 0,05$ . Os dados foram processados no SPSS versão 23.0.

Foi realizada a análise de correlação entre as variáveis da CC e DCT, e foi avaliado se as mesmas apresentavam significância entre os valores encontrados.

O projeto foi aprovado na Plataforma Brasil sob o número de protocolo 50801315.7.0000.5052

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar da globalização, as informações relacionadas à dieta e ao desenvolvimento e prevenção ao câncer de mama ainda são insuficientes. Essa relação entre o consumo alimentar e o câncer de mama tem sido amplamente estudada e diversas associações têm sido descritas como fatores de riscos para a alta prevalência, como idade, excesso de peso, doenças crônicas, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, além de maus hábitos alimentares associados a estilos de vida não saudáveis.

Os resultados da análise sociodemográfica mostraram que as pacientes avaliadas se encontravam na faixa etária de 33 a 77 anos, sendo a maioria delas adultas, com idade entre 33 a 59 anos. Esses resultados foram semelhantes a estudos sobre o câncer de mama realizados na região nordeste, os quais mostraram que as idades variavam entre 27 e 78 anos e 21 a 80 anos. Esses dados contribuem para a realidade de que o câncer de mama afeta principalmente, faixas etárias avançadas, já que permanecem por mais tempo expostas aos fatores de risco (SEDÓ *et al.*, 2013; SHARKIS *et al.*, 2014).

Pelo fato das mulheres residirem na sua maioria no interior do estado do Ceará e possuírem baixa escolaridade, esses achados são considerados indícios importantes, pois desfavorece o acesso às informações como também a atendimentos clínicos relacionados tanto à prevenção como ao tratamento do câncer de mama, bem como a realização de exames fundamentais para o diagnóstico que possibilitariam sua detecção precoce, tendo que muitas vezes buscar acompanhamento médico em outra cidade. Segundo Previato et al. (2015), conduziram um estudo de caso-controle realizado em Minas Gerais e verificaram que o risco de câncer de mama foi maior em mulheres que residiam na zona rural e apresentavam baixa escolaridade.

Além dos fatores de riscos estabelecidos anteriormente, foram ainda identificados que 6,6% da amostra continuavam fumando, 10% faziam uso de bebida alcoólica e 70% não praticavam atividade física. Esses fatos demonstraram que as participantes não possuíam um estilo de vida saudável, contribuindo para complicações causadas pela associação destes fatores. Esses resultados foram semelhantes a um trabalho realizado na região Sul (ANJOS; HOFELMANN, 2011).

Com relação à avaliação antropométrica os achados apontaram que as participantes apresentaram diagnóstico nutricional semelhante em todas as variáveis aplicadas. O IMC avaliado no presente estudo demonstrou excesso de peso (sobrepeso e obesidade) tanto nas adultas como nas idosas. Características semelhantes de avaliação do estado nutricional, determinado pelo IMC elevado foram encontradas em um estudo realizado em um hospital público de Minas Gerais, que mostrou prevalência de excesso de peso nas mulheres com a doença (PREVIATO et al., 2015).

Outros parâmetros utilizados para avaliação do estado nutricional das mulheres foram a circunferência do braço (CB), circunferência da cintura (CC) e a dobra cutânea tricipital (DCT). É importante ressaltar que a circunferência da cintura é a medida que avalia a gordura abdominal (adiposidade central) e tem como objetivo estimar risco para as doenças cardiovasculares, obesidade e câncer. Com relação à CB, a presente pesquisa revelou que 20% das participantes apresentaram obesidade, em referência a CC 76,7% foram diagnosticadas com risco elevado para doenças cardiovasculares e pelos resultados da (DCT) 26,7% também apresentaram obesidade. Estudo sobre antropometria em mulheres com câncer de mama, realizado na região central do país apresentou valores de CB dentro da normalidade sem diferenças significantes, porém ao analisar a CC encontrou-se valores acima do normal (>88 cm). Já em relação à DCT, houve semelhança quando comparada a presente pesquisa (MARTINS et al., 2012).

Ao avaliar o estado nutricional por meio da antropometria foi observado que a obesidade e o câncer de mama mostraram uma associação positiva. Um estudo de caso controle realizado em duas clínicas em Salvador, encontrou que a obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) estava mais relacionada com câncer de mama (PINHEIRO et al., 2014).

A obesidade está atrelada a uma série de outras intercorrências orgânicas e metabólicas como o aumento de diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outras, sendo classificada como uma comorbidade cada vez maior, não só para mulher, como para toda a sociedade, devido a estilos de vida não saudáveis. Estudos têm evidenciado que o excesso de peso promove a elevação do nível de estrógeno, insulina e fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-1) circulantes. Essas substâncias em conjunto com outros fatores pró-inflamatórios, sintetizados pelos adipócitos, levam à progressão do ciclo celular e à inibição da apoptose, pois acredita-se que o aumento de tecido adiposo nos indivíduos obesos seja o fator determinante desses fatores, em virtude da disfunção endócrina exercida por esse tecido, aumentando, assim, o risco de desenvolvimento da neoplasia mamária (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

A presente pesquisa avaliou as variáveis CC e a DCT e foi encontrada uma relação positiva e significativa entre elas. Em concordância, outro estudo com mulheres com câncer de mama realizado em 2012 na região central do País, observou que tanto os casos, quanto os controles apresentaram CC muito aumentada (>88cm), maior quantidade de gordura corporal total e maior valor de DCT (MARTINS et al., 2012).

Quanto à análise do recordatório de 24 horas, neste estudo foi possível observar um consumo alimentar insatisfatório das pacientes, especialmente quando avaliada a composição percentual dos macronutrientes, onde todos estavam inadequados. Dentre os valores, os carboidratos encontravam-se abaixo, enquanto que as proteínas e lipídeos estavam acima do padrão recomendado pela OMS. Diante disso, estudo realizado na região Sul, difere dos valores encontrados de macronutrientes no presente trabalho, onde o percentual de lipídio foi menor, de carboidrato maior e a proteína apresentou resultados semelhantes. Já em relação a gordura saturada, poliinsaturada e monoinsaturada, em ambos os estudos encontravam-se dentro de recomendado (WHO, 2003; ZANCHIM et al., 2011).

Foi possível observar através da análise dos três recordatórios alguns alimentos que as participantes consumiam em excesso como carboidratos (arroz branco, pão carioca, açúcares, etc.) e proteínas (alta quantidade de carne vermelha). Além disso, foi observada ainda uma baixa ingestão de frutas, verduras e legumes e uma alta ingestão de preparações com molhos prontos, refrigerantes, alimentos industrializados e ultraprocessados.

Vale ressaltar que a baixa escolaridade e o fato de residirem no interior são fatores que podem estar associados à baixa variedade de alimentos na dieta, já que a aquisição de alimentos variados é influenciada pelos fatores econômicos, sociais e demográficos (PREVIATO *et al.*, 2015). Muitos desses alimentos da modernidade, mais especificamente os industrializados com alta densidade energética, têm sido associados ao surgimento de doenças crônicas, assim é importante que ações coletivas de educação nutricional sejam realizadas a fim de colocar alimentos tradicionais e saudáveis de volta ao prato da população (BRASIL, 2015).

## CONCLUSÃO

O presente estudo revelou uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres com câncer de mama, associados à elevação da circunferência da cintura, dobra cutânea tricipital e hábitos alimentares não saudáveis. A maioria das participantes apresentava ainda baixa escolaridade e residiam no interior do estado do Ceará, fatores que podem estar associados à baixa variedade de alimentos na dieta e a falta de informação sobre a importância de uma alimentação saudável, que proporcione uma melhor qualidade de vida, com peso adequado, uma vez que a obesidade está relacionada à progressão e à recidiva da neoplasia mamária.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS, J.C.; HÖFELMANN, D.A. Consumo alimentar e Câncer de Mama em mulheres de Joinville: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 2, p.177-187. 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O que é Câncer?**: Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>. Acesso em: 26 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2015. Incidência de câncer no Brasil**: Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=CE> >. Acesso em: 09 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação geral da política de alimentação e nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável** >Brasília; 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/D%20LU/Desktop/guia-alimentar-brasil-por.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual de Bases Técnicas de Oncologia – SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_oncologia\\_14edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_oncologia_14edicao.pdf)
- CIBEIRA, G. H.; GUARAGNA, R. M. Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 65-75, jan./fev. 2006.
- CLEVELAND, R. J., *et al.* Weight gain prior to diagnosis and survival from breast cancer. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, Washington, v. 16, n. 9, p.1803-1811, Sept. 2007.
- EMAUS, A., *et al.* Thune I. Metabolic profile, physical activity, and mortality in breast cancer patients. **Breast Cancer Res Treat**. Oslo, v.121, n.3, p.651-660, June 2010.
- INUMARU, L.E.; SILVEIRA, E.A.; NAVES, M.M.V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**. v. 27, n. 7, p. 1259-70. 2011.
- JEMAL, A., *et al.* Global cancer statistics. **CA Cancer J Clin**, Atlanta, v. 61, n. 2, p. 69-90, March/April, 2011.
- KARINE, A.M.; RUFFO, F.J.; ESTELAMARIS, T. M.; RÉGIS, R. P. Antropometria e perfil lipídico em mulheres com câncer de mama: um estudo caso-controle. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 39, n. 5, p. 358-363. 2012.
- LIMA, F. E. L., *et al.* Dieta e câncer no Nordeste do Brasil: avaliação da relação entre alimentação e consumo de grupos de alimentos e câncer de mama /**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 820-828, abr. 2008.
- LIPSCHITZ, D. A., Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**. 1994;21(1): 55-67.
- NUNES, L. C.; LEITE, I. C.G.; CARMO, W.F.S.A.; Consumo alimentar e câncer de mama: revisão de estudos publicados entre 2000 e 2008 / **Revista Atenção Primária Saúde**, Juiz de Fora, v.12, n. 3, p. 328- 338, jul./set. 2009.
- NUTWIN: **Programa de apoio à nutrição [software em CD-ROM]**. Versão 1.5. São Paulo: UNIFESP – Universidade Federal do Estado de São Paulo; 2002.
- PINHEIRO, A. B.; NETO, N.J.S.B.; RIO, J.A.; CRUSOÉ, N.S.D.R.; PINTO, R.M.O.; SANTOS, I.O.;

- PITHON, C.; MACHADO, C.A.C.; CORREIA, L.C.L. Associação entre índice de massa corpórea e câncer de mama em pacientes de Salvador, Bahia. **Rev Bras Mastologia**. v.24, n.3, p. 76-81. 2014.
- PREVIATO, D.R.D.A.; MENDES, M.C.S.; PENA, G.D.G.; MAIA, Y.C.D.P.; VOLP, A.C.; FREITAS, R.N.D. Caracterização sociodemográfica, nutricional e dietética de mulheres com câncer de mama atendidas em hospital público de Minas Gerais. **Rev Nutrire**, Minas Gerais, v. 40, n. 2, p. 120-128.
- SARKIS, K. S.; MACIEL, P.M.C.T.; JUSTA, R.M.D.E.; GOMES, L.L.; ALVES, C.L.; LIMA VERDE S.M.M. Padrão alimentar de mulheres com câncer de mama fortaleza: um estudo a posteriori. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza. 2014; v. 27, n. 3, p. 365-73.
- SEDÓ, K. S., *et al.* Conhecimento nutricional de mulheres com câncer de mama e sua relação com o estado nutricional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 71-78, jan./mar. 2013.
- ZANCHIM, F.C.; SIVIERO, J.; SANTOS, J.S.; SILVA, A.C.P.; ROMBALDI, R.L. Estado nutricional e consumo alimentar de mulheres com câncer de mama atendidas em um serviço de mastologia no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Hosp Clin Porto Alegre**. v.31, n. 3, p.336-44.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/ FAO expert consultation. Geneva: **WHO**; 2003. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao\\_introduction.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus, à professora Luanna Mara, pela disponibilidade, dedicação e os conhecimentos transmitidos, e a todos que contribuíram de forma direta e indireta a oportunidade para participação, aperfeiçoamento profissional, realização e conclusão desse trabalho.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Léa Maria Moura Barroso Diógenes (PQ)<sup>1</sup>, Mirian Calíope Dantas Pinheiro (PQ)<sup>1</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim (PQ)<sup>1</sup>, Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque<sup>2</sup>, Luana Ibiapina Cordeiro<sup>3</sup>, Mônica Rios Martins Pompeu<sup>4</sup>

*Docente do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação na Enfermagem, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil. Mestranda do Programa Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil. Mestranda do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação na Enfermagem, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

Email: caliope@unifor.br

Palavras-chave: Prática docente. Planejamento. Promoção da Saúde. População indígena.

### INTRODUÇÃO

O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana e consiste em desenhar, executar e acompanhar situações reais de um contexto vivencial com vista à intervenção. Ação esta realizada por atores sociais e orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004).

O processo de planejamento envolve, inicialmente, identificação dos problemas atuais e futuros, seus fatores determinantes, suas prioridades de intervenção para implementar soluções, ou seja, encontrar estratégias, cursos de ação a serem seguidos para solucionar os problemas, também definir procedimentos e quais indivíduos que serão responsáveis pelo desenvolvimento, avaliação e monitoramento das ações (BRASIL, 2016).

Ressalta-se, ainda, a instituição de programas de educação em saúde às populações específicas como estratégias metodológicas adequadas. Nesse sentido, as metodologias de planejamento em saúde têm importância primordial na organização dos serviços de saúde, sob vários aspectos e tipos.

Tem-se como exemplo o Planejamento Estratégico em Saúde (PES), com direcionamento ao nível central e pode ser aplicado em um sistema de saúde municipal de médio e grande porte, haja visto que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência das ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (BERNARDINI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Por outro lado, o planejamento Zielorientierte Projektplanung (ZOPP), diferentemente do PES, define uma situação global de macroproblemas e de complexidade intermediária, caracteriza-se pelo planejamento de projetos orientado por objetivos, por quanto apresenta limitações para fazer análise estratégica (BRASIL, 2016; TEIXEIRA, 2010).

Já, o Método de Análise e Solução de Problemas (MASP) é um processo de oito etapas que contribui para a identificação dos problemas e a elaboração de ações corretivas e preventivas para eliminá-los ou minimizá-los, auxiliando gestores (BRASIL, 2016; TEIXEIRA, 2010).

Ainda nesse contexto, apresenta-se o Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP), que visa a planificação tático-operacional de unidades de saúde, de sistemas locais menos complexos, ou de

programas específicos de ação, a fim de contribuir para a melhoria do nível de saúde de uma população ou comunidade, tanto quanto seja possível dado o conhecimento e recursos disponíveis. Especialmente de recursos financeiros, sem que se tenha claro de que forma estas atividades contribuirão para que a população seja adequadamente tratada. O que parece ser evidente, muitas vezes, nas estratégias de intervenção propostas que estão dirigidas centralmente à gestão operacional dos serviços ou ao controle da utilização desses recursos não são executadas (ACÚRCIO et al., 1995).

No caso dos povos indígenas, faz-se necessário fortalecer e direcionar ações educativas para o enfrentamento de problemas sociais existentes na comunidade, cujos órgãos responsáveis, em determinadas situações, desconhecem tal realidade.

Devido a possibilidade de atuação dos alunos do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE), da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), junto a uma população indígena de etnia Pitaguary, buscou-se realizar uma visita técnica, com a proposta de desenvolver um diagnóstico situacional e epidemiológico da população, com objetivo de avaliar o ensino-aprendizagem e sobre a importância do planejamento no setor



saúde. Desse modo, o Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP), parece-nos o mais adequado para o desenvolvimento do estudo.

A relevância do estudo deve-se a oportunidade de poder subsidiar os profissionais da equipe de saúde indígena para atender a população, a partir de um diagnóstico situacional e propor soluções, levando em consideração as vulnerabilidades e necessidades de saúde mais prementes.

Neste aspecto, buscou-se relatar a experiência vivida pelos docentes do MPTIE, ao sugerir a escolha e utilização de um método de Planejamento em Saúde pelos discentes junto à etnia Pitaguary, como subsídio de ensino-aprendizagem, aliar a teoria e prática e, em vista, principalmente, na promoção da saúde à população indígena.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pelos docentes do MPTIE da UNIFOR e da disciplina Enfermagem na Atenção Primária, a qual solicita aos discentes a elaboração de um projeto de intervenção para a população indígena Pitaguary através de um diagnóstico situacional e da aplicação de um método de escolha do Planejamento em Saúde. O método de escolha é uma ferramenta de fácil aplicação, pois permite a experiência teórico-prática de alunos, favorecendo ao processo de ensino-aprendizagem, cujo método considerado mais adequado para esse tipo de situação foi o Método Altadir de Planejamento Participativo (MAPP). O MAPP possibilitará a aplicação dos conceitos de planejamento contextualizado de situações-problemas e tem sido utilizado para com resultados no ensino-aprendizagem visando a assistência e o gerenciamento em saúde, articulando ensino-serviço (COSTA et al., 2014; MATOS; CALDEIRA, 2013). A disciplina ocorreu em agosto e setembro de 2016, com 11 alunos regularmente matriculados.

A metodologia foi aplicada em dois momentos: no mês de agosto, em sala de aula, os alunos e docentes iniciaram as atividades com a divisão dos grupos para a realização dos estudos. Os discentes foram divididos em 3 grupos, sendo entregues a cada um, textos sobre Planejamento em Saúde. Foi iniciado a leitura para discussão e apresentação à plenária, com debates sobre a importância do planejamento para elaboração de estratégia de ação em saúde coletiva.

Em seguida, os grupos foram desfeitos e foram organizados em um grande círculo para as discussões sobre o tema, os alunos discorreram sobre os tipos de planejamento e a sua aplicabilidade. Após a fundamentação teórica, os alunos passaram para a atividade de cine-debate, onde assistiram um documentário disponível no canal YouTube sobre a população indígena Pitaguary (<https://www.youtube.com/watch?v=st4XuO-hBvc>), o objetivo da proposta foi proporcionar aos alunos oportunidades de: compreender o desenvolvimento do processo saúde-doença no contexto físico e cultural dos povos indígenas Pitaguary; possibilitar a identificação de situações que se constituem em risco para a saúde da comunidade; oportunizar o trabalho em equipe multiprofissional, na realização de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos e, refletir sobre as atuais atribuições do enfermeiro na atenção à saúde indígena, visando redefinir os papéis dessa categoria na promoção da saúde indígena.

Para tanto, foi orientado aos alunos a observarem atentamente aos detalhes, na busca de identificar os principais problemas expostos no documentário, e que eles deveriam registrar os problemas por ordem de prioridades, quer sejam riscos físicos, ambientais ou de saúde (quem eram os parceiros na atenção à saúde, mudanças nos últimos cinco anos e os aspectos culturais da população).

Foi elaborado três entrevistas, para balizar as informações retratadas no filme, sendo duas semiestruturadas, com questões objetivas e subjetivas, uma só com questões subjetivas. A primeira destas abrange questões sociodemográficas e de caráter epidemiológico, a segunda com questões sociocultural, e a terceira com questões etnobotânicas e de hábitos de vida da população indígena. Utilizada esta estratégia para que em outro momento pudessemos fazer a visita em lócus.

O segundo momento, ocorreu em setembro e realizou-se a visita à comunidade indígena e atendeu todas as etapas do MAPP que consiste em: 1) identificação e seleção dos problemas prioritários através da utilização da técnica de Estimativa Rápida; 2) explicação dos problemas e identificação das soluções necessárias; 3) elaboração do plano de ação (CEBRAP, 2009; ACÚRCIO et al., 1995).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O primeiro momento do método MAPP consiste na observação da realidade, e para tanto foi realizada a visita técnica à aldeia indígena Pitaguary, localizada no município de Pacatuba-CE na região de Monguba, para identificar e selecionar as prioridades do contexto. No dia 2 de setembro de 2016, os alunos e docentes tiveram oportunidade de conhecer a Unidade Básica de Saúde, o anexo específico para atendimento da população indígena, a escola indígena, o Pajé e lideranças. Na ocasião, além da observação do contexto foi realizada as entrevistas com as

lideranças, com o Pajé e com o Agente Indígena de Saúde (AIS). Os alunos participaram de uma dança típica indígena, denominada Rito do Toré, o qual representa símbolo de união e etnicidade.

No dia seguinte, foi elaborado o Diagnóstico Situacional da Comunidade indígena com a finalidade de planejamento das ações e de intervenção pertinentes. Com a observação da comunidade e os relatos obtidos a partir das entrevistas foi selecionado os problemas, identificado a importância dos mesmos, a urgência e a capacidade da população para o enfrentamento.

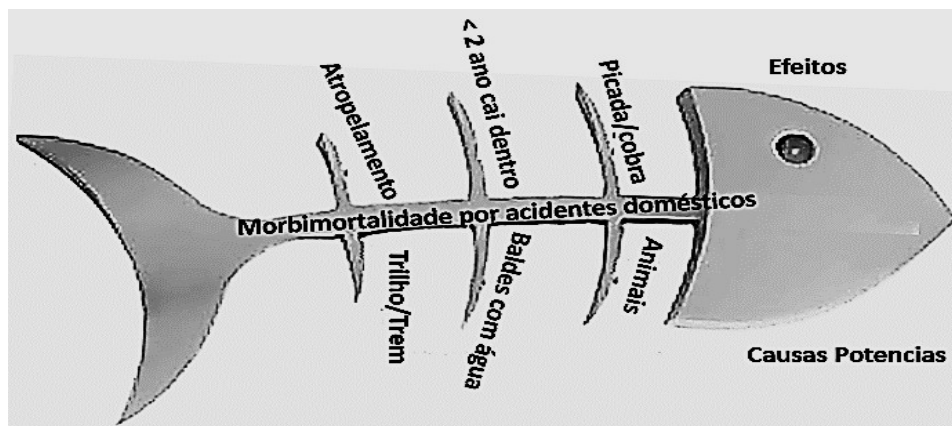
Observou-se que o povo indígena Pitaguary são povos que lutam pela preservação da sua cultura, com grupo de presença em eventos marcantes dentro e fora de sua área. Mantém em seu território um conselho local de saúde, uma escola indígena, e uma casa de apoio que, periodicamente, ocorre reuniões de diferentes etnias para atividades socioculturais e decisões sobre problemas sociais e territoriais existentes. A população Pitaguary possui uma tradição religiosa matriz-afro-indígena-brasileira. Tem vivenciado problemas com a terra, demarcação do território, delimitação de área agrícola, desmatamento, conflitos de indígenas e invasão de posseiros que insiste em permanecer na área demarcada pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), além dos vários problemas que são capazes de abalar as estruturas familiares e fragilizar os relacionamentos, dentre eles: o desemprego, a ociosidade, falta de lazer, esporte, o uso de drogas e o aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na aldeia.

Por outro lado, os hábitos de vida inadequados, o sedentarismo, obesidade, tem elevado os números de doenças crônicas não transmissíveis entre idosos e adultos jovens. A depressão pós-parto, os acidentes, quedas, afogamento, atropelamento, principalmente em crianças menores de 5 anos, tem resultado no aumento dos casos de morbimortalidades infantil.

Ressalta-se que produções científicas são elaboradas com o despertar de assuntos que envolvem diversos eixos temáticos direcionados aos povos indígenas, desde a gestão territorial e ambiental até questões de gênero, gestão administrativa, sustentabilidade econômica e valorização cultural (BAVARESCO; MENEZES, 2014).

No segundo momento do método a partir das discussões foram elencados os problemas e apontadas as possíveis soluções para a construção coletiva da espinha de peixe dos problemas. O primeiro problema a ser solucionado por ordem de prioridades foi riscos de morbimortalidade por acidentes domésticos, e as relação de causas e efeitos dos mesmos.

**FIGURA 1:** Morbimortalidade por acidentes domésticos, causas e consequências (efeitos)



**Fonte:** Elaborado pelos alunos do MPTIE. Fortaleza, 2016.

Para aplicação do método, destaca-se o primeiro problema elencado pelos alunos por ordem de prioridades, morbimortalidade por acidentes domésticos, e as relação de causas e consequências para elaboração da espinha de peixe. As causas potenciais do problema caracteriza-se pelo convívio de crianças com animais doentes e peçonhentos, como cobras venenosas, o acondicionamento inadequado da água em baldes, o que aumenta os riscos de acidentes domésticos em crianças menores de dois anos de idade, com morte por afogamento. Por outro lado, terreno acidentado, pedregoso e próximo a linha do trem o que aumenta os riscos de atropelamento, dentre outros. A proposta de intervenção para o problema foi a estratégia de educação em saúde, com a elaboração de oficina educativa com o tema: prevenção de acidente doméstico e primeiros socorros, sendo o público alvo, mulheres, crianças, adolescentes, educadores e Agente de Saúde Indígena (AIS).

Nesse contexto, a proposta de intervenção ao terceiro momento do método, que consiste na elaboração do plano de intervenção, foi pensado como fazer, o que fazer e quem seriam os responsáveis por executar as ações frente ao problema selecionado pelos participantes, a estratégia desenvolvida foi a educação em saúde, que foi elaborada pelas alunas da primeira turma do curso de Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

No quadro 1 descreve-se o plano de educação em saúde para comunidade indígena de escolha, a partir do primeiro problema selecionado para uma proposta de intervenção, que se segue:

Quadro 1 - Plano de Educação em saúde

Plano de Educação em Saúde na Comunidade Indígena Pitaguary					
Aspectos Gerais:					
<p><b>Tema:</b> Educação em Saúde sobre Primeiros Socorros  <b>Local a ser desenvolvido:</b> Comunidade Indígena Pitaguary  <b>Público alvo:</b> Mulheres, crianças e adolescentes, AIS (Agente de Saúde Indígena) e Educadores.  <b>Data prevista para execução:</b> Março de 2018.  <b>Propósito:</b> Orientar sobre medidas básicas de primeiros socorros.  <b>Meta:</b> Demonstrar as noções básicas de Primeiros Socorros na Comunidade Indígena, orientando sobre as medidas adequadas a serem tomadas diante de determinadas ocorrências e capacitando-os a realizar procedimentos básicos.</p>					
Objetivos	Conteúdo	Método de instrução	Tempo (min)	Recursos	Método de Avaliação
<p>Apresentar as situações que envolvem risco de morte;            Demonstrar as noções básicas de Primeiros Socorros na Comunidade Indígena.</p>	<p>Obstrução de vias aéreas;            - Parada cardiorrespiratória;            Crise convulsiva;            - Picada por animais peçonhentos;            Hemorragias;            Queimaduras;            Fraturas;            - Afogamento</p>	<p>- Serão utilizadas proposições de problemas, discussões em grupo, vivências e simulações.            - Também serão promovidas exposições dialogadas.</p>	120 minutos	<p>Folder;            Bonecos práticos;            Cartazes;            Banner</p>	<p>- Roda de conversa;            - Participação nas atividades práticas.</p>

**Fonte:** Elaborado pelos alunos do MPTIE. Fortaleza, 2016.

A elaboração de oficina educativa com o tema prevenção de acidentes doméstico e primeiros socorros, como parte do projeto multiprofissional e interdisciplinar intitulado *Tecnologias na atenção à saúde indígena: um projeto de intervenção* a ser implantado em 2018. O público alvo para a implantação da intervenção será as mães, as crianças e os adolescentes.

Identificou-se que o uso deste método de planejamento participativo contribuiu como metodologia norteadora das atividades para elaboração de estratégias de promoção da saúde para a população indígena, como observado em outros estudos (COSTA et al., 2014; MATOS; CALDEIRA, 2013).

Em todos os momentos, os alunos apresentavam-se motivados durante o planejamento e elaboração das ações, curiosos por nunca terem trabalhado com povos indígenas e referiam desconhecimento acerca das mudanças dos hábitos culturais e alimentares, ao longo do tempo.

O Pajé referiu satisfação e agradecimento pela ação educativa ao seu povo e o resgate da cultura indígena. Quanto à população indígena foram receptivos e prestativos quanto a participação do estudo, por perceberem a importância do trabalho e sentiram-se acolhidos pelos alunos, pois seus problemas foram ouvidos de forma empática, individualizada e atenta. A participação de forma ativa dos índios para realização de cada momento do estudo, foi essencial para o planejamento de ações viáveis e cabíveis com vista na promoção da saúde da comunidade.

## CONCLUSÃO

O uso do método de planejamento participativo (MAPP) como estratégia de promoção da saúde contribuiu para o enriquecimento do conhecimento adquirido pelo aluno, pois o mesmo será capaz de conhecer a realidade de populações específicas, ampliar quanto a possibilidade de utilizar novas metodologias para direcionamento de ações resolutivas diante de situações adversas, como também no gerenciamento do cuidado.

Diante das situações identificadas, faz-se necessário sensibilizar os atores sociais que atuam na atenção à saúde indígena, para a adoção de medidas de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos. Com maior envolvimento nas questões indígenas, necessitando para tanto, capacitar agentes indígenas de saúde, rever a formação dos futuros profissionais de saúde, qualificar os que atuam junto a essas populações e aprofundar a discussão sobre as políticas voltadas para as questões indígenas junto aos formuladores de políticas para esta área.

Pretende-se dar continuidade a esse estudo, através da elaboração de novos planos de ações e execução por uma equipe multiprofissional, utilizando-se de novas tecnologias de saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida dessa população indígena.

## REFERÊNCIAS

- ACÚRCIO, F.A.; SANTOS, M.A.; MARCHEZZINI, P.; FERREIRA, S.M.G. **Manual de Planejamento: Uma proposta de Planejamento Participativo**. Belo Horizonte, 1995.
- BAVARESCO, A.; MENEZES, M. **Entendendo a PNGATI: Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental Indígenas**. – Brasília: GIZ/Projeto GATI/Funai, 2014.
- BERNADINI, T. F.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**. Volume 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- CEBRAP. Instituto de Desenvolvimento de Estudos. **Modelo de Gestão da Saúde Indígena**. 2009.
- COSTA, F.M.; CARNEIRO, J.A.; ALMEIDA, M.R.; CARNEIRO, M.A. Planejamento Participativo: processo de interação entre serviços e comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 3, n.2, p. 170-183, 2014.
- GÓES, H.L. de F.; BALDISSERA, V.D.A. O Método Altadir de Planificação Popular como instrumento de ensino da gerência em enfermagem. **Revista Investigación Y Educacion en Enfermería**, v. 30, n.2, p. 254-259, 2012.
- MATOS, F.V.; CALDEIRA, A.P. Interação comunitária e planejamento participativo no ensino médio. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.37, n.3, p.434-440, 2013.
- TEIXEIRA, C.F. (org). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.
- VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EPJV, PROFORMAR, 2004. 68 p.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR pelo apoio e incentivo à pesquisa, e a população indígena Pitaguary.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS PARA ADOLESCENTES NA ESCOLA

**Maria Simone da Silva Rodrigues<sup>1\*</sup>, Bruna Nunes Osterno<sup>2</sup>, Ana Cintia Silva Loiola<sup>3</sup>, Sarah Sales Rabelo<sup>4</sup>, Gabriela Justa Sousa Dias<sup>5</sup>, Bruna Michelle Belém Leite Brasil<sup>6</sup>.**

*1 Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*6 Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde do Idoso (GEPSI). Fortaleza- Ceará-Brasil.*

E-mail: mone.silv@hotmail.com

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Assistência Integral a Saúde, Educação em Saúde, Doença sexualmente transmissível, Adolescentes.

### INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa de vida caracterizada por diversas mudanças sociais, emocionais no decorrer do seu desenvolvimento; ressaltando que é fundamental a participação ativa da família e da escola na construção do conceito sexual, reprodutivo e preventivo no que se diz respeito a infecções sexualmente transmissíveis vivenciados por ele neste momento de transformação (GUBERT, 2016).

A população Infanto-Juvenil tem se exposto mais as DST/HIV, pelo uso inadequado dos preservativos, ou por ausência do mesmo, assim, como mau uso dos métodos contraceptivos, associado à falta de conhecimento e acesso a eles, assim, por falta de diálogo, preparação dos professores e frequência dos profissionais de saúde dentro das escolas deixando esses adolescentes vulneráveis a mercê das IST's (MACHADO, 2014).

O início da abordagem formal da sexualidade nas escolas brasileiras foi ainda nas décadas de 20 e

30 do século XIX, segundo César (2010), a educação do sexo das crianças fez parte da iniciativa de Fernando Azevedo que, em 1922, reformava o sistema educacional, ressaltando o interesse moral e higiênico na educação das crianças. Contudo, foi apenas no final dos anos 80 e início dos 90, período de auge da epidemia de HIV/AIDS, que o tema da sexualidade adquiriu grande espaço nas discussões educacionais, mas passou a ser limitado ao conceito de "sexo seguro".

Para César (2010), no início dos anos 90, a escola era vista como um lugar fundamental para propagar essa perspectiva: A partir desse momento, o discurso da sexualidade nas escolas brasileiras foi definitivamente colonizado pela ideia de saúde e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez na adolescência, tomadas como sinônimo de problema de saúde física e social. Na faixa etária de 13 a 19 anos, a maior parte de registros da doença está entre adolescentes mulheres, para oito casos em meninos, 10 em meninas numa inversão em 1998, que se mantém até hoje (UNICEF, 2011).

Atualmente se discute o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), tendo como objetivo principal estimular a ampliação do acesso e melhorar a qualidade da atenção primária à saúde, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Primária em Saúde (Machado, et al, 2014).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma das principais políticas voltadas pra criança e adolescente e jovens, para o Ministério da Saúde o qual tem como objetivo oferecer um leque de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde no ensino básico público (MACHADO, et al, 2014).

Dentre seus componentes destaca-se a avaliação clínica, nutricional, promoção da alimentação saudável, avaliação oftalmológica bem como as ações de educação permanente em saúde, atividade física e saúde, promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar e inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (GUBERT, 2016).

A promoção da saúde no cenário escolar é processo em continuo de desenvolvimento, com o fortalecimento e a sustentação da articulação entre as escolas públicas, particulares junto às equipes da Estratégia Saúde da Família, deve-se realizar ações preventivas de educação e saúde dirigidas aos alunos de forma lúdica e criativa que os envolvam e os tornem responsáveis por sua prevenção sexual e reprodutiva. Objetivou-se relatar a experiência de uma educação em saúde sobre as infecções sexualmente transmissíveis, salientando os aspectos e características da doença de modo a orientar os adolescentes a identificarem os sinais e sintomas das IST's.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado em uma Escola de Ensino Fundamental e Médio, sob a jurisdição da regional V, localizada em Fortaleza-CE; Participaram da atividade educativa 3 turmas de 30 alunos, totalizando 90 participantes, de ambos os sexos, com idade entre 11 a 17 anos . A turma foi dividida em 2 horários, uma turma da manhã e 2 turmas da tarde, em dias diferentes, A experiência foi realizada pelas alunas e professora do curso de graduação de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará, junto com professores da escola, no mês de março de 2015. Dividimos a realização da atividade educativa em três momentos: **1º momento:** foi realizando uma dinâmica quebra gelo com música e exercício físico, confeccionado um painel com imagens de IST's, utilizaram-se preservativos masculinos e femininos para demonstração de como é, como se usa e pra que serve. No **2º momento:** realizou-se uma roda de conversa na ocasião eles escreveram perguntas nos papéis sem se identificar pra tirar duvidas e curiosidades e foram colocados em algumas carteiras sem que soubesse, três papéis com a seguinte frase: agora é você, o aluno que encontra-se vinha até a frente demonstrar como se abre o preservativo, falar onde se faz os testes rápidos e exames sugestivos referenciando a UAPS. No **3º momento:** foi feita uma atividade sobre o preconceito e no final foi pedido que falassem como se sentiam, foi solicitado que 10 saíssem e ficassem fora da sala, colocou-se uma venda nos olhos deles e uma frase que dizia: abrace-me, me empurre tenho HPV, não mim toque tenho sífilis, dance comigo tenho HIV, segure minha mão não quero ficar só, colado no dorso do aluno, colocou-se uma música lenta onde todos foram orientados a se misturar e fazer com os alunos de olhos vendado o que estava nas frases, depois que todos foram contemplados tiraram a venda e falaram como se sentiam. Nesse momento explicou-se sobre a importância de se prevenir, de compartilhar sentimentos, buscar assistência e nunca ter preconceito, mas estender a mão a adolescente que estiver grávida e ao amigo com IST, após ouvi-los serviu-se um café da manhã, com baste frutas para estimulando a alimentação saudável.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o encontro, os alunos da Escola de ensino fundamental e médio demonstraram muito interesse sobre a temática. No 1º momento notou-se que os discentes eram tímidos, porém com a música dançante os mesmo se soltaram, abrindo espaço para serem apresentados os preservativos tirando assim, dúvidas de como abrir, colocar e descartar o preservativo após o uso, enriquecendo assim, a discussão. No 2º momento os alunos foram desafiados a expor o que tinha aprendido sobre como usar, pra que serve e onde buscar orientação e assistência em caso de suspeita de infecção, já estavam desinibidos, participativos e ajudando os colegas que participaram pegando os papeis debaixo da carteira, mas que se sentiam inseguros ou se mostravam tímidos. No 3º momento eles interagiram compartilhando a experiência que sentiram ao passar pela situação de preconceito na brincadeira, por estarem de olhos vendados, e pela sensação de estarem só, assim como aqueles que foram abraçados relataram como é bom ter um abraço, um aperto de mão quando você não enxerga nada, aplaudiram, vibraram e agradeceram pela atividade que foi proposta.

Ressaltando que os professores da turma estavam conosco observando a atividade e ficaram entusiasmados para dar continuidade a essas práticas de saúde na escola. Esta atividade contribuiu para o aprendizado dos acadêmicos de enfermagem , e sobre a importância de elaborar atividades de promoção de saúde e prevenção das IST's nos adolescentes em fase escolar, promovendo assim, o controle da disseminação de doenças .

Atividades educativas voltadas para as adolescentes ainda são, um desafio muitas vezes, pautadas no ciclo gravídico-puerperal, as quais se restringem à prevenção da gravidez, não se atendo à sexualidade como um todo nas modificações típicas da adolescência. Em vista disso, só é possível promover a saúde a está população especifica se houver a prática do programa saúde na escola, em parceria com as escolas, sua família e comunidade, por isso é significativo envolver pais e parceiros sexuais nesta caminhada. Dessa forma, certamente, essas pessoas se sentirão responsáveis por sua realidade e se tornarão promotoras da saúde de suas famílias.

## REFERÊNCIAS

CÉSAR, M. R. de A. Sexualidade e gênero: ensaios educacionais contemporâneos. Instrumento: **R. Est. Pesq. Educ. Juiz de Fora**, v. 12, n. 2, jul./dez. 2010.

Gubert FA, et al. Perfil sociodemográfico e sexual de adolescentes escolares sexualmente ativas em Fortaleza-CE. **Rev. Adolescência e Saúde**. UERJ, 2016; 13(Supl.12): 41-50.

Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, Sampaio YPCC, Dias MSA, Almeida AMB et al. Programa Saúde na Escola: Estratégia Promotora de Saúde na Atenção Básica no Brasil. **Journal of Human Growth and Development**. 25(3): 307-312. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96709>.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília, DF: UNICEF, 182p, 2011.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus que torna real os sonhos e nos capacita com inteligência, coragem e perseverança para avançar. Meus pais, que ficaram com meus filhos enquanto trabalhava e estudava, ao meu esposo por todo incentivo e apoio, assim como amigos e professora que acreditaram e ajudaram na construção deste trabalho, a Eles todo meu amor e eterna gratidão.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A PRÁTICA DA LONGITUDINALIDADE NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Gláucia Margarida Bezerra Bispo<sup>1\*</sup>, Eduarda Maria Duarte Rodrigues<sup>1</sup>, Jackeline Kerollen Duarte de Sales<sup>2</sup>, Camila Neves Almeida Oliveira<sup>1</sup>, Lívia Parente Pinheiro Teodoro<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) Fortaleza-Ceará-Brasil,

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato-Ceará-Brasil

<sup>3</sup> Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Crato-Ceará-Brasil.

E-mail: glauciambispo@hotmail.com

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Longitudinalidade. Avaliação em saúde.

### INTRODUÇÃO

O maior desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é o de alcançar integralmente as populações mais vulneráveis. Com o estabelecimento de estratégias que reduzem as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e as políticas de equidade, acredita-se ser possível superar esse desafio. Considera-se que o vínculo longitudinal e a acessibilidade dos serviços dentro do território geográfico favorecem exponencialmente o cuidar integral, tem-se investido nesse foco e objetiva-se atingir essa meta como prioridade (BRASIL *et al.*, 2016).

Com o objetivo de diagnosticar e pontuar os fatores que tornam a Atenção Primária à Saúde (APS) ainda não abrangente, surge a necessidade de indicar quais funções precisam ser medidas de forma que os resultados desta avaliação permitam estabelecer metas para o aperfeiçoamento contínuo, sendo imprescindível firmar padrões específicos, a fim de auxiliar nas possíveis comparações (STARFIELD, 2002).

O Ministério da Saúde (MS) dedica-se a avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. A Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) tem publicado documentos no intuito de fornecer suporte aos processos decisórios para o Sistema de Saúde. Além de estudos sobre avaliação em saúde efetuados por pesquisadores de instituições governamentais e não governamentais. Pontuam-se os instrumentos que são utilizados para avaliar a APS no nosso país, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A capacidade de cada instrumento se direciona a avaliar os atributos da Atenção Primária, o *Primare Care Assessment Toll* – (PCATool) destaca-se por ser capaz de mensurar todos esses atributos e o fato de poder ser respondido por profissionais e usuários (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

A longitudinalidade como atributo essencial da Atenção Primária à Saúde fortalece a assistência prestada nas Estratégias Saúde da Família (ESF). Conhecer a extensão desse atributo dentro das ESF permite que os profissionais compreendam o atual estado da integralidade do cuidar dentro da rede de saúde. Diante dessa compreensão é possível planejar atitudes que favoreçam o melhoramento da prestação de serviços ofertados na APS.

Nesse sentido, objetivou-se compreender as potencialidades e fragilidades na prática da longitudinalidade dentro das Estratégias de Saúde da Família.

### METODOLOGIA

Estudo de natureza quantitativa, transversal com caráter descritivo. Foi desenvolvido nas equipes de ESF em uma cidade do Sul do Ceará, no período de janeiro a julho de 2017. Dados da Coordenadoria da Atenção Básica do município pontuam que no período estudado possuíam 40 equipes de Saúde da Família implantadas, sendo 23 na zona urbana e 17 na zona rural. A população do estudo compreendeu profissionais de saúde de nível superior que atuam na ESF, contando com 14 cirurgiões-dentistas, 26 enfermeiros e 26 médicos totalizando 66 profissionais na zona urbana do município.

Adotou-se como critério de inclusão atuar na ESF há no mínimo um ano, considerando que o tempo é fator determinante para o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e usuários; e como critérios de exclusão: estar afastado por motivo de férias ou licença médica.

Utilizou-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil, na versão para Profissionais, com recorte para o atributo Longitudinalidade. Os dados quantitativos desta pesquisa foram analisados a partir de Estatística Simples.



O projeto foi avaliado pelo CAAE 65523717.5.0000.5055 e tem aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, está registrado sob o número de parecer 2.081.308. Foram atendidos os princípios éticos e legais em conformidade a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde para execução deste estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 32 profissionais, sendo 15 enfermeiros (46,9%), 08 médicos (25%) e 09 cirurgiões-dentistas (28,1%).

Os profissionais e usuários são a essência do que permeia a Saúde da Família, por isso seus vínculos devem estar fortalecidos, começando pela acolhida até a sala de atendimento, na qual o profissional irá esclarecer as dúvidas e anseios dos pacientes. Nesse ensejo, o item que mostra a regularidade do atendimento com o profissional, retratando sua pertinência, observou-se que 66% dos profissionais afirmavam regularidade em seu atendimento, sendo que 75% pela classe médica e 44% cirurgiões-dentistas.

Oliveira e Pereira (2013) ressaltam que a longitudinalidade nesse processo de vínculos ativos tende a produzir diagnósticos precisos, quando os profissionais avaliam melhor a situação dos pacientes para definir os diagnósticos diminuem os encaminhamentos para atenção especializada. Ressaltando deste modo que a continuidade do cuidado e o maior tempo dos profissionais na Saúde da Família proporcionam a eficácia nos atendimentos.

Outro ponto investigado a ser destacado, foi a possibilidade de sanar dúvidas através das ligações telefônicas, 40% enfermeiros acreditaram na possibilidade do esclarecimento das dúvidas através desse método, enquanto 88% dos médicos e 44% dos cirurgiões-dentistas acreditaram que provavelmente não seria eficaz.

Observando esses dados que no diz respeito à acessibilidade aos profissionais, Souza, Mandu e Elias (2013) apontam os enfermeiros como parte da mudança, práticas e inovações e buscadores de uma forma de maior humanização, sensibilidade, conversa, escuta, estreitando assim, o vínculo com os pacientes.

Quanto ao conforto do paciente em expor suas preocupações, 75% dos médicos disseram que os usuários relatavam seus problemas, 53% dos enfermeiros enfatizaram que com certeza os usuários relatavam os problemas, porém 11% dos cirurgiões-dentistas afirmaram que não. Ressalta-se ainda que 78% dos odontólogos, 73% dos enfermeiros e 38% dos médicos afirmaram disponibilizar tempo suficiente para os usuários exporem seus problemas.

Silva (2015) realça as exposições dialogais nas consultas dos pacientes tendo em vista que a ausência dessa empatia, leva a uma condição de medo e angústia nos usuários, evidenciando ainda mais a importância do estabelecimento de um vínculo terapêutico e comunicativo com o usuário e sua família.

As avaliações quanto ao conhecimento dos profissionais para entender quais são os problemas mais importantes para os pacientes, apontou que 67% dos enfermeiros, 88% dos médicos e 44% dos dentistas colocaram que sim, provavelmente compreendiam quais eram os problemas pertinentes para estes.

Os dados são pertinentes e positivos quanto ao vínculo dos profissionais com os usuários. Lima (2014), desvela que as relações interpessoais verdadeiras impactam positivamente para os profissionais e pacientes, pois sugere empoderamento dos envolvidos no processo de trabalho de Saúde da Família e considera também como processo desafiador para reorganização dos serviços de saúde.

Observa-se deste modo, o fluir da continuidade do cuidado, quando os profissionais compreendem quais os problemas de seus pacientes. É importante para formação dos vínculos a visão amplificada dos problemas, conduzindo-os para a formação de um plano de cuidados integral para a família. O vínculo nesse sentido estabelece um poder afetivo entre o profissional e o usuário, fazendo com que as ações de saúde se tornem eficazes, pois assim, estes tendem a procurar mais pelo serviço de saúde, influenciando de maneira harmônica na continuidade do cuidado (SILVA; FRANCOLL, 2014).

No entanto, quando se avaliou se os profissionais sabiam com quem seus pacientes moravam, a avaliação foi concernentemente negativa, pois 53% dos profissionais relataram não saber. Este dado mostra uma lacuna entre os profissionais e os usuários, visto que para o cuidado integral da família, seria necessário conhecê-la, tendo como importante estratégia a visita domiciliar que proporcionaria o estreitamento dos laços tornando-os um elo fortalecedor para os vínculos dentro da Saúde da Família.

Contudo, outro aspecto enfatizado para a continuidade do cuidado e a longitudinalidade, foi o conhecimento do histórico de saúde do paciente respondido de forma positiva por 59% dos pesquisados. Destarte, quando ressaltado o conhecimento que os profissionais tinham a respeito dos vínculos empregatícios de seus pacientes, 75% dos médicos, 44% dos cirurgiões-dentistas e 33% dos enfermeiros informaram conhecer.

O estabelecimento do vínculo afetivo e a responsabilidade são etapas necessárias para aumentar a relação profissional-usuário, na busca de uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, da humanização e da melhoria da qualidade da assistência. Compreender o contexto em que os usuários vivem, é o modo eficaz para

adaptar as próprias terapêuticas para que sejam condizentes com a realidade (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

Com relação ao conhecimento das dificuldades de acesso a aquisição das medicações prescritas e de quais medicações os pacientes faziam uso a minoria dos profissionais médicos (32%) e enfermeiros (42%) responderam positivamente.

Os valores atribuídos indicam que a longitudinalidade encontra-se fragilizada, tendo em vista que o escore alcançado ficou abaixo o ponto de médio de 6,6, o que indica um distanciamento na qualidade dos serviços. Não obstante, avalia-se ainda uma fragmentação nas práticas dentro das ESF, perfazendo a continuidade do modelo assistencial biomédico.

## CONCLUSÃO

Infere-se portanto, a necessidade de intervenções a serem planejadas pelos gestores e pelos profissionais na própria Estratégia, a fim de reconhecer a sua essência em meio territorial, tais como a criação de políticas que diminuam a rotatividade dos profissionais e a redução do quantitativo de pessoas sob a responsabilidade da Estratégia Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL, G. B.; SANTOS, D. K. A.; NOGUEIRA, L. M. V.; RODRIGUES, I. L. A. Modo de vida ribeirinho e a longitudinalidade do cuidado na atenção primária em saúde. **Santa Maria**, v. 42, n.1, p. 31-38, jan./jun. 2016.
- FIGUEIREDO, A. M.; KUCHENBECKER, R. S.; HARZHEIM, E.; VIGO, A.; HAUSER, L.; CHOMATAS, E. R.V. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**: Brasília, v. 22, n. 1, p. 41-48, jan./mar., 2013.
- LIMA, C. A. de. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 22, n. 1, p. 152-60. 2014.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. espec., p. 158-164, 2013.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## RECONHECENDO O DOMÍNIO IMPLEMENTAÇÃO NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES

**Maria de Fátima Antero Sousa Machado<sup>1</sup>, Anailza de Souza Duarte<sup>2</sup>, Samyra Paula Lustoza Xavier<sup>3</sup>, Lucas Dias Soares Machado<sup>4</sup>, Maria Rosilene Cândido Moreira<sup>5</sup>, Heraldo Simões Ferreira<sup>6</sup>**

*1 Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-CE, Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC.*

*2 Mestre em Saúde da Família. Universidade Regional do Cariri, Crato – CE, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC.*

*3 Discente do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Universidade regional do Cariri, Crato-CE, Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC.*

*4 Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato-CE, Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC.*

*5 Doutora em Biotecnologia. Docente do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável, Universidade Federal do Cariri, Juazeiro do Norte – CE, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC*

*6 Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual do Ceará – UECE.*

E-mail: fatimaantero@uol.com.br

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Saúde do Adolescente. Unidade Básica de Saúde.

### INTRODUÇÃO

Entende-se a adolescência como o período de crescimento e desenvolvimento do ser humano situado entre a infância e à idade adulta, delimitado cronologicamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995) como a faixa dos 10 aos 19 anos de idade, concepção também adotada no Brasil, pelo Ministério da Saúde (MS). Entretanto, para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) essa fase vai dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

A adolescência é uma fase marcada por grandes descobertas e instabilidade emocional, período no qual é consubstanciada a personalidade, de modo que, esta fase não pode ser reduzida a uma simples faixa etária, pois se trata da transformação para a vida adulta e, portanto, de fase de decisões biológicas, sociais e, principalmente, psicológicas para toda a vida (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Essa fase é considerada como um momento marcado pela vulnerabilidade, sendo esta entendida como a capacidade do indivíduo de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associadas a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. Alguns destes fatores podem aumentar o grau de vulnerabilidade dos adolescentes frente às diferentes situações e problemas vivenciados na adolescência (BRASIL, 2005).

Acrescenta-se que as principais causas de morbimortalidade dos adolescentes estão diretamente relacionadas a problemas que poderiam ser prevenidos em nível primário. Havendo, portanto, a necessidade do desenvolvimento de estratégias que atendam às necessidades desse público, que melhorem a qualidade da assistência prestada e reduzam o número de óbitos e agravos evitáveis (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

Nessa perspectiva, a utilização de estratégias que visem à saúde do adolescente é essencial para que os profissionais de saúde identifiquem características e/ou condições para potencializar os recursos disponíveis no enfrentamento das situações vulnerabilizantes. Isso significa que não se pode mais pensar as ações de atenção ao adolescente a partir de um único ponto de vista, visto que, deve-se levar em consideração que são sujeitos diferentes, em constante mudança, que exigem práticas em saúde integrais, contextualizadas e dialógicas.

No âmbito da atenção à saúde do adolescente, há fragilidades na instrumentalização técnica dos profissionais para lidar com as necessidades e as demandas deste público. A indisponibilidade de recursos humanos habilitados para atuar na perspectiva da atenção integral e as ausências de planejamento para suprir tais necessidades apontam para causas básicas que dificultam o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde (COSTA, 2011).

Para Higarashi et al (2011) há uma lacuna no processo de atenção da ESF voltada para adolescentes relacionada a percepção da adolescência como uma faixa etária pouco associada a problemas de saúde. Os autores ressaltam que não parece haver uma preocupação com a realização de ações sistematizadas junto a tal público, e as ações geralmente realizadas se vinculam ao atendimento à livre demanda, assistindo-o apenas na queixa, sem um olhar diferenciado para as peculiaridades desta fase.

Diante do exposto, há a sinalização de que os profissionais ainda apresentam fragilidades na organização dos serviços para trabalhar ações voltadas para a saúde do adolescente. Neste contexto, Henriques, Rocha e Madeira

(2010) destacam a adequada formação profissional, a atenção integral, a adequação dos serviços de saúde, a criação de vínculos e a inserção dos adolescentes nas atividades realizadas pela ESF como elementos essenciais para a melhoria da qualidade na assistência a este público.

No entanto, a literatura revela que, mesmo havendo esforços para melhorar a qualidade da assistência ofertada aos adolescentes, poucos profissionais possuem capacidade ou se sentem motivados para trabalhar com esse público, e mais, as ações que são desenvolvidas por esses profissionais ainda são fragmentadas, desconsiderando o contexto dos problemas que ameaçam os adolescentes (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008; OLIVEIRA et. al., 2009).

Diante do exposto, pode-se inferir que existem fragilidades dos serviços de saúde, em particular dos profissionais de saúde, para o trabalho com adolescentes, para a atenção às peculiaridades e complexidade das suas necessidades. Para tanto, o presente estudo objetiva identificar o domínio implementação nas ações de educação em saúde com adolescentes à luz do CompHP.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, realizado entre os meses de dezembro de 2015 a julho de 2016. O cenário de desenvolvimento deste estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada no projeto de irrigação Senador Nilo Coelho núcleo 10 (PSNC N10) pertencente à zona rural do município de Petrolina, localizado no interior do Estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil. Na referida UBS há duas equipes da ESF e cada uma delas é composta pelos seguintes profissionais: um enfermeiro, um médico, duas técnicas de enfermagem e seis ACS. As equipes não dispõem do cirurgião- dentista e nem com o técnico em saúde bucal por não possuírem ESB. Há três profissionais que não pertencem à área de saúde: duas auxiliares administrativas e uma auxiliar de serviços gerais. Juntas as equipes são responsáveis por uma população adscrita de, aproximadamente, 10. 500 pessoas distribuídas em 3.400 famílias, conforme levantamento realizado pelas equipes em março de 2015 (PETROLINA, 2015).

Os participantes foram os profissionais de saúde que compõem a equipe mínima das ESF selecionadas para o estudo, totalizando dezenove profissionais, sendo: dois médicos, um enfermeiro, quatro técnicas de enfermagem e doze ACS. Houve a participação de apenas um dos enfermeiros da UBS, tendo em vista que, o outro é uma das autoras do estudo. Assim, foram incluídos todos os profissionais de saúde atuantes na UBS, pois se entende que as ações de educação em saúde na ESF devem acontecer de maneira integrada, valorizando a participação de todos os membros da equipe enquanto “organizadores” da vivência dos usuários, neste caso em particular os adolescentes, bem como, facilitadores de processos educativos. Foram observados o seguinte critério de inclusão: ser profissional de saúde em atuação na UBS, cenário do estudo, durante o período de realização da intervenção e como critérios de exclusão foram adotados: não ser profissional de saúde e não estar atuando na UBS no período de desenvolvimento do estudo seja por motivo de férias, licenças ou outros.

Como instrumento para coleta dos dados utilizou-se um roteiro semiestruturado contendo perguntas referentes à realização dos processos educativos com adolescentes. Para a sua realização junto aos participantes, contatos prévios foram feitos e/ou visitas para agendamento. As entrevistas aconteceram após o horário de funcionamento da UBS, com duração em média de 20 minutos, as falas foram gravadas e, posteriormente, foram transcritas.

O material advindo das entrevistas possibilitou a identificação do domínio implementação que foi analisado com base no referencial do CompHP e da literatura revisada.

Para garantir o sigilo das informações, foram estabelecidas denominações para os participantes, a saber: S1, S2, S3, ... Assim, suas identidades foram resguardadas. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri- URCA, sendo aprovado mediante o parecer número 1.340.133.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram deste estudo uma enfermeira, dois médicos, três técnicas de enfermagem e treze Agentes comunitários de Saúde (ACS), do total, de participantes dezessete eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, na faixa etária de 32 a 42 anos, com tempo de atuação na ESF entre 4 e 21 anos, tempode serviço na atual equipe entre 4 e 8 anos. Em relação à formação, seis profissionais possuem nível superior completo, três tem nível superior incompleto e os demais, dez participantes possuem nível médio completo.

Acerca de possuírem alguma capacitação para a realização de processos educativos na ESF, dois profissionais informaram não ter realizado nenhum tipo enquanto dezessete disseram que já realizaram.

O domínio Implementação foco desse estudo, é descrito no CompHP como a capacidade de implementar ações de promoção da saúde efetivas, eficientes, culturalmente sensíveis e éticas, em parceria com os atores/ parceiros sociais (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Refere-se, ainda, à realização eficaz e eficiente de ações de promoção da saúde utilizando estratégias culturalmente aceitáveis e éticas incluindo a gestão dos recursos humanos e materiais para garantir melhorias possíveis na saúde (BARRY et al, 2009).

Este domínio diz respeito à ação em ato, ou seja, à concretização de uma atividade realizada. Obteve-se nas falas dos participantes evidências de que estas ações existem no contexto das práticas educativas com os adolescentes, a seguir:

“A gente faz uma conversa com eles e também em grupos [...]. Fazendo **grupos, oficinas** [...]” (S1).

“[...] acontece através da conversa, de porta em porta na visita domiciliar, através de **palestra**, na **escola** e na unidade. Tentar formar grupo na unidade [...]”(S2). “Realização de **palestras** [...] com **oficinas** voltadas para os adolescentes, **palestras** com temas da atualidade deles” (S4).

“Ocorre, principalmente, em eventos com a realização de **dinâmicas**” (S5). “[...] a educação em saúde é feita durante as **consultas**” (S6).

“Ocorre através [...] da **escuta e orientação individual**” (S7).

“Dentro do ambiente mesmo de trabalho é mais a **escuta** do adolescente” (S8). “Ocorre durante as **orientações** individuais [...]” (S10).

“[...] através da **orientação** para práticas saudáveis” (S11). “Ocorre por meio da **transmissão de informações** [...]” (S12).

As falas evidenciam uma diversidade de estratégias utilizadas para promover a saúde dos adolescentes, destacando-se como técnica a atividade em grupo, conversas, visita domiciliar, atividades na escola e/ou na unidade, palestras, eventos, dinâmicas e também durante a realização das consultas por meio de orientações individuais.

Merece destaque a concepção da realização da educação em saúde por meio da transmissão de informações, tendo em vista que, as práticas de educação em saúde como atividade meio para a promoção da saúde requerem a utilização de estratégias dialógicas que valorizem o protagonismo juvenil.

Nessa perspectiva, com intuito de buscar melhorias no atendimento, no acolhimento e nas respostas às demandas dos adolescentes é necessário que os profissionais da equipe da ESF realizem seu processo de trabalho voltado para a prática do cuidado familiar ampliado, desenvolvendo atividades grupais de educação em saúde; implementando estratégias integradas, setoriais e intersetoriais de produção de saúde; valorizando a participação e o desenvolvimento da autonomia dos adolescentes (BRASIL, 2010).

Tal fato reforça o emprego de grupos de cultura e idades no SUS, em especial na ESF, como uma estratégia humanizada de promover educação em saúde, adequada ao modelo participativo. A atividade em grupo é elemento importante para melhoria da qualidade da assistência e troca de experiência entre os participantes (BRASIL, 2009; HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

Nesse contexto, é necessário que as políticas visem a valorização dos adolescentes por meio da formação de grupos, viabilizando ações que estimulem os profissionais de saúde a implementar estratégias no sentido de favorecer o desenvolvimento pessoal e social deste público, contribuindo para o empoderamento dos adolescentes e para o estabelecimento do vínculo profissional de saúde/adolescentes (VIEIRA et al, 2011).

No contexto da atenção básica e da ESF, torna-se fundamental atuar no sentido da promoção da saúde, reconhecendo a importância das mudanças de hábitos e comportamento e da busca pela melhoria das condições materiais de vida, através do fortalecimento da autonomia das pessoas. Nessa perspectiva, a intervenção grupal favorece o desenvolvimento de potencialidades, a ampliação das redes de apoio formal e informal e o estímulo à participação comunitária (CHAVES et al, 2009).

Nessa direção, a realização do trabalho com grupos apresenta-se como uma estratégia de grande importância para a realização de ações educativas com adolescentes, pois é uma estratégia que faz com que o adolescente se sinta autor, reconhecendo e estimulando o seu protagonismo.

Convém salientar que as práticas educativas com adolescentes estão sendo implementadas, no entanto, percebe-se a ausência de alguns domínios, dentre eles os domínios de diagnóstico, de planejamento e de comunicação ainda são frágeis e até inexistentes na elaboração destas práticas.

Neste sentido, destaca-se a importância de uma apropriação por parte dos profissionais acerca das estratégias para o trabalho com adolescentes, de modo que, sua implementação se faça pertinente e eficaz no contexto deste público.

## CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou o reconhecimento dos domínios de competências do CompHP existentes nas práticas de promoção da saúde e de educação em saúde dos profissionais da ESF com o público adolescente. Pela timidez

com os domínios apareceram nas falas dos entrevistados, fica evidente a necessidade que os profissionais têm de uma formação para a implementação de grupos com este público.

Acredita-se que uma formação neste âmbito contribui para a realização de ações de educação em saúde mais eficazes e transformadoras com reflexos positivos a curto, médio e longo prazo na dinâmica de saúde da comunidade.

Ademais, espera-se que o processo vivenciado junto aos participantes contribua para uma reflexão acerca das suas práticas educativas no âmbito da saúde do adolescente e que forneça subsídios para os profissionais que desejarem realizar ações de educação em saúde em outras dimensões da ESF.

Evidenciou-se ainda a necessidade da existência da educação permanente com foco nos domínios estudados, e nos outros domínios de competências do CompHP, a saber, Favorecimento de Mudanças, Advocacia em saúde, Parceria, Comunicação, Liderança, Diagnóstico, Planejamento e Avaliação e Pesquisa, bem como, nas necessidades de aprendizagem dos profissionais.

Nessa perspectiva, a realização de processos formativos baseados em competências para a realização de ações educativas para profissionais de saúde da ESF configura-se uma das tarefas que se coloca para a formação na interface entre o ensino e o processo de trabalho na ESF. Este estudo teve o propósito de contribuir nessa direção, ou seja, de produzir uma intervenção capaz de modificar uma realidade/ problema.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei n º 8.069 de 13 de julho de 1990.** Dispõem sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área do Adolescente e do Jovem. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, orientações para a organização de Serviços de Saúde. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília; 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2013.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 22 fev. 2015.

BARRY, M.M. et al. The Galway Consensus Conference: international collaboration of the development of core competencies for health promotion and health education. **Glob Health Promot.**, v.16, n. 2, 2009.

CAVALCANTE, M. B. P. T.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 3, p. 555-9, 2008.

CHAVES, R.F.L.P. et al. Experiências com grupos na estratégia saúde da família: contribuições da psicologia. **Sanare**, Sobral, v.8, n.2, p.83-90, jul./dez., 2009.

COSTA, R.F. **Processo de cuidar do adolescente em unidades básicas de saúde.** [Dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará-UECE, 2011.

DEMPSEY, C.; BATTEL-KIRK, B.; BARRY, M.M. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook. Paris: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE), 2011.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, Nov. 2006.

HENRIQUES, B.D.; ROCHA, R.L.; MADEIRA, A.M.F. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. **Revista Médica de Minas Gerais- RMMG**, v. 20, n. 3, 2010.

HIGARASHI, I.H. et al. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: Identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Rev. enferm. UERJ**, v. 3, n. 19, 2011.

OLIVEIRA, C. B. et. al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 635-644, 2009.

PETROLINA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Coordenação da atenção básica. **Descrição das equipes da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de apoio à Saúde da Família.** Petrolina-PE, 2015.

VIEIRA, R.P. et al. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia de saúde da família: a visão dos adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 16, n.4, dez. 2011.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos os profissionais de saúde que se dispuseram a participar e engrandecer nossa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONSULTA PUERPERAL DE ENFERMAGEM: A REALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira<sup>1</sup>, Clécio André Alves da Silva Maia<sup>2</sup>, Rafaela Nóbrega<sup>3</sup>, Sibele Lima da Costa Dantas<sup>4</sup>, Ana Maria Martins Pereira<sup>5</sup>, Dafne Paiva Rodrigues<sup>6</sup>

1 Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte-Brasil.

2 Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

3 Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

4 Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil

5 Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil

6 Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: sibelilima@yahoo.com.br

Palavras-chave: Período pós-parto. Enfermeiro. Atenção Primária à Saúde.

### INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico puerperal compreende a fases que envolvem mudanças e adaptações da mãe e sua família. Uma dessas fases, o puerpério, também conhecido como pós -parto ou resguardo, dura em torno de 6 a 8 semanas, tempo no qual ocorre a regressão das modificações que ocorrem na gestação às condições pré- gravídicas (SILVA, 2011).

Nessa fase podem ocorrer complicações, as quais, quando não identificadas nem tomadas às devidas providências, tendem a resultar em morbidade e mortalidade por causas evitáveis (SANTOS; BRITO, 2013). O Ministério da Saúde evidencia que doenças na gestação, no parto e no puerpério aparecem com destaque como uma das 10 primeiras causas de morte de mulheres. Entretanto, 92% desses casos poderiam ser evitados (BRASIL, 2012).

Também é compreendido como um período onde ocorrem muitas dúvidas, o acompanhamento pré- natal é considerado período adequado para a preparação da gestante para a vivência de parto e nascimento saudáveis. Assim, requer dos profissionais envolvidos o estabelecimento de uma efetiva comunicação junto às gestantes e seus familiares. Essa comunicação, para além das práticas clínicas, envolve ações de educação em saúde que devem favorecer, o autocuidado e o exercício da autonomia em todo o ciclo gestacional (ROCHA; SILVA, 2012).

Quando a gestante é bem orientada, ela adquire hábitos positivos de saúde dentro do ambiente familiar. As atividades educativas, sejam elas individuais ou em grupo, const ituem-se em um espaço de discussão informal, que possibilita o surgimento de temas tanto por parte de profissionais de saúde quanto por solicitação de gestantes e acompanhantes, em uma relação de horizontalidade. Tal processo deve ser desencadeado por profissionais, em especial as (os) da enfermagem, visando melhorar a saúde individual e coletiva, além de contribuir para a construção da autonomia e da liberdade reprodutiva (SILVA et.al., 2015)

Diante do exposto questiona-se: Qual o cuidado dispensado a mulher no puerpério? A pesquisa tem como pressuposto que a assistência à saúde no pós -parto é fundamental para a saúde materna e do bebe, porém tem sido evidenciado pelo ministério da saúde que a atenção no puerpério não estava consolidada nos serviços de saúde. Sendo a assistência ofertada deficiente em relação a assistência pré-natal e parto, fato que pode ser atribuído ao maior investimento público que foi dado ao pré-natal e parto (LIMA, 2016). O estudo objetiva identificar os cuidados dispensados a mulher no puerpério.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em 16 (dezesseis) Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) localizadas na zona urbana do município de Caicó/RN. A população do estudo foi composta por 16 profissionais enfermeiros que atuam nas UBSF da zona urbana de Caicó. Os critérios utilizados para inclusão dos sujeitos no estudo foram: atuar na UBS há pelo menos 6 meses. Foram utilizados como critérios de exclusão: os enfermeiros que no momento da coleta encontram-se afastados da instituição por motivo de licença ou férias, e os que trabalham em funções administrativas.

Para dar viabilidade à pesquisa, utilizou-se a técnica de entrevista com roteiro semiestruturado, contendo perguntas fechadas e abertas. Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisada UERN, mediante o parecer substanciado nº. 807.690 e CAAE 35496414.7.00005294, iniciamos a coleta de dados, realizada nos meses de outubro e novembro de 2016. Após a transcrição das gravações, os dados foram analisados através da análise de conteúdo e discutidos a luz da literatura pertinente.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra pesquisada 75% dos enfermeiros, que realizam assistência na consulta puerperal, são do sexo feminino. Apesar do número de profissionais do sexo masculino estar aumentando na enfermagem, ainda é composta, por ampla maioria mulheres. Com relação à idade dos profissionais de enfermagem a média foi de 31 a 35 anos (43,75%), ou seja, profissionais jovens e com tempo de formação recente, entre 4 e 7 anos (37,50%).

Considerado que a maioria dos profissionais entrevistados (37,50%), concluíram seus estudos entre 2008 a 2011 faz-se necessário implantar programas de educação continuada para qualificação destes profissionais. A qualificação nos campos de conhecimentos específicos resulta na formação, treinamento, experiência para que possam exercer determinada função, quanto melhor o profissional for capacitado, maior é a perspectiva de serem competentes em suas funções.

Desse modo, a educação permanente em saúde (EPS) dos profissionais de enfermagem tem crucial importância, contribuindo de forma significativa na atualização e qualificação dos profissionais para o trabalho em saúde (BARBOSA et al., 2012)

Diante dos resultados, verificamos que os enfermeiros que atendem na atenção básica do município, referiram ter cursado ou estar cursando mais de uma, especialização lato sensu e stricto sensu. Com base nos relatos dos entrevistados, dos 16 enfermeiros do estudo 14 (87,5%), já pos suem especialização, 3 (18,75%) fizeram especialização em saúde pública, 4 (25%) fizeram em urgência e emergência, 3 (18,75%) em saúde da família, 1 (6,25%) em saúde coletiva, 1 (6,25%) em saúde mental, 1 (6,25%) em enfermagem do trabalho, 1 (6,25%) em gestão em saúde, 1 (6,25%) em dermatologia, 2 (12,5%) em Programa de saúde as família (PSF), 1 (6,25%) estava concluindo a especializam em obstetrícia, e 2 (12,5%) falaram está iniciando mestrado profissional. Com base nos relatos dos entrevistados, observou-se que as especializações realizadas pelos mesmos, sugeriram a partir de ações individuais, uma vez que a instituição não oferece atividades de educação permanente.

Considerar a realidade de cursos de especializações não significa que se avalia toda a competência neste fato, mas esta formação tem se mostrado importante, como uma oportunidade de qualificação, que contribuem de forma positiva na prática profissional.

### **Ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem à mulher no pós-parto**

A importância de descrever assistência de enfermagem prestada a mulher durante o puerpério, tem intenção de buscar ações de enfermagem que demonstrem como a assistência à puérpera tem sido implementada na realidade do serviço de saúde, contrapondo, desta forma, a dimensão prática com as prerrogativas científicas. Permite a reflexão sobre as práticas de saúde direcionadas a esse grupo populacional, por meio da identificação das lacunas existentes entre a teoria e a prática.

Do total de enfermeiros entrevistados que atuam na assistência puerperal todos eles realizam esta consulta pós-parto. Ao serem questionados sobre ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem no que se refere ao tempo da realização das visitas do enfermeiro, evidencia-se que realizam entre a primeira e a segunda semana após o nascimento, em até 7 dias pós -parto, sendo os agentes comunitários de saúde (ACS), inicialmente, que realizam a visita e em seguida comunica sobre o retorno dela para acompanhamento e avaliação.

Nesta pesquisa, foi observado que 14 (87,5%) dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, participam da visita domiciliar, acompanhando o enfermeiro. Não havendo destaque para o profissional médico e odontólogo, inferindo-se não existir integração e interdisciplinaridade. Considerando essas visitas um compromisso da estratégia compartilhada entre equipe multiprofissional, a mesma vem sendo de integral responsabilidade dos enfermeiros nas unidades.

Torna-se evidente a dificuldade de interação multiprofissional na unidade, pois há uma ausência de construções coletivas diárias e barreiras significativas de comunicação entre os diferentes profissionais, como, por exemplo, médico e enfermeiro no que tange à realização dessa assistência. Nesse sentido, o trabalho realizado em equipe, de forma articulada, pautado na interação entre os profissionais, pode favorecer à saúde da puérpera, uma vez que estes elaboram e executam um projeto comum que contempla as necessidades de saúde de cada mulher assistida.

Quando questionadas, ainda sobre as ações desenvolvidas, 14 respostas (87,5%), enumeravam condutas, as quais, frequentemente, descrevem a execução de procedimentos rotineiros. No entanto, foi observado que apenas 2 (12,5%) mencionaram a preocupação em questionar a puérpera sobre seus anseios e dúvidas, o que mostra que na avaliação puerperal o foco está mais direcionado para o exame físico.

Esse resultado é condizente com o descrito em outros estudos, quando os mesmos apontaram que, na maioria das vezes o atendimento às puérperas é eminentemente técnico e voltado ao monitoramento das funções fisiológicas, o que simplifica e desvaloriza as possíveis demandas que extrapolam o biológico (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

## **Dificuldades para o desenvolvimento da assistência**

Foi referido por 50% dos enfermeiros a problemática da inexistência do protocolo na organização da assistência à puerpera. O protocolo é considerado uma forma estruturada de cuidado e manejo clínico as mulheres, que incluem a definição de objetivos terapêuticos a serem alcançados.

Esse instrumento de trabalho é um meio de sistematizar o cuidado em saúde e seu impacto pode ser avaliado em diferentes situações, além de que sua adoção proporciona uma situação adequada para coletar dados (CABRAL, OLIVEIRA, 2010).

Já em relação às dificuldades referentes às áreas de difícil acesso e transporte, 18,75%, dos entrevistados referiram, comprometer a assistência prestada. Logo, citada entre os profissionais, que refere-se à falta de tempo e à dificuldade para o deslocamento da unidade até a área de abrangência.

Neste município, é comum que as equipes sejam responsáveis por áreas de abrangência relativamente distante da unidade. Isto acontece porque em uma mesma unidade, às vezes, são alocadas duas equipes da estratégia da saúde da família. Percebe-se que a falta de transporte, para as visitas domiciliares, foi claramente citada entre as dificuldades, tanto em relação ao serviço quanto ao atendimento domiciliar, haja vista que ainda existem áreas descobertas e de difícil acesso, e distante da unidade (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

Outro ponto citado é o sistema de referência e contra referência, enfatizado por 55% dos participantes. A eficiência no funcionamento desse sistema interfere na integralidade da assistência ao usuário em qualquer etapa do processo saúde/doença. No entanto, salienta-se que a estruturação formal deste serviço não tem sido uma prática comum entre os profissionais do âmbito hospitalar.

Conseqüentemente, a ausência da contra-referência, deixa os profissionais da Atenção Básica sem as informações pertinentes sobre a assistência prestada e a conduta terapêutica instituída no hospital a essas mulheres. Nos serviços de saúde onde este instrumento gerencial não é realizado de forma sistematizada, possibilita que o usuário fique solto no sistema, sem possibilidades de continuidade da assistência (PETRUCI, 2010).

## **Processo de trabalho do enfermeiro na assistência à mulher no pós-parto**

Quando questionadas, sobre como ocorre o processo de trabalho do enfermeiro na assistência à puerpera, houve dificuldade em entender qual seria seu papel quanto enfermeiro na prestação dessa assistência. Ficou evidenciado após descrever, de forma bem simplificada, algumas ações como orientações aos cuidados com a mãe e o RN, exame físico, alimentação, involução uterina, verificação de lóquios e sinais vitais.

Destaca a importância que deve ser dada à mulher nesse período, uma vez que suas próprias necessidades são postergadas em função das necessidades do bebê. Entretanto, os profissionais da saúde que atuam desde a gestação até o puerpério, devem entender que a mulher também precisa de amparo e proteção, mesmo quando encerrada a gravidez (SANTOS; BRITO, 2013).

Em 37,5% dos entrevistados, foi possível identificar traços que indicam a realização de condutas condizentes ao processo de trabalho do enfermeiro, quando, na ocasião, os entrevistados enumeraram algumas dessas funções do enfermeiro e suas competências. Mesmo que descritas de forma simples, as ações contemplam a execução de alguns dos processos como as atividades de planejamento, organização da assistência e orientações educativas.

Apesar de se apontar para a importância do trabalho em equipe, é sabido que o enfermeiro ocupa uma posição de destaque, por ser qualificado para atender a mulher, tanto no que diz respeito às percepções de intercorrências clínicas, quanto pelo seu conhecimento para a efetivação de orientações e/ou ações educativas necessárias nesse momento. Esse profissional tende a se responsabilizar pela promoção do cuidado, possibilitando uma assistência individualizada, que deve respeitar o contexto de vida no qual a puerpera encontra-se inserida (MAZZO; BRITO, 2014).

## **CONCLUSÃO**

De fato, os desafios para a efetivação de uma assistência condizente às necessidades das puerperas são muitos. A fim de superar as dificuldades e fragilidades presentes no serviço, faz-se lançar mão de estratégias que permitam a transformação da realidade.

Assim, cabe reconhecer que a consulta domiciliar é um instrumento primordial para enfermagem no âmbito da Estratégia de Saúde da Família que deve ser muito mais valorizada pelos profissionais, pois, a longo prazo, ocasiona um efeito benéfico elevado para a saúde da mãe e do recém-nascido, fortalecendo ainda a confiança da família no profissional.

Para concluir, almejar-se que o estudo contribua na construção e reflexão das práticas assistenciais direcionadas à mulher durante a consulta puerperal, além de dar subsídios necessários a discussão da temática no campo do ensino e da pesquisa, e para a prática profissional do enfermeiro, tendo em vista que as considerações levantadas no

decorrer do trabalho, não são capazes de sanar, por si só, as reflexões pertinentes ao tema, buscando sim identificar procedimentos capazes de beneficiar a mãe no seu período puerperal e principalmente minimizar os problemas nele existentes.

## REFERÊNCIAS

- BARBOSA, V.B.A; FERREIRA, M.L.S.M; BARBOSA, P.M.K . Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2012. v.33. n.1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- CABRAL, F.B.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. 2010. v.44. n 2. COSTA, S.L. **Cuidado de enfermagem no período pós-parto: representações sociais de enfermeiros e puérperas na atenção primária à saúde** [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2016. 112 p. MAZZO, M.L.S.N.; BRITO R.S.; SANTOS, F.A.P.S. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós - parto. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2014. v.22. n.5.
- PETRUCI, F.R. Benefícios da Contra Referência na Alta Hospitalar para Equipe da atenção Básica [monografia]. Assis (SP): Instituto de Ensino e Capacitação e Pós Graduação (INDEP); 2010. 109 p.
- ROCHA, R.S.; SILVA, M.G.C. Assistência pré natal na rede básica de Fortaleza - ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Revista Brasileira de promoção à Saúde**. 2012 v. 25. n. 3. 344 - 55. SANTOS, F.A.P.S.; BRITO, R.S.; MAZZO, M.H.S.N. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. **Revista Mineira de Enfermagem**, V.17, n. 4. 854-58.
- SILVA, A.L.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.D.; NUNES, I.M. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. **Revista Cubana de Enfermería**. 2015. v.30. n.1.
- SILVA, J. Assistência de Enfermagem no Puerpério. 2ª ed. São Paulo: Corpus; 2011. **Manual Obstétrico: um guia prático para a enfermagem**; 145-154.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## LETALIDADE POR DOENÇA MENINGOCÓCICA NO ESTADO DO CEARÁ

**Adriana Bezerra Brasil de Albuquerque<sup>1</sup>, Aline Albuquerque Barros Holanda<sup>2</sup>, Aline Freitas Rodrigues<sup>3</sup>, Danielle Teixeira Queiroz<sup>4</sup>, Valéria Freire Gonçalves<sup>5</sup>.**

*1 Docente enfermagem Universidade de Fortaleza (PG), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Secretária da Saúde do Estado do Ceará (IC), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Secretária da Saúde do Estado do Ceará (IC), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Docente enfermagem Universidade de Fortaleza (PQ), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*5 Docente enfermagem Universidade de Fortaleza (PQ), Fortaleza-Ceará-Brasil,*

*E-mail: email:valeriefreire@unifor.br*

*Palavras Chaves: Meningites Bacterianas. Letalidade. Meningite Meningocócica.*

### INTORDUÇÃO

A Doença Meningocócica (DM) é de grande relevância para saúde pública pela sua magnitude, gravidade e potencial de causar epidemias e mortes. O prognóstico depende em especial de um diagnóstico e tratamento precoce. A DM tem comportamento endêmico no Brasil e no mundo, podendo ocorrer surtos epidêmicos de forma periódica em diversos municípios. A Doença meningocócica, mesmo com tratamento adequado, mata cerca de um a cada 10 doentes (POLAND, 2010), e em muitos casos levando os pacientes que evoluíram para cura a sequelas graves, como deficiência auditiva e perda de membros em especial no caso da forma clínica “meningococcemia” (forma mais grave da doença) (CDC, 2014; CIVES, 2017). Nos últimos anos os coeficientes de incidência da doença no país tem se mantido estáveis, em média 1,8 casos para 100.000 habitantes (BRASIL, 2015). Quanto à letalidade ainda é muito elevada, variando em média de 18,0% a 20,0% nos últimos anos. Em se tratando da forma clínica meningococcemia, a letalidade ainda é mais elevada chegando a 50,0%, portando é imprescindível que os profissionais da saúde estejam capacitados e alertas para identificar o diagnóstico de forma precoce e iniciar o tratamento imediato, dessa forma reduzindo os óbitos. O diagnóstico laboratorial é de grande relevância para identificar o agente etiológico circulante e, dessa maneira, desencadear as ações de controle. Como ações para controlar a doença, temos a quimioprofilaxia com antibióticos e a vacinação. A quimioprofilaxia é indicada para os contatos íntimos e prolongados do caso, devendo ser realizada o mais rápido possível, de preferência nas primeiras 48 horas, tem como objetivo a prevenção de casos secundários. No entanto, a forma mais efetiva de prevenir a DM é a vacinação. No Brasil no final de 2010 foi implantada a vacina meningocócica conjugada para o sorogrupo C para as crianças menores de 2 anos (BRASIL,2010). Atualmente a vacina meningocócica C conjugada encontra-se disponível para crianças a partir de três meses de idade até menores de cinco anos e a partir de 2017, o Ministério da Saúde passou a disponibilizar a vacina para adolescentes na faixa etária de 12 a 13 anos. (CEARÁ, 2017)

No Ceará a exemplo do país a letalidade vem aumentando nos últimos anos, sendo importante estudos que abordem essa temática. Portanto esse estudo teve como objetivo: descrever a letalidade da DM e suas características clínicas e epidemiológicas no estado do Ceará.

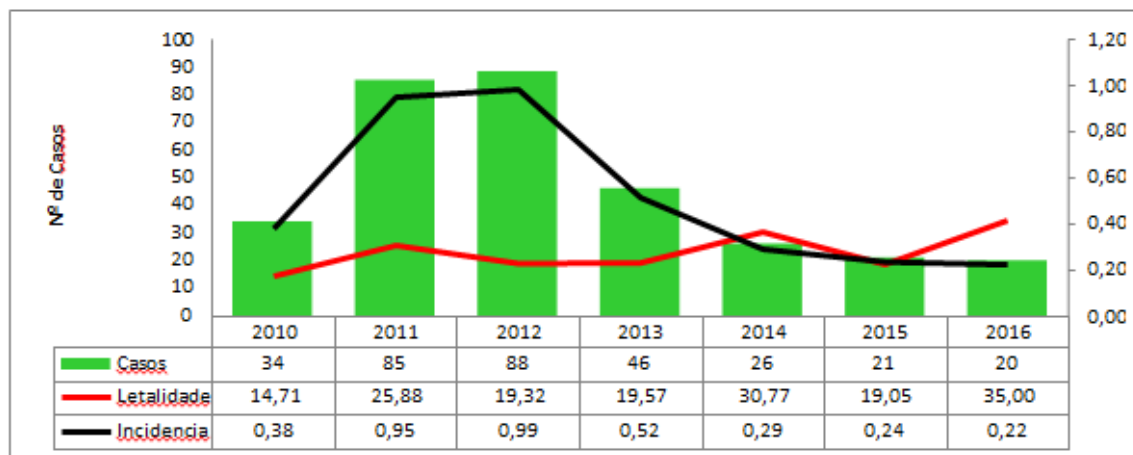
### METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, tendo como base os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Ceará, de janeiro de 2010 a dezembro de 2016. Para análise foi utilizado a estatística descritiva e o referencial teórico específico.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram confirmados no Ceará no período do estudo, 320 casos de Doença Meningocócica e 72 óbitos com uma letalidade de 22,5%. A análise da incidência revela variações com tendência a redução nos últimos três anos. Quanto a letalidade observa-se um aumento significativo nos últimos anos, passando de 14,7%, em 2010 para 35,0% em 2016 (Figura 1). Já no Brasil a letalidade encontra-se em média de 20,0% nos últimos anos. Em se tratando da meningococcemia, forma mais grave da doença, a letalidade pode ficar em torno de 50,0%. (BRASIL, 2017).

Figura 1. Casos confirmados, incidência e letalidade da doença meningocócica, Ceará, 2010 a 2016.



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Dados SINAN/Planilha diária de DM/2017.

O estudo da letalidade por grupo etário revelou uma maior letalidade entre as crianças menores de um ano (42,1%), seguido dos adultos jovens de 20 a 29 anos de idade (35,2%). Na análise da letalidade por sexo, constata-se uma letalidade mais elevada no sexo masculino (24,3%), e no feminino (20,1%). Quanto à raça dos indivíduos, a maior letalidade foi observada na raça preta (100,0%), no entanto na referida raça só houve registro de um caso com evolução óbito. Já na raça branca a letalidade foi de (21,7%), seguido da raça parda (20,2%) (Tabela 1).

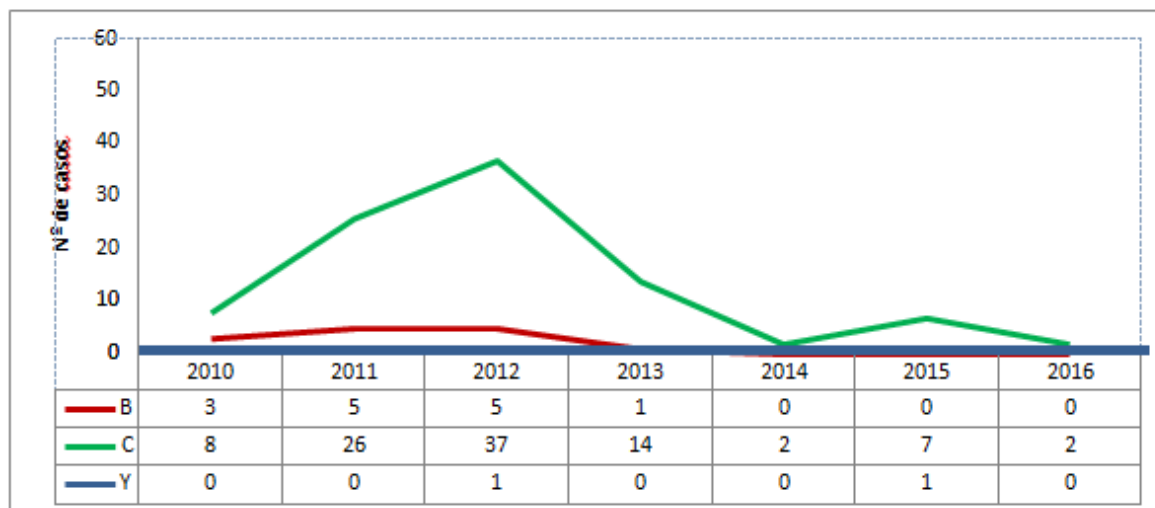
Tabela 1. Letalidade por Doença Meningocócica, segundo dados sociodemográficos no Estado do Ceará, 2010 a 2016.

Variáveis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Menor 1 ano	50,0	100,0	25	0	60,0	0,0	33,3	42,11
1 a 4 anos	0,0	43,8	11,1	50,0	66,7	0,0	66,7	32,61
5 a 9 anos	0,0	13,6	6,3	11,1	0,0	0,0	50,0	9,84
10 a 14 anos	0,0	12,5	11,8	16,7	50,0	0,0	0,0	13,16
15 a 19 anos	40,0	22,2	0,0	37,5	33,3	66,7	0,0	25,00
20 a 29 anos	0,0	66,7	37,5	25,0	16,7	16,7	66,7	35,29
30 a 39 anos	0,0	20,0	37,5	0,0	0,0	0,0	0,0	15,38
40 a 49 anos	25,0	20,0	27,3	0,0	0,0	0,0	0,0	17,86
50 a 59 anos	0,0	0,0	75,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,33
60 a 69 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	20,00
70 a 79 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
80 anos e mais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00
<b>Raça / Cor</b>								
Ign/Branco	0,0	58,3	50,0	0,0	100,0	0,0	0,0	55,0
Branca	100,0	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21,7
Preta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Parda	10,3	19,0	20,5	20,5	25,0	20,0	31,6	20,2
<b>Sexo</b>								
Masculino	9,5	24,5	25,0	28,6	37,5	12,5	35,7	24,3
Feminino	23,1	27,8	13,6	12,0	20,0	40,0	33,3	20,1

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Dados SINAN/Planilha diária de DM/2017.

Em relação ao diagnóstico laboratorial dos 320 casos confirmados no Ceará em 112 (35,0%), houve isolamento do sorogrupo. Destes 96 (85,7%) foi identificado o sorogrupo C, 14 (12,5%) sorogrupo B e em dois (1,8%) sorogrupo Y (Figura 1). Em 2010, no Estado de São Paulo responsável pela maior incidência de doença meningocócica no país, o sorogrupo C foi responsável por 81,5% dos casos identificados, o sorogrupo B por 10,9%, o sorogrupo W135 por 6% e o sorogrupo Y por 1,2%. Portanto é evidente uma elevação no número e proporção de casos pelo sorogrupo C em várias regiões do Brasil, sendo atualmente o principal sorogrupo causador de doença meningocócica no país. (BRASIL, 2015)

Figura 1. Doença Meningocócica por sorogrupo, Ceará, 2010 a 2016.



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Dados SINAN/Planilha diária de DM/2017.

## CONCLUSÃO

Os resultados sugerem um aumento progressivo da letalidade ao longo dos anos, sendo mais elevada em menores de um ano, o que é esperado para doença. Maior dispersão da transmissão do sorogrupo C como reflexo da atual situação epidemiológica do país. Tendo em vista a elevada letalidade, e os métodos existentes de prevenção e profilaxia é urgente capacitar os profissionais da saúde para o detecção precoce e tratamento imediato dos casos. A quimioprofilaxia dos contatos íntimos, quando indicada, também é importante ser realizada adequadamente e em tempo oportuno. Portanto para o controle da morbimortalidade da DM é necessário uma vigilância epidemiológica ativa com trabalho integrado entre a assistência, laboratório e imunização.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p. 35 – 46.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Introdução da vacina meningocócica C (conjugada) no calendário de vacinação da criança.– Brasília Ministério da Saúde, 2010. p. 1-18.
- BRASIL. SBIM - Sociedade Brasileira de Pediatria : Epidemiologia da infecção Meningocócica | Berezin, E.N. F. 1, 2015. p. 1-7.
- CEARÁ. Boletim Epidemiológico das Meningites. Secretaria da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins> . Acesso em: 18 ago. 2017.
- CIVES (Centro de Informações em Saúde para Viajantes). Doença Meningocócica. Disponível em: <http://www.cives.ufrj.br/informacao/dm/dm-iv.htm> I. Acesso em: 18 ago. 2017.
- POLAND, Gregory A. Prevention of meningococcal disease: current use of polysaccharide and conjugate vaccines. **Clinical Infectious Diseases**, v. 50, n. Supplement\_2, p. S45-S53, 2010. Disponível em: [https://academic.oup.com/cid/article/50/Supplement\\_2/S45/343284/Prevention-of-Meningococcal-Disease-Current-Use-of](https://academic.oup.com/cid/article/50/Supplement_2/S45/343284/Prevention-of-Meningococcal-Disease-Current-Use-of). Acesso em: 10 ago. 2017.
- SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Meningite – Casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação. Disponível em: SINAN/SESA/CEARÁ. Acesso em 01 ago. 2017.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AUTISMO INFANTIL: ESTRATÉGIAS DE AÇÃO E DESAFIOS DO ENFERMEIRO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Alexandrina Andrade da Costa<sup>1\*</sup>, Bárbara Maria Mendes Farias<sup>2</sup>, Cecylia Kátia Limaverde Pessôa<sup>3</sup> (PQ).

*1 Universidade de Fortaleza – Enfermeira. E-mails: alexandrinaandrade\_@hotmail.com*

*2 Universidade de Fortaleza – Enfermeira Especialista em UTI Neonatal e Pediátrica Cpós, barbarafarias.enf@gmail.com*

*3 Universidade de Fortaleza – Docente do curso de Enfermagem; Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Integralidade na Assistência à Saúde nos Diversos Níveis de Atenção.*

*E-mail: Alexandrinaandrade\_@hotmail.com*

*Palavras-chave: Autismo Infantil. Enfermeiro. Centro de Atenção Psicossocial.*

### INTRODUÇÃO

O autismo é uma condição que afeta as principais áreas do desenvolvimento, quais sejam, a interação social e a linguagem, advindo também comportamentos repetitivos e estereotipados. Esses últimos se expressam de diferentes formas: na brincadeira, que pode conter um déficit de criatividade e espontaneidade; na fala, que pode manifestar ecolalia; e no desenvolvimento motor, caracterizado por repetições involuntárias e sem aparente função. As manifestações dessas dificuldades podem variar de acordo com o nível de desenvolvimento e a idade cronológica da criança, entre outros fatores. Quanto maior o comprometimento cognitivo, maior a tendência a se isolar e a não se comunicar com os demais indivíduos (SANINI; SIFUENTES; BOSA, 2013).

Atualmente, o termo Transtorno do Espectro Autista (TEA) vem sendo compreendido como uma síndrome comportamental complexa que afeta o desenvolvimento e possui múltiplas causas, combinando fatores genéticos e ambientais. É uma condição que tem início precoce e cujas dificuldades, geralmente, podem comprometer o desenvolvimento do indivíduo ao longo de sua vida, fazendo com que haja uma grande variabilidade na intensidade e forma de expressão dos seus sintomas, nas áreas que definem o seu diagnóstico (ZANON; BACKES; BOSA, 2014).

Estudos epidemiológicos internacionais têm indicado uma prevalência do TEA de um em cada 150 nascimentos, porém no Brasil, um único estudo piloto encontrou uma prevalência do TEA de apenas 0,3% em uma amostra de 1470 crianças, de 7 a 12 anos de idade. Esses dados mostram que, em estudos internacionais, o TEA é um dos transtornos do desenvolvimento mais comuns e que no Brasil muitos aspectos metodológicos precisam ser revistos antes de se ter uma estatística confiável (CZERMAINSKI, 2012).

As atividades específicas do enfermeiro no atendimento a crianças com TEA visam o desenvolvimento de uma forma mais intensiva das habilidades da criança, para que essa possa assemelhar-se em alguns aspectos de seu comportamento a uma criança que não tenha este diagnóstico, mas sempre reconhecendo que existirá a dificuldade nas áreas caracteristicamente atingidas pela síndrome, como comunicação e interação, entre outras (SUDRÉ et al., 2011).

Ao realizar uma prescrição de enfermagem voltada a uma criança, o enfermeiro deve explicitar o grau de dependência de cuidado da criança e da família. Cabe ao enfermeiro ensinar à criança as habilidades básicas de enfrentamento necessárias para viver independentemente, como higiene pessoal e habilidades de transporte, e assegurar que a mãe, juntamente com a equipe, proporcione tais habilidades no seu cotidiano (CARVALHO, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados. Nessas instituições, os pacientes deverão receber atendimentos terapêuticos grupais e individuais, consultas médicas, além de atividades recreativas promovidas pelos profissionais voltadas para o aspecto psicossocial, visando a melhor reabilitação do paciente dentro da sociedade, incluindo iniciativas direcionadas às famílias, para situações que envolvem o cotidiano dos usuários (BORGES; BAPTISTA, 2008).

De acordo com a Portaria nº 336/2002, com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, o Centro de Atenção Psicossocial Infância-Juvenil (CAPSi), ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e pertencente à gestão municipal, constitui-se como uma Instituição de assistência aberta, que conta com equipe multiprofissional e equipamentos variados, e possibilita não só atendimentos clínicos especializados, mas também tem como função promover saúde, inserir o usuário (crianças e adolescentes) no meio social e reabilitá-lo, rompendo com o estigma que é imposto pela sociedade, o da loucura (RONCHI; AVELLAR, 2010).

Este estudo teve por objetivo investigar estratégias de ação e desafios do Enfermeiro frente a crianças com Transtorno do Espectro Autista em Centro de Atenção Psicossocial.

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Tal pesquisa procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos. É usualmente realizada por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (PRODANOV; FREITAS, 2013). A abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, das percepções, aspirações, atitudes, crenças e valores, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos os quais não podem ser reduzidos às mensurações estatísticas (MINAYO, 2010).

O presente estudo foi desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPSi, pertencentes as Secretarias Executivas Regionais - SER III e SER IV, Município de Fortaleza, Estado do Ceará. Este serviço de saúde é uma Instituição de Atenção Secundária que presta assistência a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

A coleta de dados foi efetivada no período de março a maio de 2015, a partir de uma pesquisa de campo, por meio de observação participante e entrevista semiestruturada. Primeiramente, foi consolidada uma observação do funcionamento dos CAPSi e o envolvimento dos enfermeiros nos serviços. Em seguida, foi realizada a entrevista, elaborada pelas pesquisadoras, contendo dados de identificação pessoal dos participantes e questões relacionadas às estratégias de ação e desafios enfrentados nos atendimentos às crianças com Transtorno do Espectro do Autismo.

O passo inicial para a organização e análise dos dados foi a ordenação dos dados, efetivada a partir da leitura e avaliação das entrevistas realizadas com os enfermeiros, juntamente com o que foi obtido durante a observação participante das pesquisadoras, no desenvolvimento da pesquisa de campo. Em seguida, procedeu-se a análise de discurso, que tem como objeto de estudo o próprio discurso, que é por si só de natureza tridimensional, abarcando a linguagem, a história e a ideologia. Sua produção acontece na história, por meio da linguagem, uma das instâncias por onde a ideologia se materializa (GONDIM; FISCHER, 2009).

A pesquisa respeitou a Resolução CNS nº 466/2012, sendo submetido e validado pela Plataforma Brasil; aprovação CAAE nº 42431515.4.0000.5052 (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A princípio, questionou-se às enfermeiras acerca das estratégias de ação que utilizam para lidar com crianças autistas no CAPSi e como estas são desenvolvidas. Ante as respostas, evidenciou-se que não há, por parte destas profissionais, um acompanhamento individualizado direcionado para crianças autistas, sendo esse feito por psicólogos e terapeutas ocupacionais. Ao exporem algumas estratégias de ação, que realizam em práticas grupais, estas não são específicas para esta problemática, mas sim abertas a todos os transtornos mentais.

“As estratégias de ação dependem da cada temática, trabalhos de concentração como recortes de revistas, jogos de montar e vídeos educativos. [...] Eu não tenho a menor experiência com autismo, só estou tendo uma experiência com uma criança que está com suspeita de autismo e já tem um diagnóstico fechado de hiperatividade”. (Enf. Urano)

“No CAPS realizo atividades de avaliação inicial e terapia de grupo com as crianças e adolescentes; atividades lúdicas em grupo (desenho, recorte e colagem); atividades de relaxamento com música; leitura de histórias, buscando avaliar percepção e interpretação dos temas abordados; e questionamentos sobre os projetos para o futuro”. (Enf. Netuno)

Em relação a terem recebido algum tipo de treinamento para trabalhar com crianças autistas, as duas enfermeiras responderam negativamente, o que acaba prejudicando um diagnóstico precoce. Segundo Pereira (2011), a falta ou a escassez de especialistas, aptos para diagnosticar o autismo, e a demora em começar os tratamentos prejudicam e comprometem a evolução da criança. Na maioria dos casos, o autista é tratado com crianças com outros tipos de deficiências, ou seja, não recebem uma atenção específica para sua síndrome. Assim, os pais se veem levados a formar associações, buscar profissionais que possam cuidar e orientar seus filhos, focando nos sintomas próprios da síndrome.

Além disso, o enfermeiro especializado é capaz de realizar uma consulta de enfermagem apropriada. De acordo com Sudré et al. (2011), esta tem a finalidade de prestar assistência de forma global e individualizada, identificando necessidades, diagnosticando, planejando, executando e avaliando as intervenções de enfermagem que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da criança. Além de coletar dados sobre o cliente e realizar a observação de comportamento livre de qualquer conceito pré-estabelecido pelo profissional, a realização desta exige do enfermeiro o uso de comunicação adequada.

Não há uma abordagem teórica que fundamente a prática profissional das enfermeiras, prevalecendo ações empíricas e uma busca superficial de informações por meio da mídia.



“Não. Tenho muita dificuldade no contato com as crianças e desenvolvendo as atividades, geralmente, procuro na internet”. (Enf. Urano)

Nesse contexto, foi expresso como facilidade no processo de trabalho, o bom relacionamento com a equipe multiprofissional.

“Bom relacionamento com os outros profissionais”. (Enf. Netuno)

Quanto às dificuldades vivenciadas, foram anunciados, a rotatividade e carência de profissionais, bem como a necessidade de capacitação; a alta demanda e conseqüente descontinuidade nos atendimentos ofertados; a dificuldade de estabelecer vínculo com as crianças; a impossibilidade de desenvolver outros grupos; os recursos físicos e materiais escassos; a estrutura irregular e a desorganização do serviço.

“Rotatividade dos profissionais, dificuldade de estabelecer vínculo com as crianças, recursos físicos e materiais escassos”. (Enf. Netuno)

“Necessidade de mais profissionais, porque muitas vezes as crianças não têm como serem atendidas aqui, pois o perfil do CAPSi não está conseguindo atender a demanda, está crescendo uma fila de espera imensa e não está existindo uma continuidade, necessidade de capacitação para os profissionais, a estrutura do CAPS está irregular e impossibilita a realização de outros grupos, desorganização para realização de atividades”. (Enf. Urano)

A concepção de saúde se refere a uma combinação de estratégias que envolvem a promoção da saúde, expressas em cinco campos de atuação: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (DIAS et al., 2012).

Segundo Heck et al. (2008), as políticas públicas em saúde mental no Brasil dispõem sobre os direitos do indivíduo e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental. Os estados e municípios devem realizar uma política de saúde mental equânime, inclusa, extra-hospitalar com base comunitária. Os gestores devem possibilitar condições técnicas e políticas que garantam o direito ao tratamento, a organização de uma rede de atenção integral a saúde através de dispositivos sanitários e socioculturais que integram várias dimensões da vida do indivíduo.

Ao serem abordados os desafios que enfrentam para desenvolverem o tratamento de crianças autistas, fica evidente o despreparo ante aos cuidados indispensáveis a essas crianças, expressos na deficiência de cursos, treinamentos específicos e capacitação profissional.

“Falta de cursos e treinamentos específicos”. (Enf. Netuno)

“O maior problema é a falta de profissionais, a falta de capacitação, até existem cursos de capacitação, a prefeitura oferece, mas como a oferta de profissionais é pequena não tem como ausentar estes do serviço”. (Enf. Urano)

Fica evidente que a carência de quantitativo profissional gera outros entraves, como a impossibilidade de ausentar-se do serviço para se capacitar, o que torna as condições de trabalho precarizadas, resultando em encaminhamentos desnecessários, que só dificultam ainda mais as condições de vida das pessoas que necessitam de atendimento nos CAPSi.

“As capacitações são um mês para se ausentar, três vezes por semana, têm tardes que só há dois profissionais e eu sou a única enfermeira aqui. Já tentamos fazer rodízio, mas não eu certo. Muitas vezes, encaminha-se as crianças para o NAMI ou NUTEP, devido a demanda”. (Enf. Urano)

De acordo com Dias et al. (2012), para atender a necessidade de reorientação profissional foram criadas as Novas Diretrizes Curriculares no intuito de formar profissionais adequados às demandas do SUS, bem como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e, posteriormente, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE). Neste contexto, a avaliação de serviços inseridos no novo modelo de atenção psicossocial requer instrumentos e metodologias que promovam um olhar sobre a subjetividade e a complexidade das novas práticas de atenção (HECK et al., 2008).

Ante a alta demanda do serviço, uma fala dá destaque ao que é considerado “urgência” pelos profissionais, evidenciando-se a “agressividade” como foco central. Nesse sentido, o autismo não é prioridade, por vezes, nem sendo visto como necessidade de atenção à saúde.

“Geralmente, pacientes autistas que não estão agressivos, eles não são considerados urgentes, então eles entram para a lista de espera, temos que dar prioridade a outras doenças urgentes que ficam como primeira consulta”. (Enf. Urano)

Apesar dessas lacunas, positivamente, evidencia-se uma preocupação em estudar para dar conta de trabalhar com crianças autistas.

“Eu não conhecia esse perfil, pra mim é novo, é uma temática que eu tenho que estudar pra saber como é trabalhar com esse perfil de crianças. (Enf. Urano)

No que concerne ao papel do profissional enfermeiro diante da criança e da família, destacam-se o apoio e a orientação. Assim, os cuidados são direcionados às dificuldades de interação social e aos comportamentos da criança, ajudando a família a entender as problemáticas decorrentes do transtorno e a enfrentar o cotidiano de vida.

“Ajudar a minimizar problemas ocasionados pelo transtorno, orientar atividades para a evolução da criança. Nós desenvolvemos atividades manuais, a questão de relacionamentos da criança, da concentração, inquietação da criança. São usados jogos educativos, vídeos também para as crianças”. (Enf. Urano)

Perante as várias ações da enfermeira no serviço, sobressaem-se o acolhimento, a consulta de enfermagem, as práticas grupais e a educação em saúde. Nesse contexto, evidencia-se uma preocupação com a melhoria na qualidade do atendimento, expressa na fala a seguir.

“Pois nós temos que fazer tudo aqui, acolhimento, educação em saúde, atendimento em enfermagem, atendimento individual. Nós estamos montando consultas de enfermagem, eu vou ver os medicamentos e estamos montando um instrumento, um roteiro, então vai ser implementada ainda no serviço. E serão todos os pacientes que passarão primeiro pelo médico, depois por mim”. (Enf. Urano)

Conforme Dartora, Mendieta e Franchini (2014), a atuação dos enfermeiros frente à criança autista e sua família é fundamental, uma vez que eles têm um importante papel socializador, de aceitação e compreensão da criança, bem como no estabelecimento de limites, orientação e apoio à família. Com isso, a detecção precoce de transtornos no desenvolvimento permite ao enfermeiro agir objetivamente, por meio de um plano de cuidados, e também encaminhar a criança a uma equipe especializada para confirmação diagnóstica e tratamento. Diferentemente de outras patologias, o autismo não tem cura. Portanto, o objetivo da equipe deve ser a assistência integral para melhor suporte e qualidade de vida da criança e seus familiares, por isso, a importância dos profissionais de enfermagem sempre estarem buscando aprimorar cada vez mais seus conhecimentos científicos.

## CONCLUSÃO

Por meio do estudo, ficou evidente que as dificuldades comuns entre as enfermeiras é verdadeiramente a falta de capacitação em saúde mental. As mesmas relataram que não fizeram especialização nesta área. Isso certamente dificulta o trabalho com as crianças e o progresso das mesmas no tratamento. É imprescindível que a relação entre as enfermeiras e as crianças autistas seja estabelecida com base no conhecimento das características do autismo, na busca pela informação a respeito de outras táticas de comunicação e na interação com os familiares.

Torna-se indispensável que a enfermeira consiga deixar claro para os familiares estratégias de ação que podem ser utilizadas com a criança autista para melhorar seu desempenho diante da sociedade, bem como seja capaz de esclarecer as principais dúvidas dos pais com relação ao diagnóstico do filho, pois isso trará mais confiança durante o acompanhamento da criança no CAPSi.

Denota-se, por fim, a importância de um olhar cuidadoso, desprovido de preconceitos, atento às necessidades do outro e ao seu sofrimento, visto que, na maioria das vezes a criança autista não se expressa por meio da oralidade. É fundamental que a enfermeira tenha capacidade de interpretar o que está além das palavras, tanto quanto, aprimore sua escuta terapêutica, de forma a contribuir verdadeiramente com seus familiares e pessoas que convivem com a criança no seu cotidiano de vida, inserindo essa criança na dinâmica social e comunitária.

Conclui-se que há a necessidade premente de releitura das atuais ações na saúde mental direcionadas ao cuidado de crianças com o Transtorno do Espectro Autista, que devem ser fundamentadas no diálogo e na reflexão para a ação. É imperativo a capacitação por parte das enfermeiras, para que o atendimento às crianças denote qualidade, possibilitando ainda dar um maior suporte à família, minimizando os entraves habituais no lidar com as diferenças e especificidades de cada criança.

## REFERÊNCIAS

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-68, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/24.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2014. BRASIL. **Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2014.

CARVALHO, Marissol Bastos de. (Org.). **Psiquiatria para a enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2012  
CZERMAINSKI, Fernanda Rasch. **Avaliação neuropsicológica das funções executivas no transtorno do**

**espectro do autismo.** [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Instituto de Psicologia. Porto Alegre-RS: abr. 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/63201/000860693.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

DARTORA, Denise Dalmora; MENDIETA, Marjoriê da Costa; FRANCHINI, Beatriz. A equipe de enfermagem e as crianças autistas. **J Nurs Health**, v. 4, n. 1, p. 27-38, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/4304/3506>>. Acesso em: 21 maio 2015.

DIAS, Aldo Angelim; PEREIRA, Antonio Carlos; PEQUENO, Lucianna Leite; SILVA, Raimunda Magalhães da; BEZERRA, Maria Livia Alexandre Facó; SABRY, Sabrina Dantas. Ações de promoção da saúde na atenção básica: o que dizem os docentes e discentes da área da saúde? **Cadernos ESP**, Ceará, v. 6, n. 2, p. 31-41, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/viewFile/78/pdf>>. Acesso em: 21 maio 2015.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; FISCHER, Tânia. O discurso, a análise de discurso, discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 09-26, set.-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/viewArticle/75>>. Acesso em: 26 maio 2015.

HECK, Rita Maria; BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado; CEOLIN, Teila; KANTORSKI, Luciane Prado; WILHICH, Janaína Quinzen; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-55, out-dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/04.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2015.

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

PEREIRA, Cyelle Carmem Vasconcelos. Autismo e família: participação dos pais no tratamento e desenvolvimento dos filhos autistas. **Facene/Famene**, v. 9, n. 2, p. 51-8, 2011. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/2011-2-pag-51-58-Autismo-e-fam%E2%94%9C%C2%A1lia.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2015.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, Luziane Zacché. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v12n1/v12n1a07.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2014.

SANINI, Cláudia; SIFUENTES, Maúcha; BOSA, Cleonice Alves. Competência social e autismo: o papel do contexto da brincadeira com pares. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 99-105, jan./mar. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n1/12.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2014.

SUDRÉ, Roberta Cristina da Rocha; OLIVEIRA, Romário Freitas de; FAILE, Patrícia Ganen Sanches; TEIXEIRA, Marina Borges. Assistência de enfermagem a crianças com transtorno global do desenvolvimento (TGD): autismo. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 56, n. 2, p. 102-6, 2011. Disponível em: <<http://www.fcmscsp.edu.br/files/AA07.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 25-33, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n1/04.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2014.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE HIGIENE CORPORAL PARA ADICTOS EM PROCESSO DE DESINTOXICAÇÃO

**Maria Simone da Silva Rodrigues<sup>1\*</sup>, Bruna Nunes Osterno<sup>2</sup>, Ana Cintia Silva Loiola<sup>3</sup>, Sarah Sales Rabelo<sup>4</sup>, Gabriela Justa Sousa Dias<sup>5</sup>, Bruna Michelle Belém Leite Brasil<sup>6</sup>**

*1 Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e Integrante do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária (GPAPS), do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*6 Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Membro do Grupo de Extensão e Pesquisa em Saúde do Idoso (GEPSI). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

Email: mone.silv@hotmail.com

Palavras-chave: Educação em Saúde. Higiene. Enfermagem, Adictos.

### INTRODUÇÃO

O conhecimento sobre os aspectos que melhoram a qualidade de vida está relacionado com diversos fatores como autoestima e bem-estar pessoal o qual abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, atividade intelectual, o autocuidado, apoio familiar, estado de saúde, valores éticos, cultural e religioso; assim como, o próprio o estilo de vida, a satisfação com atividades diárias e o ambiente em que se vive (Vecchia RD, 2005).

Para o Ministério da Saúde a Educação em Saúde é uma prática centrada na sociedade e um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da visão crítica das pessoas, a respeito de sua saúde, instigando a busca de soluções e a organização para a ação coletiva (Brasil, 1990).

Atividades de educação e saúde presente na vivência dos processos sociais promovem troca de saberes por ser uma estratégia que aproxima o profissional de saúde dos pacientes, seja elaborada nas Unidades de Atendimento Psiquiátrico, Ambiente Hospitalar ou Casas Terapêuticas, as quais permitem que os sujeitos troquem informações, emitam opiniões sobre as coisas do cotidiano, reelaborem ideias, organizem sua concepção de mundo, identifiquem seus valores e a partir disso e promova mudanças no estilo de vida do indivíduo levando-o a empoderar-se de ações que promova seu autocuidado, melhorando sua qualidade de vida tornando possível o processo de desconstrução e reconstrução de saberes sobre o próprio sujeito e a sociedade (Chernicharo IM, 2013).

A enfermagem é uma ciência que apresenta como especificidade o cuidado, seja individual, familiar ou em comunidade de modo integral, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades contínuas e permanente de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde tendo todo embasamento científico para tal, por tanto, a educação em saúde é uma das atribuições do enfermeiro, o qual deve realizar intervenções de promoção de saúde, prestação de cuidados gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (Silva FD, 2011).

O objetivo desse estudo foi de relatar a vivência de uma atividade educativa sobre higiene corporal para adictos que se encontram em processo de desintoxicação em uma Instituição Psiquiátrica.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado em uma, Unidade Internação Psiquiátrica sob a jurisdição da regional VI localizada em Fortaleza-CE; o qual tem como objetivo o tratamento de pacientes com quadros psiquiátricos agudos ou com episódios de reagudização de quadros crônicos, sendo utilizados tratamentos biológicos e diferentes técnicas sócias psicoterápicas. A internação é apenas uma etapa do tratamento, e, por este motivo, é prioritariamente de curta permanência. Os pacientes têm projeto terapêutico individualizado e são assistidos por equipe multidisciplinar composta por médicos psiquiatra e clínico, enfermeiro (a), terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo (a). O hospital dispõe de 160 (cento e sessenta) leitos gerais para internação, divididos em quatro unidades com quarenta leitos, sendo duas femininas e duas masculinas, e 20 (vinte) leitos masculinos na Unidade de Desintoxicação (UD), destinada ao tratamento de dependentes químicos. Realizamos Uma Oficina temática

voltada para Higiene corporal, onde abordamos as doenças de pele como identifica-las e evita-las assim, como as intestinais causadas por falta de higiene das mãos dando como exemplo as verminoses e infecção pela hepatite A. A atividade foi elaborada pela preceptora do estágio supervisionado obrigatório e alunas do 10º semestre do curso de graduação de Enfermagem do Centro Universitário Estácio Fic, realizada no dia 05 de setembro de 2017 na sala de terapia ocupacional. Participaram da atividade educativa 11 homens com idade de 20 a 50 anos. Para realização da oficina os clientes confeccionaram um painel utilizando papel madeira, imagens e frases que representava patologias causadas pela falta de higiene e frases de como preveni-las, e colocamos na parede para que pudessem visualizar o trabalho que construímos juntos, valorizando suas ideias e opiniões, tivemos uma roda de conversa onde um representando de cada grupo falava sobre o que eles aprenderam, pra encerrar fizemos o feedback onde eles tiravam dúvidas e expressavam o sentimento de construir juntos o aprendizado sobre algo que conheciam e como se sentiam participando da atividade.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pacientes tinham grau de instrução diversificado, alguns não chegaram a concluir o ensino fundamental, entre eles havia analfabetos, moradores de rua e profissionais de nível técnico em segurança armada, os mesmos estavam internados por livre e espontânea vontade os quais buscaram atendimento assistencial para tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas.

A atividade realizada foi desenvolvida em três momentos, no **1º momento**: fizemos a abertura com expressão de sentimento para promover interação e conhecimento dos participantes e abordagem do tema que seria proposto, onde os clientes ficaram em pé e em círculo de mãos dadas, onde cada participante dava um passo à frente e apresentavam-se dizendo seu nome; e uma frase que expressa - se uma razão para estarem na terapia ocupacional naquele momento.

No **2º momento**: foi realizada dinâmica em grupo onde os participantes continuaram de mãos dadas, foram orientados a não soltar e três alunas com frases temáticas (Influenza, Família, Balada) coladas no jaleco das alunas que representava esses estressores as quais tentariam entrar na roda, mas os mesmos tinham que resistir. Objetivo da dinâmica: identificar formas de resistir ao vício, estimula evitar amigos e ambientes que o levem a queda e saber onde tem apoio para a luta contra as drogas.

No **3º momento** separamos os participantes em dois grupos, um grupo de 5 e outro de 6, onde foi abordado a temática saúde do corpo. Neste momento os participantes confeccionaram os murais com o tema proposto discutiram sobre as possíveis patologias conhecidas na linguagem popular que poderiam adquirir se não praticassem a higiene do corpo dentro dos padrões básico para se ter saúde individual e coletiva.

Os pacientes trocaram ideias, realizaram colagens de recortes de revistas, e depois escolheu um líder da equipe para apresentar seu tema para o outro grupo explicando o que aprendeu. Foram muito participativos, mostraram conhecer sobre o assunto, porém relataram ser relapso no cuidado quando se sentem depressivos ou ansiosos.

## CONCLUSÃO

Na atividade proposta foi possível observar o quanto é importante valorizar o conhecimento popular, quando se deixa o paciente desenvolver e construir o seu aprendizado dentro do seu contexto de vida, por meio de atividades elaboradas que estimule e proporcionem formas práticas de autocuidado, destacando que para se trabalhar com promoção da saúde é importante saber sobre os determinantes sociais, pois estas ações tratam da problematização da vida cotidiana e questões que envolvem a produção coletiva de qualidade de vida e a importância da discussão de políticas públicas, procurando superar a responsabilização individual pela falta de saúde.

A perspectiva desta estratégia de participação ativa do paciente promova trabalhos com questões de saúde corporal no âmbito de saúde mental propicie uma reflexão para o usuário e para o setor responsável pelo setor que promove cuidados aos adictos, sobre a organização social e como se pode melhorar a qualidade de vida desses pacientes em uso de substâncias psicoativas internados em Unidades Psiquiátricas para tratamento de desintoxicação.

Atividades de educação em saúde têm sido estratégias relevantes para uma proximidade maior entre profissional do paciente, possibilitando troca de conhecimentos, retirada de dúvidas, bem como a visualização de como estão realizando as atividades de promoção na saúde em ambientes terapêuticos e cuidados assistenciais.

Portanto, os profissionais da saúde, sobretudo enfermeiros, devem empenhar-se na execução de estratégias educativas, buscando-se sensibilizar os demais profissionais que exercem cuidados nestas unidades, acerca das necessidades básicas do cliente em participar de forma ativa na construção do saber o responsabilizado também pelo seu cuidado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS — Doutrinas e princípios. Brasília: 1990. Disponível em: [http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf).

Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(3): 246-52. DOI: 10.15343/0104- 7809.20143802159168.

Chernicharo IM, Freitas FDS, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 564-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a15.pdf>.

Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira MA. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. Esc. Anna Nery. 2011 abr/ jun;15(2):306-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01- 0156.pdf>.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DETERMINAÇÃO OU DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE? APONTAMENTOS ACERCA DA PROBLEMÁTICA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Alexandra Bonifacio Xavier<sup>1</sup>

*1 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS-UEPB), Campina Grande-Paraíba-Brasil maurithiuseale@hotmail.com*

*Email: maurithiuseale@hotmail.com*

*Palavras-chave: Determinação social da saúde. Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Promoção da Saúde.*

### INTRODUÇÃO

O presente artigo constitui um recorte de nossa pesquisa ainda em andamento, intitulada: “Política Nacional de Promoção da Saúde: uma análise das tendências conceituais e ideó-políticas”, ligada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS/UEPB), parte de revisão bibliográfica e busca analisar a determinação social da saúde e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) enquanto caminhos distintos de interpretação das condições de saúde da população.

Ao adentrar no Programa de Pós-Graduação e iniciar a revisão bibliográfica para nossa pesquisa, a evidência de que o objetivo da Promoção da Saúde consiste justamente no enfrentamento das condições que determinam os níveis de saúde da população, nos trouxe novas inquietações, notadamente no que se refere à indiferenciação teórico-metodológica no uso dos termos “determinação social da saúde” ou “produção social da saúde” e “Determinantes Sociais da Saúde” na maior parte da bibliografia consultada.

Neste sentido, segundo Tambellini e Schütz (2009), há falta de explicitação conceitual em torno do termo “determinação”, de seu significado, de quais concepções teórico-metodológicas estão sendo usadas para embasar suas análises. Esta falta de precisão conceitual, aliada a uma teorização frouxa sobre a relação saúde-sociedade, não permite o entendimento dos mecanismos e, principalmente, dos múltiplos processos socioeconômicos, ecológicos, biológicos, psicológicos e culturais que se articulam na constituição do objeto saúde, o que leva à exclusão das dimensões políticas, históricas e espaços-territoriais desta proposição científica (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Desse modo, o presente artigo aponta para a determinação enquanto conceito geral cujas modalidades são múltiplas – a exemplo da determinação causal, a dialética, a estrutural, etc. – e constituem um referencial teórico-metodológico diversificado e abrangente para análise de categorias como determinação social da situação e das condições de saúde, produção social das práticas e das instituições de saúde e construção social dos sentidos da saúde (ALMEIDA FILHO, 2009).

Como discute o artigo, a partir dos anos 1990 a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a investir fortemente no estabelecimento de um modelo teórico conceitual para demarcar sua proposta em torno dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009). Contudo, por trás da intensa atividade das agências internacionais no campo dos DSS, fomentando, nas últimas décadas o crescimento da produção acadêmica em torno da temática, há interesses de mistificação teórica, metodológica e política.

Deparamos-nos com algumas leituras mais críticas a exemplo das de Almeida Filho (2009), de Tambellini e Schütz (2009), do Cebes (2009), dentre outros, que indicam a predominância de abordagens psicossociais e/ou da teoria ecossocial e modelos multiníveis relacionados em maior parte da produção científica em torno dos DSS, tomando-os como equivalentes ao processo de determinação social da saúde.

Diante do exposto, este artigo busca indicar o teor do discurso dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), fomentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde os anos de 1990, buscando distinguir entre estes e o significado da determinação social da saúde que, fundamentada no materialismo histórico-dialético, configura um referencial teórico-metodológico de investigação em saúde voltado às necessidades das classes subalternas e comprometido com a luta por melhores condições sanitárias.

### METODOLOGIA

O artigo consiste em um recorte de nossa pesquisa de mestrado em andamento, como já referido, e é fruto de revisão bibliográfica que vem sendo realizada sobre a determinação social da saúde e os Determinantes Sociais da Saúde, enquanto temas cruciais ao entendimento da Promoção da Saúde. A pesquisa da qual

surtem as análises aqui empreendidas, consiste em um estudo analítico, com abordagem qualitativa, através da qual buscamos apreender os fenômenos como parte da realidade social, atentando ao seu universo de significados e complexidades intrínsecas (MINAYO, 2015).

O estudo que embasa o presente artigo faz a opção pelo método crítico-dialético, pois este tem como objetivo primordial captar o movimento, a processualidade contraditória de seus objetos através da decomposição do todo em busca de sua essência, o que configura o conhecimento que vai “além da apreensão da imediatez da vida cotidiana” (GUERRA, 1988, p.2).

Após a revisão bibliográfica, como etapas posteriores do referido estudo, realizaremos a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, compreendendo as mesmas não só enquanto “fontes de papel” (GIL, 2008), mas como instrumentos para a coleta dos dados de nosso estudo (LIMA; MIOTO, 2007; PRATES; PRATES, 2009). Compete indicar que a análise bibliográfica e a análise documental serão realizadas com base em roteiro previamente estabelecido, conforme orientações de Severino (2016) e de Salvador (1986 apud LIMA; MIOTO, 2007). O tratamento dos dados coletados será concretizado através da análise de conteúdo, considerada por Bardin (1977, p.44) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que objetiva, pela via de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens. Serão seguidas as fases da análise de conteúdo indicadas por Bardin (1977).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão bibliográfica empreendida até o presente indica que a determinação social da saúde não é o arcabouço hegemônico na interpretação do processo saúde-doença. Como afirmam Fonseca (et. al., 2006) a teoria unicausal – baseada no biologicismo – e a multicausal – fundamentada no idealismo – são caminhos teóricos de análise preponderantes historicamente. Contudo, a unicausalidade e a multicausalidade se mostram insuficientes, segundo Fonseca (et. al., idem), para explicar as condições de saúde, notadamente por não estar embasadas em uma teoria social. Portanto, ambas as teorias negligenciam a análise do modo de produção e das desigualdades sociais em saúde por ele geradas.

Análises críticas sobre a temática indicam que o enfoque prioritário utilizado nos últimos anos pelas ciências sociais aplicadas ao setor saúde – funcionalista/positivista – vem proporcionando visões restritas dos fatos ao utilizar conceitos e categorias que explicam apenas parcialmente a situação sanitária encontrada. Para Garrafa e Cordón (2009), tais abordagens têm se mostrado insuficientes para proporcionar uma visão total e concreta da problemática da saúde como manifestação particular e especificamente histórica, que expõe e reproduz as contradições sociais assumidas nas lutas políticas pelo projeto hegemônico de classe: a acumulação capitalista.

Apesar de aparentar um discurso homogêneo e necessariamente progressista, comprometido com o fim das desigualdades em saúde, percebemos que as nomenclaturas “determinação social da saúde” ou “produção social da saúde” e “Determinantes Sociais da Saúde”, vêm sendo utilizadas em grande parte de produções científicas e documentos oficiais de forma indiferenciada – como reafirmam os estudos de Almeida Filho (2009) – mesmo portando perspectivas teórico-metodológicas e interesses ídeo-políticos distintos.

É possível notar na bibliografia sobre o tema alguns poucos esforços de clarificação, tais como os empreendidos pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES, 2009). Embasado nas teses fundamentais do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro, o CEBES destaca que o discurso dos organismos multilaterais dissemina a ideia dos DSS que, apesar de associarem à saúde não só os fatores biológicos, mas também a questões ambientais, sociais e econômicas, não aludem à organização societária que determina os níveis de saúde das populações, nem são fundamentadas em uma teoria da sociedade de caráter crítico ou que as explique (CEBES, 2009).

Compete indicar que a OMS (2008 apud TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009, p. 374-375) define os DSS como “as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas de saúde estabelecidos para combater as doenças”, tais circunstâncias “estão configuradas por um conjunto mais amplo de forças: econômicas, sociais, normativas e políticas”, assim, as condições de vida são determinadas pelo “lugar que cada um ocupa na hierarquia social.”

A produção social da saúde ou determinação social da saúde, discutida pelo MRS brasileiro desde a década de 1970 (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009), por sua vez, “nos permite pensar, compreender melhor e avaliar a relação saúde-sociedade” (TAMBELLINI; SCHÜTZ 2009, p.372). A determinação proporciona a análise da situação e das condições de saúde “com base na forma segundo a qual a sociedade se organiza para a construção da vida social”, partindo da compreensão de saúde como fenômeno biológico e social que têm na organização societária seu determinante primeiro (FONSECA, et., al., 2006, p. 21). Abrange, “por exemplo, o estudo de como as necessidades e práticas de saúde são socialmente criadas e reforçadas pelo capitalismo avançado” (CEBES, 2009 p. 3).

No âmbito de leituras críticas o conceito de produção ou determinação social da saúde não nega a existência dos determinantes, mas os localiza enquanto atributo de uma determinação mais ampla (NOGUEIRA, 2009), ou seja, as contradições e requisições do capitalismo e sua relação com as condições de vida e saúde da população



(CEBES, 2009). Esta concepção fundamenta o “núcleo subversivo” do MRS, pois se apóia nas bases teóricas marxistas e confronta os interesses hegemônicos do capitalismo (CEBES, *idem*).

Portanto, existem na produção teórica sobre o tema pelo menos duas perspectivas distintas de análise, como corroboram Tambellini e Schütz (2009). O escopo do debate em torno dos DSS, pautado e delimitado pelo poder de influência da OMS (NOGUEIRA, 2009), proporciona uma perspectiva de análise que conduz pelos caminhos construídos dentro dos limites estabelecidos pelo poder hegemônico nas sociedades ocidentais desenvolvidas. Na segunda perspectiva, por sua vez, a questão se expressa em termos de “processo de determinação”, caminha pela senda da emergência de uma Saúde Coletiva considerada a refundação da Saúde Pública Latino-Americana, cuja construção é, em muitos sentidos, considerada como elemento político, técnico e científico de projetos políticos democráticos e contra hegemônicos na região (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Conforme a revisão bibliográfica realizada, é a partir do final da década de 1970 que os debates traçados pela OMS em torno da temática passam a incluir a “questão social” como elemento central sob a forma dos DSS, tal marco passa desde então a redefinir os sistemas de saúde em todo o globo. Nesse processo de redefinição, é central a realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986 e a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde - CDSS, em 2004, que publica seu Relatório no ano de 2008 (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

O Relatório sobre os DSS da OMS mostra os avanços mundiais que determinam a saúde e os problemas que ocasionam as doenças sem, contudo, discutir a essência das razões que as criam (GARRAFA; CORDÓN, 2009). Segundo Nogueira (2009), o Relatório não define claramente os DSS e determinante social é tratado como sinônimo de causa ou causalidade social. Desse modo, os determinantes sociais, ao serem convertidos em fatores perdem sua dimensão de processos sócio- históricos, expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, e facilita sua simplificação ao serem entendidos e expressos como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida, etc. (OLIVA; ESCUDEIRO; CARMONA, 2008 apud NOGUEIRA, 2009).

Nogueira (2009) salienta a inépcia do clamor ético e político para uma luta contra as desigualdades injustas e evitáveis, ou seja, as iniquidades, realizado pelo Relatório, pois mobilizações políticas no campo da saúde jamais ocorreram desarticuladas de outros movimentos que buscassem um conjunto maior de direitos sociais e políticos negados historicamente. O MRS brasileiro em sua luta junto a outros movimentos sociais pela redemocratização do país é um exemplo claro de que as mobilizações sociais da saúde devem transcender o próprio setor (NOGUEIRA, 2009).

Para Nogueira (2009), o combate às iniquidades e o chamado à mobilização política como parte do debate dos DSS surge nos anos 1990, num contexto de emergência de políticas sociais de tendência pós- neoliberal fomentadas pelas agências internacionais voltadas não apenas ao combate da pobreza absoluta, mas a diminuição das desigualdades de renda e de condições de vida.

Nas últimas décadas, além do Relatório sobre os DSS da OMS, vários estudos têm sido realizados em torno dos DSS, contudo, conforme Garrafa e Cordón (2009, p.389), a maioria dessas produções “têm se pautado em construções abstrato-teórico-abstratas, sem se vincular organicamente a uma práxis transformadora a partir de problemas políticos concretos” presentes em formações econômico- sociais determinadas.

Destarte, Almeida Filho (2009) conclui que, no que se refere às teorias sociais dos DSS, persistem lacunas, omissões e desinteresses no discurso dominante sobre o tema desigualdades em saúde, notadamente acerca das fontes dessas desigualdades. Nogueira (2009) considera que o enfoque da OMS está embasado em generalizações e conceitos abstratos de saúde, pobreza e riqueza que naturalizam a realidade e desconsidera elementos estruturantes das condições de vida, abordagem que poderia ser superada a partir de uma verdadeira teoria social da saúde.

Destarte, as abordagens teórico-metodológicas atualmente hegemônicas em torno dos DSS desconsideram as particularidades sócio-históricas das desigualdades em saúde e despolitizam os modelos explicativos formulados, por isso, é imperativo que, além de compreender e interpretar conceitualmente as raízes e a determinação real dessas desigualdades haja mobilização política para de fato superá-las (ALMEIDA FILHO, 2009).

Para Garrafa e Cordón (2009), a militância deve ser assumida em diversos níveis, desde a crítica aos modelos e teorias que desvirtuam a essência das contradições no âmbito da saúde, passando pela assimilação de uma “consciência social politizada” (o que inclui a construção de transformações nas formas de atenção à saúde em conjunto com a sociedade), até a inserção na militância social permanente em busca de uma vida com saúde e liberdade de fato, na luta por outra sociedade.

## CONCLUSÃO

A elaboração teórica de Marx acerca da determinação sócio-histórica aplicada à saúde fornece um importante e amplo referencial para análises em saúde. Do ponto de vista do materialismo histórico-dialético

as condições de saúde são determinadas pelo modo como está organizada a sociedade. Esse arcabouço crítico permite não só articular a saúde com a sociedade por meio de relações de intercâmbio, mas também descortinar a relação deste setor com a produção. Permite discernir visões que buscam analisar a totalidade social daquelas fragmentadas da realidade, desvinculadas da relação geradora da totalidade na sua expressão particular no espaço da saúde.

Desse modo, entende-se que as condições sociais são a base para entender a situação e as condições de saúde, “assim como a posição de cada indivíduo na sociedade [classe social, divisão do trabalho e da renda] é uma base da própria saúde” (FLEURY TEIXEIRA, 2009, p.384). A determinação social da saúde encontra, portanto, respaldo na análise histórica, não nega a determinação biológica das condições de saúde, nem seus determinantes, mas os localiza enquanto expressões de uma determinação essencial mais geral.

Nesta direção, espera-se que o presente artigo tenha contribuído, ainda que de forma ínfima, com esforços de clarificação teórico-metodológica em torno da determinação social da saúde, partindo da premissa que os grandes problemas societários existentes – dentre os quais, as condições de saúde –, frutos da produção e reprodução social capitalistas, podem ser negados por meio de análises críticas bem fundamentadas que superem as abordagens reducionistas da epidemiologia clássica presentes na concepção dos DSS da OMS. Destarte, a análise teórico-metodológica da determinação social da saúde deve estar orientada por uma práxis negadora do *status quo* (NAVARRO, 2009 apud GARRAFA; CORDÓN, 2009), práxis esta respaldada em categorias reais que possibilitem abordar a situação e as condições de saúde de forma concreta e na perspectiva da totalidade social, práxis que provém do exame da realidade, orgânico aos interesses das classes subalternas e comprometida com um novo quadrosanitário.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1977.
- CEBES. **Determinantes sociais**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.
- FLEURY TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 380-387, 2009.
- GARRAFA, V.; CORDÓN, J. Determinação Social da Doença. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 388-396, 2009.
- GUERRA, Y. **Investigação social e serviço social**: novos processos de produção do conhecimento. 1998. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr>. Acesso em: 05 ago 2016.
- LIMA, T.C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. katálysis** [online]. 2007, vol.10, n.spe, pp.37-45. ISSN 1982-0259. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802007000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004)>. Acesso em 15. Ago. 2017.
- MINAYO, M. C. de S. et.al. (org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.
- NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 398-406, 2009.
- PRATES, J. C.; PRATES, F. C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. **Sociedade em debate**, Pelotas, v. 15, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/356/313>>. Acesso em 08. Nov.2015.
- TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 371-379, 2009.
- VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. V. **Promoção da Saúde**: Polissemias conceituais e ideopolíticas. *In.*: \_\_.; COSTA, M. D. H. da (Orgs.). Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidade no contexto do SUS. Campinas: Hucitec, 2014.

## AGRADECIMENTOS

Nossos sinceros agradecimentos ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (PPGSS-UEPB) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio institucional.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS NA MASTECTOMIZADA SUBMETIDA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA.

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro<sup>1</sup> (PQ), Fernanda Veras Vieira Feitosa<sup>2\*</sup> (IC), Mayara Ruth Nishiyama Soares<sup>3</sup> (IC)

1. Centro Universitário Estácio de Sá – PIBIC/CNPQ. 2. Centro Universitário Estácio de Sá – Curso Psicologia. 3. Centro Universitário Estácio de Sá – Curso Psicologia.

E-mail: fernanda.veras@hotmail.com

Palavras-chave: Mastectomia. Câncer de mama. Impactos emocionais. Cirurgia Plástica

### INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma enfermidade decorrente da proliferação de células anormais da mama que resultam na formação de um tumor. Existem diversos tipos de câncer de mama, que variam dependendo de cada caso, podendo alguns terem um desenvolvimento mais rápido e outros não. (INCA, 2016)

Esse tipo de câncer é incomum nas mulheres que apresentam idade inferior aos 35 anos, mas numa idade superior a essa, sua ocorrência fica cada vez mais presente, especialmente após os 50 anos de idade. Estatísticas detectam o crescimento de novos casos não somente em países desenvolvidos, mas também que ainda se encontram em desenvolvimento.

Os dados estatístico para o Brasil no tocante aos anos de 2016-2017, relacionados a incidência de câncer de mama, são de aproximadamente 600 mil novos casos, sendo 28,1% destes, referentes ao câncer de mama. Espera-se para o Brasil nesse período 57.960 casos novos. (INCA, 2016).

Observando os dados estatístico dos casos de câncer de mama, nas regiões do Brasil, os dados apontam que na região Sul por exemplo, o câncer de mama representa 74,30/100 mil, na região Sudeste 68,08/100 mil, Centro-Oeste 87,87/100 mil, e já na região Nordeste 338,74/100 mil, sendo nessas regiões, a incidência mais frequente. Enquanto que na região Norte é o tipo de câncer mais ocorrente representando (22,26/100 mil). (INCA 2016-2017).

O diagnóstico do câncer de mama pode ser percebido no exame clínico ou por exames de imagens solicitados pelo médico onde são bastante utilizados como a mamografia, assim como a ultrassonografia ou ressonância magnética que são eficazes na descoberta do câncer. Infelizmente o diagnóstico é percebido pelo paciente, assim como pela sua família, como algo aterrorizante em vários aspectos de sua vida.

Silva (2008) destacou que tanto o diagnóstico quanto o tratamento, marcam a vida da mulher nos aspectos físico, psicológico, emocional e social. Autores como Cerqueira e Perez (2008) afirmam que, “ a mama por ser um símbolo bastante representativo em vários aspectos na vida da mulher como sendo símbolo da maternidade por exemplo, afinge essa mulher, por achar que aquilo que há representa está sendo destruído.

Autores como (Santos, Barnabé, et al, 2012) ressaltam que, a mulher ao passar por procedimentos como a retirada da mama, têm a autoestima completamente afetada e que existem procedimentos cirúrgicos aliadas á reestruturação da autoestima e da autoimagem, que são as cirurgias plásticas.

A cirurgia plástica, também denominada de reconstrução mamária são usadas na reparação dos pequenos defeitos ( tumorectomias, segmentectomias e quadrantectomias) assim como nas mastectomias. (LAMARTINE, 2012).

Acreditamos que a reconstrução da mama, pós-cirurgia de extirpação mamária, pode marcar a vida dessas mulheres nos aspectos físicos, sociais e emocionais. A pesquisa ora proposta pode revelar os impactos que tanto a doença quanto a retirada do órgão, bem como a reconstrução da mama, acarretam na vida da mastectomizada.

Diante do exposto indaga-se: “Qual o impacto emocional da cirurgia plástica em mulheres mastectomizadas? O que mudou na sua vida, após a cirurgia de reconstrução da mama pós- mastectomia, na percepção da mulher?.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, na modalidade de pesquisa bibliografia e eletrônica, realizada no mês de agosto de 2008, na base de dados SciELO, MEDLINE, Google acadêmico, PubMed e páginas eletrônicas do INCA. Foi realizado um levantamento de artigos científicos, sendo considerados como critérios de inclusão o tema: reconstrução mamária; período de publicação-2007 a 2017. Foram encontrados 28 artigos sendo selecionados

17. Foram excluídos 11 artigos que enfocavam mais nas técnicas dos procedimentos cirúrgicos. A coleta foi feita através da leitura integral dos artigos que abordavam os aspectos psicológicos envolvidos na reconstrução da mama pós-mastectomia. Os seguintes descritores foram utilizados para a seleção dos artigos: Câncer de mama, mastectomia, impactos emocionais e cirurgia plástica.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que cada mulher vive de uma forma significativa e particular o câncer de mama, a mastectomia bem como a reconstrução mamária e dentre os relatos e as discussões presentes nos artigos analisados, evidenciaram que após a reconstrução mamária algumas das mastectomizadas recuperam sua autoestima, enquanto outras relatam que ainda sofrem devido a retirada do seu órgão que segunda elas e autores dos artigos revisados é a marca da feminilidade e que mesmo após a reconstrução de suas mamas ainda sofrem psicologicamente.

## CONCLUSÃO

Considerando os discursos e a produção histórica do câncer de mama e da reconstrução mamária, os novos conhecimentos e saberes sobre os processos do adoecimento físico e psicológico frente a reparação da mama, podem possibilitar na compreensão e no enfrentamento tanto da enfermidade como no processo de alterações psicológicas referentes a reconstrução da mama.

## REFERÊNCIAS

- Duarte, Tânia Pires, and Angela Nobre de Andrade. **“Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade.”** *Estudos de psicologia* 8.1 (2003): 155-163.
- Caetano, Joselany Áfio, and Enedina Soares. **“Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal.”** *Rev. enferm. UERJ* 13.2 (2005): 210-216.
- Gandini, Rita de Cássia. **“Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas.”** *Bol. psicol* 45.103 (1995): 71-103.
- D’ALESSANDRO, GABRIEL SALUM, et al. **“Reconstrução mamária imediata com retalho do músculo grande dorsal e implante de silicone.”** *Rev. bras. cir. plást* 30.2 (2015): 163-171.
- Colombo, Felipe Gama E. **“Avaliação do grau de satisfação de pacientes submetidas a reconstrução mamária.”** *Rev. bras. cir. plást* 28.3 (2013): 355-360.
- Lisboa, Fabiana Christina Araújo Pereira, et al. **“Análise crítica do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com Câncer de Mama acompanhadas em serviço de Mastologia do Distrito Federal.”** *Rev. bras. mastologia* 23.4 (2013).
- Kluthcovsky, Ana Claudia Garabeli Cavalli, and Almir Antonio Lara Urbanetz. **“Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis.”** *Rev Bras Ginecol Obstet* (2012): 453-458.
- Menezes, Natália Nogueira Teixeira de, Vera Lucia Schulz, and Rodrigo Sanches Peres. **“Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio.”** *Estud. Psicol* 17.2 (2012): 233-40.
- Azevedo, Rosana Freitas and Regina Lúcia Medonça Lopes. **“Revisando as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia por câncer”.** *Ver. Enferm. UERJ* (2010): 298-303.
- Scorsolini-Comin, Fabio, Manoel Antônio dos Santos, and Laura Vilela Souza. **“Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama.”** *Estudos de Psicologia (Natal)* 14.1 (2009): 41-50.
- da Silva, Michelly Gomes, and Suziane Carvalho de Oliveira. **“Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas.”** *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 14.3 (2010): 477-484.
- Simeão, S. F. A. P., et al. **“Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama.”** *Ciênc saúde coletiva* 18.3 (2013): 779-88.
- Ramos, Bianca Figueiredo, and Maria Alice Lustosa. **“Câncer de mama feminino e psicologia.”** *Revista da SBPH* 12.1 (2009): 85-97.

Gasparelo, Cláudia, et al. **“Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal-*doi*: 10.4025/cienccuidsaude. v9i3. 12557.”** *Ciência, Cuidado e Saúde* 9.3 (2011): 535-542.

Lopes, Maria Helena Baena de Moraes, et al. **“Diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de mastectomia.”** *Escola Anna Nery* (2013).

Moniz, Patrícia da Assunção Fonseca, Ana Mafalda Fernandes, and Luís Oliveira. **“da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória.”** *Revista de enfermagem referência* 5 (2011): 163-171.

Pinto, Adriana Carvalho, and Dinorah Fernandes Gíóia-Martins. **“Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica.”** *Revista da SBPH* 9.2 (2006): 3-27.

MONIZ, Patrícia da Assunção Fonseca; FERNANDES, Ana Mafalda; OLIVEIRA, Luís. **Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória.** *Rev. Enf. Ref., Coimbra, v. serIII, n. 5, p. 163171, dez. 2011.* Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300017&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1148>.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Centro Universitário Estácio de Sá, por propiciar o aprendizado preciso para a pesquisa.

A Universidade de Fortaleza pela honra, oportunidade e incentivo á produção de novas formas de conhecer através da pesquisa.

A professora e orientadora Cleoneide, por sua força, determinação e coragem e por sempre acreditar na capacidade e potencial de seus alunos.

Às mulheres mastectomizadas que fizeram a reconstrução da mama, participantes da pesquisa, por suas colaborações no desenvolvimento da pesquisa e da ciência.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## REESTABELECIMENTO DE LAÇOS FAMILIARES DE ADOLESCENTES A PARTIR DO CÍRCULO DE CULTURA DE PAULO FREIRE

**Maria Adelane Monteiro da Silva<sup>1</sup>, Antonia de Maria Rodrigues de Sousa Castro<sup>2</sup>, Anna Larissa Moraes Mesquita<sup>3</sup>, Amanda Lourenço Tomaz<sup>4</sup>, Viviane Oliveira Mendes Cavalcante<sup>5</sup>, Ana Amábilie Gabriele Rodrigues Leite<sup>6</sup>**

*1 Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil,*

*2 Mestrado Profissional em Saúde da Família, RENASF/ FIOCRUZ/ UVA, Sobral-Ceará-Brasil.*

*3 Graduada em Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral-Ceará-Brasil.*

*4 Mestranda em Psicologia, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Parnaíba-Piauí-Brasil.*

*E-mail: adelanemonteiro@hotmail.com*

*Palavras-chave: Adolescentes. Grupo. Promoção da Saúde.*

### INTRODUÇÃO

A adolescência trata-se de uma fase da vida a qual o ser humano encontra-se em desconstrução dos traços infantis e passa por diversas transformações, sejam elas físicas, psíquicas e sociais. Para Macedo e Conceição (2015) a adolescência é indicada por modificações biopsicossociais que ocorrem num período específico do desenvolvimento humano, e a cultura é decisiva, pois define o que é esperado em relação ao comportamento dos adolescentes.

O Ministério da Saúde adota o termo adolescências, pois remete que o Brasil é um país de grandes desigualdades e com contextos diversificados e com essa denominação é possível abordar jovens e adolescentes em sua diversidade social, racial, econômica, religiosa, étnica, de gênero e de orientação sexual, ajudando a inovar a forma de compreender essa população (BRASIL, 2010).

A adolescência oportuniza determinadas situações de vulnerabilidade que podem influenciar fortemente na vida de meninos e meninas quando os comparamos a outros grupos de população, em virtude disso nas últimas duas décadas, a atenção à saúde do adolescente vem se tornando uma prioridade em muitos países, inclusive para instituições internacionais de fomento à pesquisa (BRASIL, 2008). Essa condição faz com que necessite da ajuda da família, profissionais de saúde e educação para aprender como lidar com situações e problemas que possam provocar danos e agravos à saúde.

Pensando na saúde desses adolescentes a Estratégia Saúde da Família tem um importante papel na sociedade, pois encontra-se próxima a população, isso remete em como ela poderia contribuir com o público adolescente e com sua saúde. A educação aliada a promoção da saúde trará consequências satisfatórias se pensarmos que os adolescentes de hoje serão os adultos do futuro e que de acordo com as atitudes tomadas dos mesmos e com a informação que lhes foram ofertadas poderemos ter uma população mais empoderada de cuidar de sua saúde, mais informada e que também terá capacidade para contribuir com as gerações futuras (BRASIL, 2015).

A família dos adolescentes tem papel decisivo para a qualidade de vida. A falta de comunicação contribui para o distanciamento e desentendimentos, além de enfraquecer o convívio familiar, favorecendo o isolamento social (MACEDO e CONCEIÇÃO, 2015). Desse modo, é possível perceber a importância da valorização dos laços familiares, a fim de estabelecer um espaço de confiança para desencorajar a ideia de crise da adolescência.

Utilizamos nesta experiência o Método Paulo Freire (2011) para a Promoção da Saúde do Adolescente, a partir do desenvolvimento do Círculo de Cultura, que traz em sua base o diálogo e o desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva. O Círculo de Cultura é um excelente modo de compartilhar experiências e de propiciar o diálogo e a reflexão entre seus participantes, com sua inserção em atividades com o adolescente, temos a chance de romper com o isolamento, de aprender e ensinar, de aumentar e diversificar sua rede social, e de se mobilizar para a ação (MONTEIRO e VIEIRA, 2010). Assim, objetivou-se analisar o Círculo de Cultura de Paulo Freire como estratégia para o reestabelecimento de laços familiares de adolescentes e sua contribuição para a promoção da saúde.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa. Foi desenvolvida em uma Escola Municipal na área adscrita de uma Estratégia Saúde da Família da sede do município de Caraúbas do Piauí-PI. Os critérios

de inclusão da pesquisa foram: estar matriculado na escola, morar na sede do município, ter entre 12 e 15 anos, por ser a idade em que está iniciando as mudanças entre criança e adolescente, anuência de participação na pesquisa do responsável, registrada pelo termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) assinado pelo adolescente, dessa forma participaram 10 adolescentes de ambos os sexos. Para o desenvolvimento da intervenção com os adolescentes, utilizamos o Método Paulo Freire (2011), Círculo de Cultura. Ocorreu durante os meses de março a agosto de 2016, para o grupo foram realizados 8 encontros. Para a coleta de dados inicialmente houve o planejamento com a escola, professores e pais dos alunos, em que foi divulgado a pesquisa e seus objetivos. O desenvolvimento se deu em três momentos (investigação temática, tematização e problematização) e cinco fases (levantamento do universo vocabular, escolha das palavras geradoras, situações existenciais, elaboração de fichas roteiros e feitura de fichas com a decomposição das famílias fonêmicas correspondentes aos vocábulos geradores). A avaliação ocorreu transversalmente em todos os encontros com o grupo e posteriormente com visitas domiciliares. A análise deu-se por meio do referencial proposto por Spink (2010). Para identificação dos adolescentes fizemos uma alusão ao time de futebol, pelos adolescentes terem citado lazer como uma necessidade. Esse resumo parte da análise da categoria Laços que marcam: a família vista como lazer identificada ao fim do desenvolvimento da pesquisa intitulada Método Paulo Freire como dispositivo para a Promoção da Saúde do adolescente na Estratégia Saúde da Família. A pesquisa seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú obtendo parecer de número: 1.450.323.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante os Círculos de Cultura a principal necessidade expressada pelos adolescentes foi de lazer. Eles dialogaram sobre ter um tempo de qualidade, destacando atividades como brincadeiras, jogos, a prática de atividade física como caminhada, e até mesmo conversar, com a família, com os amigos.

Durante o primeiro encontro, ao realizarmos o Círculo de Cultura com objetivo de discutir e construir o conhecimento sobre o conceito de lazer, utilizamos atividade de colagem como técnica disparadora da discussão. Os subgrupos “A” e “B” expressaram: *“lazer também é estar com a família, é passear com a família.”* Essa afirmação nos fez perceber a necessidade e o prazer que o adolescente possui em ter uma família, e que ela esteja presente em seu dia a dia.

Na problematização (atacante, lateral direito, lateral esquerdo, meio campista e goleiro) relataram: *“O lazer é importante para ter saúde e fortalecer as amizades”* e *“O lazer pode proporcionar mais tempo com a família”*. A partir dessas afirmações os participantes, refletiram que eles também podem estar se permitindo ficar mais próximos dos pais, procurando conversar e aproveitar o tempo que eles dispõem.

No oitavo encontro ‘Atacante’ afirmou: *“Não me conectava com meus pais, não gostava de estudar”*. Para esta adolescente a oportunidade de fazer parte dos Círculos fez com que despertasse o interesse pelos estudos, o gosto de ir para a escola e participar ativamente das aulas. Um dos motivos que acreditamos ter contribuído para isso foi o fato de verbalizações demonstrarem a superação do medo de falar em público e de tirar suas dúvidas em sala de aula. Referiu que em casa passou a conversar mais com a mãe, relatando os acontecimentos da escola.

Alguns adolescentes chegaram a se perceber estressados e agressivos com os pais, o que nessa fase chega a ser característico, no entanto ressaltaram a importância dos encontros para que esse comportamento fosse melhorando. ‘Zagueiro 1’ citou: *“...Eu era estressado e triste e agora me sinto calmo e mais tranquilo”*. ‘Meio Campista 2’ refletiu:

“Eu era uma pessoa que não queria estudar, não queria nada na vida, com esses encontros eu mudei, agora estou estudando, converso com meus pais, mais brincalhona com minha irmã.”

Ao adentrar nos lares de dez adolescentes, inicialmente nos pareceu uma tarefa simples e mecânica de execução da coleta de dados, mas no decorrer da pesquisa, durante os encontros e mesmo nas visitas, a aproximação com os participantes do estudo, a escuta atenta nos permitiu compreender aos poucos esse universo e considerar suas nuances. Nesse sentido, concordamos com Pinto et al(2010), quando afirmam que o cuidado centrado na família se fundamenta em elementos importantes como: o respeito aos valores, as crenças e a cultura dos sujeitos.

Após os Círculos de Cultura realizamos visita na residência dos participantes no intuito de conversar com os pais e identificar quais as repercussões que esses encontros proporcionaram no ambiente familiar.

Assim, a maioria dos pais relatou satisfação em suas relações afetivas com seus filhos após a intervenção, assim como também todas as mães fizeram apelo para que os encontros tivessem continuidade e disseram: *“... depois dos encontros minha filha está se manifestando mais, conversando, contando o que aconteceu na escola...”* (Mãe do Lateral Direito). Essa fala foi ao encontro com a fala da adolescente no último encontro: *“Eu era muito fechada, não tinha amizade e não conversava com minha mãe.”* (Lateral Direito).

Para a família de Zagreiro 1, a convivência estava se tornando difícil, em decorrência do comportamento agressivo do adolescente em casa. Percebemos na sua fala, no último encontro, em que reconheceu seu modo de agir: “Eu era estressado e triste e agora me sinto calmo e mais tranquilo”, bem como na expressão de sua mãe:

*“...dei graças a Deus esses encontros terem aparecido, ele melhorou um pouco, está bem melhor, ficou menos agressivo. Antes do grupo não estava mais fazendo invenções e depois do grupo voltou a fazer...”* (Mãe Zagreiro1).

Mãe de Volante1 também verbalizou: *“...ela está muito diferente, se modificou muito, tá mais amiga, mais estudiosa, mais comunicativa e ajudando mais em casa.”* O fato da adolescente estar se sentindo mais feliz, mais comunicativa, fazendo amizade refletiu tanto no convívio social como familiar.

Nessa mesma perspectiva, Lateral Esquerdo foi bem participativo durante todos os encontros. Na primeira visita domiciliar percebemos que ele representava um problema para a mãe. Durante a entrevista, ele referiu que se sentia só, com ausência da família; e hoje a fala da mãe afirma como ele relatou estar se sentindo. *“... ele está mais obediente, melhorou, está mais comunicativo, antes não falava nada, agora tá mais feliz...”* (Mãe Lateral Esquerdo).

Para Pedrosa (2012), a tão desejada promoção da saúde nos espaços onde as pessoas vivem, ou seja, em seus domicílios, deve se aproximar do agir da própria comunidade, baseado no que eles consideram como práticas necessárias para a saúde. Acreditamos que enquanto as famílias não verem o lazer como uma necessidade que gera saúde, essa prática não pode ser mudada, porque ela ainda não foi visualizada ou sentida, então como praticá-la se ainda não foi percebida.

## CONCLUSÃO

A família constitui ponto de partida para a promoção da saúde, pois as brincadeiras e os jogos começam a partir do relacionamento entre pais e filhos, se assim forem proporcionados.

A família demonstrou-se como um contexto importante para o diálogo, conversa e companhia, pois os adolescentes tinham o sentimento de solidão por não interagir com os membros da família. Mesmo sem os pais participarem do Círculo de Cultura ele mostrou-se eficaz, melhorando a autoestima dos adolescentes o que veio a favorecer ao convívio familiar e a socialização.

Ao ser trabalhado o círculo de cultura com os adolescentes é perceptível a resposta positiva que é demonstrada a partir da utilização desse método, em que é possibilitada a reflexão e problematização.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde** (Série A: Normas e Manuais Técnicos). Brasília. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 14 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

MACEDO, E.O.S.; CONCEICAO, M.I.G.. Significações sobre Adolescência e Saúde entre Participantes de um Grupo Educativo de Adolescentes. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.5, n.4, p.1059-1073,2015.

MONTEIRO, E.M.L.M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev. bras. Enferm.** v.63, n.3, p.397-403, 2010.

PINTO, J.P. et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.63, n.1, p.132-135,2010.

SPINK, M.J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.72 p.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA PARA PESSOAS SURDAS SOBRE SEXUALIDADE E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Gilmara de Lucena Beserra<sup>1\*</sup>, Maria Gleiciane Gomes Jorge<sup>2</sup>, Paula Marciana Pinheiro de Oliveira<sup>3</sup>,  
Monaliza Ribeiro Mariano<sup>4</sup>, Lydía Vieira Freitas dos Santos<sup>5</sup>, Rafael de Brito Cipriano<sup>6</sup>

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil.

2 Enfermeira. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil.

3 Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil.

4 Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil. monalizamariano@unilab.edu.br

5 Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil.

6 Intérprete de Libras, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil.

Email:gilmaralucenaa@gmail.com

Palavras-chave: Pessoa com Deficiência Auditiva. Infecção Sexualmente Transmissível. Tecnologia. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

Tecnologia Assistiva (TA) caracteriza-se como recursos e serviços utilizados para possibilitar ou auxiliar as habilidades de pessoas com necessidades especiais, dentre estas Pessoas com Deficiência (PcD), favorecendo a sua independência e inclusão social (SONZA, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a nível mundial, cerca de um bilhão de indivíduos evolui com algum tipo de deficiência, e destes, 80% vivem em países em desenvolvimento. Neste segmento social, essas pessoas passam a enfrentar inúmeras dificuldades que estão relacionadas a acessibilidade, discriminação, transporte sem adaptações, barreiras arquitetônicas e atitudinais (WHO, 2011).

É necessário ressaltar que ainda vivemos em uma sociedade com muitas barreiras para a PcD, tais como: comunicação, atitudinais, estruturais, que dificultam a inclusão e acessibilidade. De uma forma geral, muitas vezes, ainda fica aquém às estratégias educativas utilizadas na assistência e poucas são as informações acessíveis aos mesmos e profissionais de saúde capacitados para lidar com eles (REBOUÇAS et al., 2011). Ao público de Pessoa Surda, em específico, o direcionamento e a prioridade tem sido ainda mais escassa.

Muitas vezes a PcD especialmente as pessoas surdas, são excluídas de certas atividades ou até mesmo vistas como incapazes. Tal atitude é preconceituosa, pois todos têm os seus direitos civis, direitos políticos, direitos econômicos e direitos sociais e à saúde. Como garante a Constituição, as Pessoas com Deficiência devem ser respeitadas por todos (BRASIL, 2009).

As TA's possibilitam a promoção da inclusão das Pessoas com Deficiência na sociedade e permite estes usuários melhor capacidade funcional, viabilizando não somente o social, mas também as relações interpessoais e o conhecimento/informações na saúde. Dentre estas, a sexualidade que ainda envolve muitos tabus que necessitam ser esclarecidos, trabalhados e superados.

Para as Pessoas com Deficiência, informações sobre o tema sexualidade devem ser repassadas, utilizando-se de tecnologias específicas e adaptadas, para auxiliar e minimizar as dúvidas possíveis sobre esta temática e diminuir a incidência da mesma no país. O departamento de IST/AIDS e hepatites virais estima que em 2014 haviam aproximadamente 734 mil pessoas no Brasil com IST/AIDS, isso correspondendo a uma prevalência de 0,4% (BRASIL 2015).

No âmbito sexual e afetivo reconhece-se que a ausência de audição não diminui o desenvolvimento do interesse sexual. A literatura aponta que a PcD inicia sua vida sexual mais tardiamente comparados a ouvintes e isso ocorre especialmente devido aos tabus relacionados a sexualidade (GONÇALVES et al., 2015).

A maioria dos adultos e jovens com surdos não tem acesso as informações sobre sexualidade, o que os tornam mais propensos aos agravos de saúde, como: ter uma gravidez indesejada, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (FILHO, et al., 2010. BRUM et al., 2013).

A promoção da saúde permite ao indivíduo a busca por possibilidades e liberdade, concepção ampliada da saúde, a qual deve ser vista como recurso para a melhoria da qualidade de vida (MASCARENHAS; MELO;

FAGUNDES, 2012). É necessária a utilização de TA, métodos e materiais adaptados, pois com isso expande-se o horizonte da pessoa com deficiência proporcionando o seu empoderamento, para se trabalhar de forma mais eficaz a sua saúde sexual e reprodutiva.

Diante disso, o estudo objetivou-se construir Tecnologia Assistiva para pessoas surdas sobre sexualidade e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo do tipo metodológico sobre saúde sexual e reprodutiva. Estudos deste tipo têm o intuito de investigar métodos de pesquisa, organização e análise dos dados para a construção, validação e avaliação de ferramentas a ser aplicada a população alvo (POLIT; BECK, 2011).

Nesta perspectiva, o recurso desenvolvido foi um material onde se buscou instruir as Pessoas Surdas acerca da sexualidade, importância do Planejamento Familiar, uso do preservativo e a forma adequada do uso, para minimizar os riscos de contrair IST como também prevenção de uma gravidez indesejada.

A construção da Tecnologia Assistiva obedeceu três etapas. Primeiro construiu-se texto dialogado com informações do texto selecionadas após leitura de artigos científicos e manuais do Ministério da Saúde, no qual buscou-se atender ao desenho universal (construir tecnologia acessível para o maior número de pessoas com e sem deficiência).

Na segunda etapa foi realizada a busca por imagens para ilustrar os temas estudados (sexualidade, anatomia do sistema reprodutor masculino e feminino, planejamento familiar, IST's, e a forma correta do uso do preservativo masculino e feminino). As imagens foram retiradas do site do Google e os critérios de seleção das imagens foram: legibilidade, disponibilidade na internet, conteúdo, composição, boa resolução, atratividade e acessibilidade para os participantes. As imagens também foram apresentadas durante a vídeoaula em PowerPoint.

Quanto a linguagem utilizada, foi simplificada buscando clareza e objetividade, tornando o conteúdo mais acessível e compreensivo a esta clientela, de maneira que ele pudesse facilitar a aprendizagem e tornar mais dinâmica a vídeoaula. Na terceira e última etapa foi realizada a gravação.

O trabalho desenvolveu-se durante o período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017. O local utilizado foi a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e o estúdio de gravação da Universidade.

A tecnologia na sua forma escrita foi analisada por duas especialistas sendo uma expertise no assunto de IST e outra em PcD e IST. Com a conclusão do texto, uma vídeoaula para direcionamento e adaptação à Pessoa Surda foi concretizada.

A vídeoaula foi gravada em um estúdio com um intérprete em Libras (Língua Brasileira de Sinais), onde a medida que a pesquisadora apresentava o conteúdo em power point (com informações e imagens) e audível, o intérprete em LIBRAS fazia a tradução. Isto permitiu acessibilidade tanto para ouvintes como para a Pessoa Surda. A gravação foi realizada em dois dias, tendo reservado local previamente e programado agenda com o profissional intérprete. Foram realizados alguns pequenos vídeos e ao final da construção da TA, a vídeoaula estava com duração de vinte e oito minutos. Posteriormente, o mesmo foi encaminhado a um editor profissional para a realização de alguns ajustes como cortes e alterações dos ângulos, com o intuito de tornar o material mais atrativo, acessível e adequado à Pessoa Surda e aos ouvintes. Na versão final, a vídeoaula ficou com duração de vinte minutos.

Para a análise dos dados, o texto educativo e sua avaliação foram apresentados em quadros e discutido à luz do referencial teórico pertinente ao tema.

Como exigido, o projeto foi submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado sob o protocolo n: 1.644.827 viabilizando legalmente o estudo. O estudo obedeceu à resolução 466/2012 do CONEP.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Muitas pessoas ainda desconhecem o sentido atribuído à sexualidade, por isso a necessidade de abordagem deste conceito. Sexualidade pode ser designado como componentes biológico, social e psicológico, a partir dos quais podemos considerar as relações entre os seres humanos, afeto, desejo, fantasia, respeito, tolerância, necessidade de cuidar de si e do outro, dentre outros (LOURO, 2013).

Na construção da TA tendo como foco principal a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, o texto e a vídeoaula buscaram esclarecer dúvidas pertinentes ao tema, tentando minimizar os riscos a que as PcD estão expostas. Os temas abordados foram: sexualidade, fisiologia e anatomia do sistema reprodutor masculino e feminino, planejamento reprodutivo, Infecções Sexualmente Transmissíveis e uso do preservativo.

Primeiramente foi explanado sobre sexualidade e o sistema reprodutor feminino e masculino. Foi explicado sobre o planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos (comportamentais, hormonais, barreira e DIU), suas principais funções e forma de utilização. Essa seleção foi realizada em virtude de ser os métodos mais viáveis para a comunidade. É importante ressaltar que também foram demonstradas imagens para exemplificar as informações.

Estudo de construção e validação de material educativo sobre alimentação saudável durante a gestação, efetivado com grávidas ouvintes identificou que todas as entrevistadas asseguraram que ilustrações como forma complementar aos textos ajudam no entendimento sobre o assunto (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014). Neste estudo, utilizou-se de imagens para ilustrar, assim possibilitando melhor entendimento, principalmente de estrutura dos órgãos reprodutor feminino e masculino.

Além disso, foi dada ênfase às células reprodutoras femininas e masculinas (óvulo e espermatozoide), mostrando um paralelo entre as duas e também esclarecendo suas funções.

Após a explicação sobre os métodos contraceptivos, foi explanado sobre algumas IST, que atualmente ainda é considerado um problema de saúde pública. As IST descritas: sífilis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV), Vírus do Papiloma Humano (HPV), gonorreia e hepatite B.

Essas patologias foram selecionadas uma vez que são as mais comuns na sociedade e literatura. Para finalizar a tecnologia (texto e vídeoaula), foram explicados alguns pontos relevantes sobre o uso do preservativo, tais como: verificação da data de validade, o selo do Inmetro e forma de armazenamento. Posteriormente, foi explicado o passo a passo da forma correta para o uso dos preservativos masculino e feminino, sendo gesticulada a forma de colocação na vídeoaula e, também, demonstrada em imagens, para que o participante pudesse se aproximar ao máximo da realidade.

Também foi ressaltada a importância do uso do preservativo do início ao fim do ato sexual, tendo em vista que algumas pessoas só utilizam quando estão próximos da ejaculação, o que torna a relação sexual um ato de risco. As informações foram repassadas usando termos comuns para facilitar a compreensão e tornar a TA mais acessível aos participantes.

Houve ainda orientação sobre a importância do acompanhamento ginecológico. Orientou-se aos participantes do sexo feminino aproveitar momentos oportunos, tais como no exame Papanicolau ou na consulta de planejamento familiar. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o planejamento familiar deve ser compreendido como um conjunto de ações educativas e preventivas que proporcionam aos casais informações necessárias para a tomada de decisão sobre ter filhos de forma consciente e planejada (BRASIL, 2013).

Para o desenvolvimento do conteúdo apresentado no texto e vídeoaula foi necessária a avaliação de especialistas. Foram realizadas duas avaliações. A primeira com expertise Doutora em Enfermagem e docente de uma Instituição Pública de Ensino Superior, especialista na temática de Infecção Sexualmente Transmissível. A segunda expertise, Doutora em Enfermagem, com proficiência na temática Pessoa com Deficiência e também IST. As especialistas sugeriram a substituição de alguns termos técnicos por termos comuns e acrescentados conteúdos com o intuito de esclarecimento sobre a temática. As sugestões das especialistas em IST e PcD foram acatadas contribuindo de forma positiva para o enriquecimento da TA.

Para alcançar a autonomia da PcD no cuidado da saúde sexual e reprodutiva, é necessário entender a relevância deste tema e também difundir em meios de comunicação sobre a existência da sexualidade, a importância de se trabalhar isto, bem como os métodos contraceptivos, e o estímulo para usá-lo com base em instruções acessíveis (CAVALCANTE et al., 2013).

A possível visão da Pessoa Surda acerca da sexualidade pode evidenciar a suscetibilidade dessa clientela ao contrair IST, pois além dos fatores de risco (multiplicidade de parceiros, relações instáveis, relações sexuais desprotegidas) a população de Pessoa Surda possui conhecimento insuficiente sobre medidas preventivas (MALL; SWARTZ, 2012).

Ressalta-se a relevância dos profissionais de saúde e da própria família no sentido de orientar a Pessoa Surda no intuito de se promover saúde, para que possam realizar escolhas que permitam ser protagonistas do seu cuidado preventivo (BRUM, 2013).

## CONCLUSÃO

Percebe-se a importância da TA como instrumento de educação e promoção em saúde, visto que as informações em saúde acessíveis a este público ainda é escassa. A construção e desenvolvimento de TA são essenciais para minimizar os obstáculos encontrados. Muitos recursos podem ser idealizados de forma fácil e com baixo custo financeiro, podendo contribuir positivamente para que se tenha melhor aprendizagem e uma real inclusão, onde o conhecimento seja transmitido de forma semelhante a ouvintes e seja diminuído os obstáculos de comunicação.

As limitações encontradas na construção da TA no decorrer deste estudo foram: o texto dialogado ainda não ter sido validado e muitas pessoas surdas ainda não serem alfabetizadas. Além disso, pode haver variação

linguística da Libras nos mais variados locais, cidades e estados, no entanto, já tentando minimizar esta limitação, foram utilizadas imagens para esclarecer melhor as possíveis dúvidas nestes termos. É importante enfatizar que, encontrar estudos com o conteúdo relacionando Infecções Sexualmente Transmissíveis e Pessoa Surda ainda são escassos.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **A inclusão social das pessoas com deficiências**. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Guia de Sugestões de Atividades Semana Saúde na Escola: Sexualidades e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Ano IV, n. 01. Brasília, 2015
- BRUM, C.N.; ZUGE, S.S.; BRUM, A.N.; CARVALHO, L.C. Educação preventiva com deficientes auditivos: desafio para profissionais da saúde e educação. **REAS**, v. 2, n.2, p:99-106, 2013. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/470/411>>. Acesso em 10 ago. 17.
- CAVALCANTE, L.D.W.; BARBOSA, G.O.L.; OLIVEIRA, P.M.P.; REBOUÇAS, C.B.A.; PAGLIUCA, L.M.F. Tecnología asistente para la deficiente visual: utilización del preservativo femenino - estudio descriptivo. **Online Braz J Nurs.**, v.12, n.3, p.534-545, 2013. Disponível em: <[http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3992/pdf\\_1](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3992/pdf_1)>. Acesso em: 8 jun. 2017.
- FILHO, T.R.C.P.; FILHO, J.C.B.S.; GONÇALVES, E.R.; DANTAS, A.M.M.; HYPPÓLITO, S.B. Análise do Conhecimento sobre DSTs e Planejamento Familiar entre Deficientes Auditivos e Ouvintes de uma Escola Pública de Fortaleza. **Rev. Bras. Educ. Espec.** 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v16n1/11.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2017.
- GONÇALVES, H. et al. Sexual initiation among adolescents (10 to 14 years old) and health behaviors. **Rev. Bras. epidemiol.** v.18, n.1, p.25-41, jan/mar 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651009>. Acesso em: 8 jun. 2017.
- LOURO, G. L. Pedagogias da Sexualidade. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 3. Ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 7-34.
- MALL, S.; SWARTZ, E. L. Parents' anxieties about the risk of HIV/Aids for their Deaf and hard of hearing adolescents in South Africa: A qualitative study. **J Health Psychol**, v.17, n.1, p.764-73, Oct. 2012.
- MASCARENHAS, N.B.; MELO, C.M.M.; FAGUNDES, N.C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 6, p. 991-999, 2012.
- OLIVEIRA, S.C.; LOPES, M.V.O.; FERNANDES, A.F.C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.22, n.4, p.611-20, Jul/Ago. 2014.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- REBOUÇAS, C.B.A. et al. Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem. **Acta Paul. Enferm.** v. 24, n. 1, p. 80-86, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Desability and Health**. Genebra: WHO; 2011.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DO CLIMA ORGANIZACIONAL PARA MELHORIA DO PROCESSO DE TRABALHO EM UMA MATERNIDADE DE ENSINO EM FORTALEZA

Cristiane Ribeiro dos Santos Farias<sup>1</sup>, Andreia Paula de Oliveira Aguiar<sup>2</sup>, Gracyelle Alves Remigio Moreira<sup>3</sup>, Laurimberg Diniz Cavalcante<sup>4</sup>

1 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

2 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

3 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

4 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Brasília, Distrito Federal, Brasil.

email: cristiane.farias@ebserh.gov.br

Palavras-chave: Gestão em saúde. Clima organizacional. Motivação. Colaboradores.

### INTRODUÇÃO

A avaliação do Clima Organizacional é uma estratégia valiosa para a gestão estratégica de uma organização ou serviço. Esta ferramenta tem como objetivo principal proporcionar a análise da organização ou serviço com o seu ambiente, bem como com o conjunto de condições que caracterizam o estado de satisfação e/ou insatisfação de seus colaboradores (PACHECO, 2014).

A análise interna e externa e o acompanhamento do estado de satisfação e comprometimento dos colaboradores com a organização ou serviço proporcionam, através da implementação de estratégias e ações, o crescimento e desenvolvimento das pessoas e a máxima produtividade e qualidade das atividades, visando a consecução das metas e, até mesmo, a superação dos resultados pré-estabelecidos pela gerência.

De acordo com Luz (2006), a pesquisa de clima organizacional permite verificar o estado de espírito ou ânimo dos colaboradores em um determinado período, e suas principais contribuições são: (I) buscar o alinhamento da cultura organizacional com as ações efetivas da instituição; (II) promover o crescimento e desenvolvimento profissional dos colaboradores; (III) integrar os processos e as áreas funcionais; (IV) otimizar a comunicação, conhecendo as particularidades dos indivíduos e grupos; (V) identificar as necessidades de treinamento, desenvolvimento de pessoal/gerencial e educação empresarial; (VI) otimizar as ações gerenciais; e (VII) organizar e flexibilizar as atividades da organização.

A pesquisa de clima organizacional torna-se, então, indispensável como processo para avaliação da satisfação e bem-estar dos colaboradores, tendo em vista que avaliar a organização sem considerar a importância da integração entre os colaboradores é desconsiderar o fator mais relevante para o alcance dos resultados estratégicos de uma organização ou serviço, o capital humano (LUZ, 2006).

A implementação dessa estratégia tem como pressuposto conhecer para transformar, tendo a finalidade de propiciar ao conjunto de colaboradores e gerentes melhor compreensão das condições nas quais as atividades são realizadas e a participação ativa de todos os atores em seu aperfeiçoamento. O intuito é identificar os aspectos exitosos e os impedimentos que atravancam ou prejudicam o desenvolvimento das atribuições, o que possibilita a correção de rumos e, ao mesmo tempo, o aprofundamento e a continuidade de ações de sucesso para que os resultados positivos sejam duradouros e crescentes.

Nesta perspectiva, este trabalho teve como objetivo demonstrar a importância da análise do clima organizacional no ambiente de trabalho, a partir da realização de um diagnóstico situacional e da identificação dos aspectos que necessitam de melhorias para o aprimoramento do processo de trabalho.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza quantitativa, realizada em seis unidades que compõem o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde de uma Maternidade de Ensino no município de Fortaleza, Ceará, nos meses de junho e julho de 2017.

Os sujeitos do estudo representam um universo de 66 colaboradores do setor, com vários tipos de vínculos empregatícios, níveis de escolaridade e funções.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado, em que os colaboradores tinham a opção de se identificar ou não, o qual abordava aspectos relativos à integração setorial e interpessoal; recursos humanos; motivação; desenvolvimento profissional; orientação para resultados; estilo gerencial; condições

físicas de trabalho; propostas para melhoria do setor; e grau de satisfação com o local de trabalho e interesse em trabalhar em outra unidade da instituição.

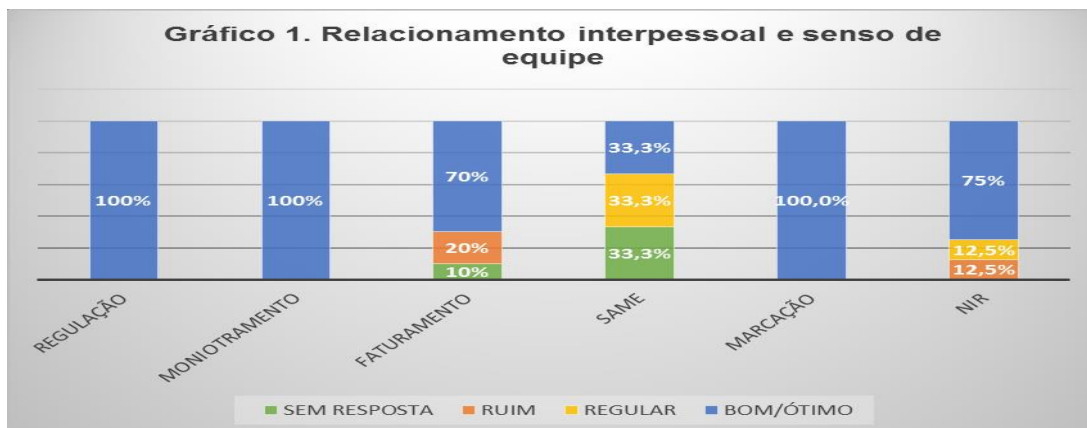
Para a operacionalização da pesquisa, o instrumento de coleta foi enviado via e-mail para todos os colaboradores dos setores da Regulação, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Faturamento, Núcleo Interno de Regulação (NIR), Monitoramento e avaliação em saúde, Auditoria assistencial e Auditoria ambulatorial e Marcação de consultas. Estipulou-se um prazo para a devolução do instrumento preenchido via e-mail ou entregue de forma física do setor responsável.

Os dados foram analisados de forma descritiva, apresentando as frequências relativas.

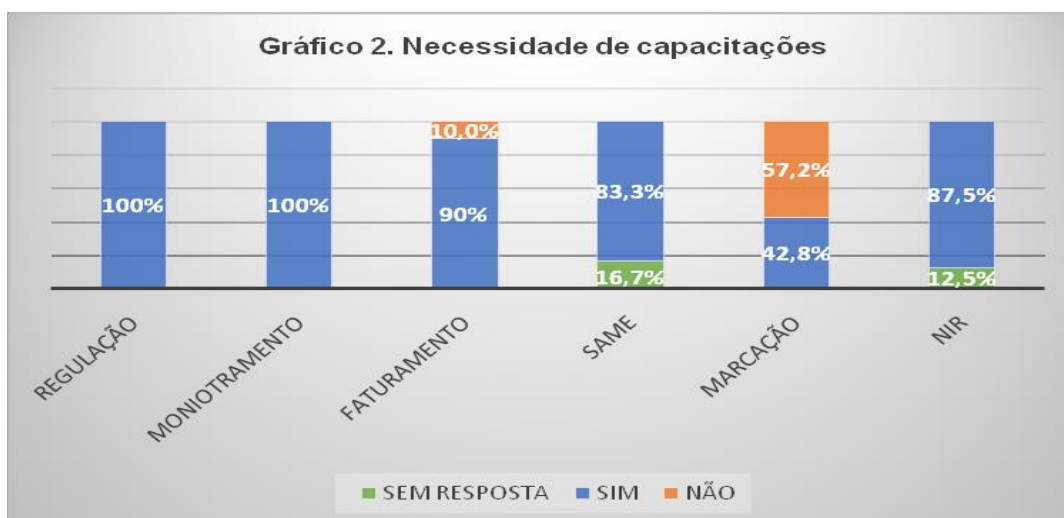
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O setor de Regulação e Avaliação em Saúde contava, no momento da pesquisa, com 66 colaboradores, destes nove encontravam-se afastados (férias/licença médica ou maternidade) de suas atividades no período da aplicação da pesquisa. Dessa forma, havia 57 profissionais ativos, destes 33 (57,9%) responderam o instrumento.

A maioria dos colaboradores referiu existir um bom relacionamento entre os membros do setor e o sentimento de envolvimento e trabalho por um objetivo comum. No entanto, percebe-se que no SAME essa opinião apresentou-se dividida, metade dos participantes apontou um ótimo grau de integração interpessoal e outra metade indicou que esse grau de cooperação é regular, necessitando de melhorias (Gráfico 1).



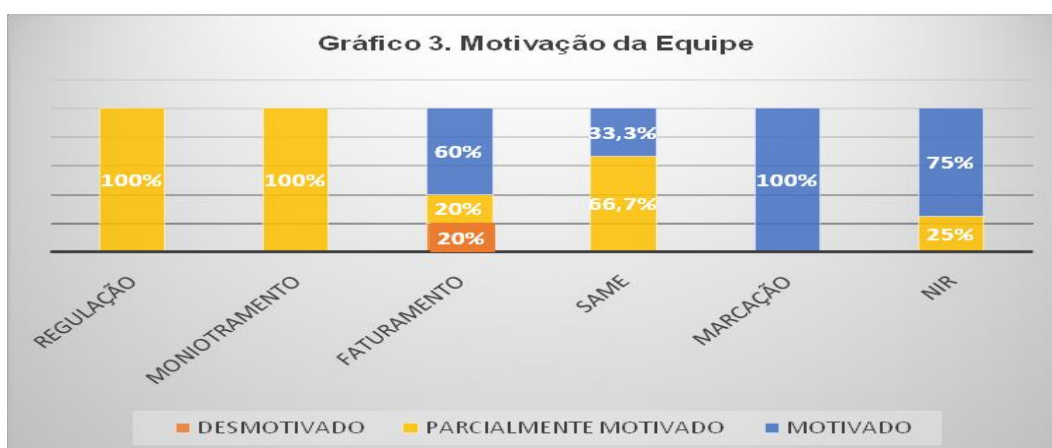
O gráfico 2 apresenta o diagnóstico do setor relacionado a necessidade de capacitação identificada pelos colaboradores. O SAME é a unidade que se apresenta com maior deficiência de capacitações, provavelmente isso se deva ao fato de que essa unidade representa o maior número de profissionais terceirizados, sem vínculo efetivo com a maternidade em estudo além de ter o maior número de colaboradores. Essa identificação permitiu que o Setor de regulação se reconhecesse também como responsável imediato por diminuir essa lacuna com seus colaboradores. Diante do exposto, foi feito um convite a uma profissional enfermeira, do setor de regulação, que tem doutorado e afinidade com o ensino, para que a mesma fizesse um mapeamento das principais necessidades de capacitação que contemplasse individual e coletivamente todos o setor, proporcionando oportunidades de capacitações, desenvolvimento profissional, qualificação teórico - pratica e conseqüente melhoria dos processos de trabalho.





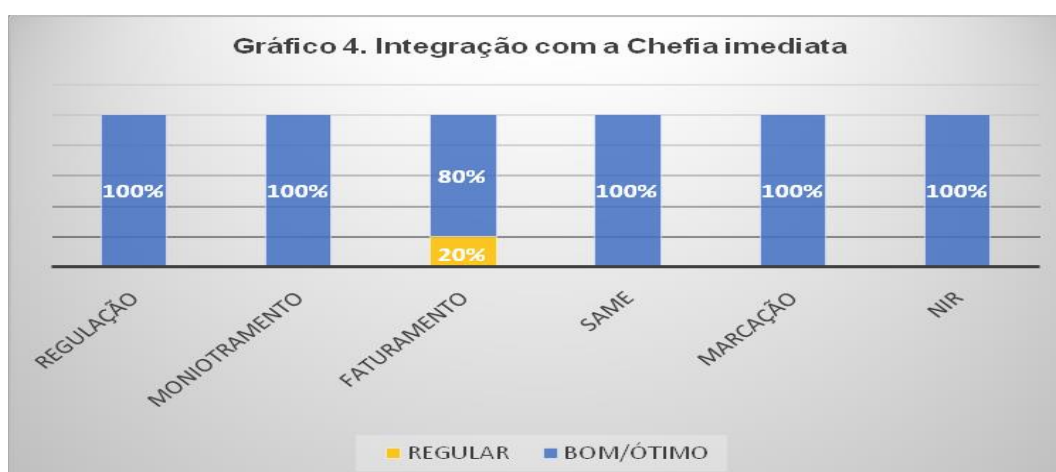
Motivação é um dos assuntos mais discutidos no ambiente organizacional, pois as organizações começaram a perceber que para se manter em um mercado tão competitivo é necessário conhecer as necessidades humanas de modo a manter uma boa relação com seus colaboradores.

O gráfico 3 apresenta o grau de motivação dos colaboradores. A unidade de Regulação e Monitoramento estão parcialmente motivadas, a unidade de marcação de consultas foram unânimes na questão de motivação, satisfação com o trabalho. Os colaboradores do Same estão bastante divididos com relação ao relacionamento interpessoal e senso de equipe, mesmo comportamento com relação a motivação, apontam quadro de funcionários insuficiente, sobrecarga e trabalho. A unidade de faturamento hospitalar está dividida com relação ao relacionamento interpessoal, é único serviço a apontar desmotivação, questão de integração e relacionamento é um problema ainda subestimado, também foi o único serviço em que foi relatado, pelo menos abertamente apontado no instrumento, discordância com a chefia (o que poderia melhorar?). Todos estão satisfeitos com o local de trabalho e a maioria descreve necessidade de capacitação e que o quadro de funcionários é suficiente. O Núcleo Interno de Regulação-NIR, com um total de 75%, aponta um bom relacionamento interpessoal e senso de equipe, este mesmo percentual se diz motivado, porém apontam quadro insuficiente para o trabalho, sobrecarga de trabalho e falta de divisão de tarefas.



O último quesito da pesquisa foi avaliação da integração com a chefia imediata, quase todos as unidades do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde foram unânimes no bom relacionamento com a chefia imediata, a exceção do faturamento hospitalar que 20% da sua equipe avaliaram com regular o relacionamento com a chefia.

A pesquisa de clima organizacional foi de extrema importância por permitir que o gestor do setor de regulação e os gerentes das unidades que pertencem ao mesmo, poderem compreender, avaliar e planejar uma nova política interna de trabalho com a equipe, perpassando por elementos chaves que interferem na rotina e integração de trabalho dos colaboradores.



## CONCLUSÃO

A aplicação da pesquisa de Clima Organizacional, como parte do processo de planejamento estratégico, para os colaboradores do setor de Regulação e Avaliação em Saúde da maternidade em estudo, possibilitou para a gestão, um diagnóstico geral do nível de satisfação dos membros da equipe, das características e estruturas organizacionais de desenvolvimento das atividades, da estrutura física de cada setor e dos fatores que facilitam ou impedem que os resultados sejam alcançados da melhor maneira possível.

Além disso, esse diagnóstico geral permitiu conhecer os interesses e conflitos que impactam sobremaneira no alcance das metas, assim como tem possibilitado, intervenções motivacionais, gerenciais e técnicas que possam estruturar e fortalecer o processo de trabalho da equipe.

Por meio desse diagnóstico, ações e estratégias estão sendo continuamente definidas e operacionalizadas juntamente com as chefias das unidades do referido setor, intencionando o aprimoramento das ações e a excelência do trabalho desempenhado.

A aplicação do instrumento e o diagnóstico apresentado propiciaram que a chefia realizasse um planejamento de ações que pudessem valorizar, qualificar e integrar os colaboradores com foco no resultado. No momento, as principais ações de escolha de intervenção imediata foram: fortalecimento da comunicação, ações relacionadas à motivação interpessoal e capacitações. Com isso, está sendo mapeado um plano de capacitações para o setor com ênfase na valorização profissional, reconhecimento de talentos, banco de idéias, criação de projetos como “Funcionário Modelo” e, promoção de integração dos funcionários por meio de eventos, agregando valor pessoal, espírito de equipe, liderança, integração e afetividade com o objetivo de fortalecer o vínculo do colaborador no seu ambiente de trabalho.

Este estudo foi muito enriquecedor para a gestão do setor de regulação, acrescentando experiência e expertise no gerenciamento de pessoas.

## **REFERÊNCIAS**

LUZ, R. *Gestão do clima organizacional*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

PACHECO, J. R. Clima organizacional e sua importância no ambiente de trabalho. *Revista InterAtividade*, v. 2, n. 2, 2º sem., 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos colaboradores do setor de Regulação e Avaliação em Saúde da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DEMANDAS EM SAÚDE DE ESCOLARES COM E SEM DEFICIÊNCIA

**Gilmara de Lucena Beserra<sup>1</sup>, Talita da Silva Nogueira<sup>2</sup>, Paula Marciana Pinheiro de Oliveira<sup>3</sup>, Monaliza Ribeiro Mariano<sup>4</sup>, Edmara Chaves Costa<sup>5</sup>, Nila Larisse Silva de Albuquerque<sup>6</sup>**

*1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil. gilmaralucena@gmail.com*

*2 Enfermeira. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil. tatazinha\_nog@hotmail.com*

*3 Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil. paulapinheiro@unilab.edu.br*

*4 Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil. monalizamariano@unilab.edu.br*

*5 Médica Veterinária. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil. edmaracosta@unilab.edu.br*

*6 Enfermeira, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-Ceará-Brasil. nilalarisse@unilab.edu.br*

*E-mail: gilmaralucena@gmail.com*

*Palavras-chave: Adolescentes. Promoção da saúde. Pessoa com deficiência.*

### INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é constituída por um conjunto de estratégias e formas de se produzir saúde, seja de forma individual ou coletiva. Atrelado a este contexto, deve-se considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos em busca de reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015).

Especificamente com relação à promoção a saúde de escolares, torna-se necessário compreender as suas demandas e necessidades a fim de subsidiar estratégias de melhoria do cuidado envolvendo o protagonismo infanto-juvenil. É desejável que os jovens sejam agentes de sua própria mudança, fazendo parte das ações implementadas para seu desenvolvimento integral e garantindo a efetividade do autocuidado (BETANCURTH; VÉLEZ, 2012).

É importante mencionar que a Promoção da Saúde não é direcionada a um público específico, como neste caso os adolescentes, mas abrange todas as pessoas e públicos, inclusive os adolescentes e pessoas com deficiência.

Com a evolução do conhecimento, o paradigma que percebia as Pessoas com Deficiência (PcD) em razão das suas limitações e não pelas suas capacidades, tem mudado significativamente (JUNG et al., 2013). Isto tem acontecido devido a mudança e conquista da autonomia e independência por esta clientela (PAGLIUCA et al., 2015).

Pessoa com deficiência não significa ser àquele indivíduo sem um membro ou estrutura, como visão ou audição, mas pessoas com limitações que podem ser superadas. Para muitas dessas pessoas, a dificuldade no acesso de locomoção ao meio físico, nos serviços públicos, ao emprego, comunicação, dentre outras, é o que faz com que sejam excluídas, desprezadas, abandonadas do seu convívio social (LEITE, 2012).

Para Carvalho; Coelho e Tolockal (2016), torna-se urgente a abertura de diálogo entre a academia, o poder público e diferentes setores da sociedade, principalmente os relacionados de forma direta à educação, para que a luta pela inclusão social possa ocorrer na sociedade e uma educação de qualidade possa ser oferecida.

O país tem promovido aumento de matrículas nas escolas e qualificação profissional. Entre as ações para o aumento de alunos nas escolas, há o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que pretende o aumento do número de matrículas de alunos com deficiência no ensino regular (BRASIL, 2011).

Assim, o objetivo de uma abordagem inclusiva à saúde e à educação é garantir que crianças e adolescentes com e sem deficiência realmente usufruam desses direitos em condições de igualdade com as demais. Trata-se de uma questão de justiça social e respeito à dignidade inerente a todos os seres humanos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA, 2013).

Desde modo, o objetivo deste estudo é identificar as principais demandas em saúde e o conceito sobre saúde, ser saudável, classificação da saúde e curiosidades neste aspecto de escolares com/sem deficiência no município de Redenção/Ce.

## METODOLOGIA

O estudo é do tipo exploratório, descritivo. Trata-se de uma pesquisa com caráter quantitativa, pois melhor se adequa aos objetivos propostos.

O projeto foi realizado em uma escola pública municipal, localizada no município de Redenção/Ce, onde estão matriculados 357 alunos, incluindo 59 com deficiência. Destes, surdos, cegos, deficiência intelectual, paralisia cerebral e síndrome de Down, que se encontram na faixa etária de 4 a 21 anos, e participam de atividades individuais e especializadas.

Para a coleta de dados foi utilizado questionário construído pela pesquisadora com questões fechadas que abordavam itens a respeito do conceito de saúde, ser saudável, curiosidades em saúde, religião e sexualidade.

A coleta de dados aconteceu de segunda a sexta-feira, respeitando os horários de funcionamento da escola, nos meses de fevereiro e março de 2017.

Inicialmente foi marcado um encontro com o diretor e coordenadora da escola, com intuito de pedir autorização da pesquisa. Em seguida, após concedida a permissão e planejado data, foi realizada abordagem prévia em cada sala, para apresentação do projeto de pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que os alunos pudessem entender e ainda levar para suas residências para que os responsáveis consentissem sua participação na pesquisa. No dia seguinte, os alunos que trouxeram o TCLE com a devida autorização, foram encaminhados ao auditório, cada sala por vez, para a aplicação do instrumento de coleta de dados. Antes deste, foi aplicado Termo de Assentimento com os alunos, pedindo autorização.

Como critério de inclusão, participaram do estudo os alunos que estivessem matriculados regularmente na escola; que não possuíssem mais de uma deficiência associada e que estivessem na faixa etária dos 10 a 19 anos. Como critério de exclusão, não fizeram parte da pesquisa os alunos que não tiveram condições de responder. Os dados foram tabulados em planilha Excel 2013 e processados através do software Epi Info. Foi aplicada estatística descritiva com apresentação de frequências absolutas e relativas. Para a verificação da associação, realizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson para a verificação de dependência entre as variáveis de interesse (sexo e religião).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira com parecer de número 1.652.801. Durante a pesquisa, respeitaram-se os aspectos éticos e resolução 466/12.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 113 adolescentes. Destes, dez alunos com deficiência. Os resultados dos alunos sem deficiência serão apresentados em tabelas retratando as principais demandas em saúde e o conceito sobre saúde, ser saudável, classificação da saúde e curiosidades neste aspecto de escolares. Os dados dos alunos com deficiência serão descritos após cada tabela.

No estudo houve predominância do sexo feminino, 69,90%. As idades variaram entre 11 e 17 anos, com prevalência dos adolescentes de 11 anos. Todos os escolares encontram-se no ensino fundamental, nas séries do 6º ao 9º ano. Os alunos do 9º ano tiveram o maior número de participação na pesquisa.

Participaram ainda do estudo dez alunos com deficiência, seis do sexo feminino e quatro do sexo masculino, dentre eles, oito com deficiência intelectual, um com síndrome de Down e um com baixa visão. As séries dos participantes distribuem-se do 5º ao 8º ano. As idades variam entre 10 e 15 anos.

A seguir, na tabela 1, podemos identificar as principais variáveis em saúde (conceito de saúde, ser saudável, classificação da saúde, acesso as informações de saúde, frequência a consultas, tempo da última consulta e local da consulta) identificadas pelos escolares do município de Redenção, CE.

Variáveis de Saúde	Participantes (n=103)	%	IC95%
Conceito de Saúde			
Não ter doenças	14	13,59	[7,63 – 21,75]
Completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença	85	82,52	[73,79 – 89,30]
Fazer o que gosta	2	1,94	[0,24 - 6,84]
Outros	2	1,94	[0,24 – 6,84]
Ser saudável			
Praticar atividade física e manter a alimentação saudável	82	79,61	[70,54 – 86,91]
Pessoa com equilíbrio físico, emocional, social e mental	15	14,56	[8,39 – 22,88]

Ir ao médico regularmente	3	2,91	[0,60 – 8,28]
Outros	3	2,91	[0,60 – 8,28]
Classificação da saúde			
Excelente, ótima	49	47,57	[37,64 – 57,65]
Regular	52	50,49	[40,46 – 60,49]
Ruim	2	1,94	[0,24 – 6,84]
Acesso as informações de saúde			
Rádio	9	8,74	[4,07 – 15,94]
Livros	5	4,85	[1,59 – 10,97]
Internet	51	49,51	[39,51 – 59,54]
Televisão	34	33,01	[24,06 – 42,97]
Outros	4	3,88	[1,07 – 9,65]
Frequência a consultas			
Sim	65	63,11	[53,03 – 72,41]
Não	38	36,89	[27,59 – 46,97]
Tempo da última consulta			
Últimos 3 meses	53	51,46	[41,40 – 61,42]
Últimos 6 meses	20	19,42	[12,28 – 28,38]
Há mais de 1 ano	30	29,13	[20,59 – 38,90]
Local da consulta			
Posto	25	24,27	[16,36 – 33,71]
Hospital	60	58,25	[48,12 – 67,90]
Consultório Particular	14	13,59	[7,63 – 21,75]
Clínica	1	0,97	[0,02 – 5,29]
Outros	3	2,91	[0,60 – 8,28]

Ao serem questionados sobre o conceito de saúde, destaca-se que uma maioria de 82,52% entende saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças. Essa é a alternativa que mais se aproxima do conceito que a Organização Mundial da Saúde (1978) estabelece, onde não se visa apenas a ausência de doenças, mas o completo bem-estar físico, mental e social. Observa-se então que os adolescentes estão atentos para a busca do equilíbrio em todos os aspectos de suas vidas.

Araújo e Xavier (2014) estimam que essa premissa da OMS é interessante, pois permite que as dicotomias entre corpo e mente, biológico e social, saúde e doença fossem superadas ao admitir a importância das esferas social e psicológica para o estado pleno da saúde.

Quanto a ser saudável, 79,61% dos adolescentes afirmaram estar relacionado a prática de atividades físicas e alimentação saudável, porém podemos analisar que nos resultados específicos sobre esses questionamentos, os achados descrevem que embora conheçam, metade dos participantes não praticam atividade física. Na classificação de sua própria saúde, 50,49% dos alunos alegaram ter saúde com padrão regular.

Quanto ao meio de divulgação, a internet (49,51%) foi selecionada como o meio de comunicação utilizado pelos jovens para abordar questões e assuntos em saúde. Acredita-se que pela facilidade atualmente em utilizá-la através dos smartphones e ainda pelo uso constante das redes sociais.

Nesta perspectiva, a internet se tornou importante ferramenta de difusão de conhecimentos na área da saúde. Entretanto, embora esta ferramenta tenha facilitado o acesso ao público para fundamentar suas práticas de saúde, é preocupante a quantidade de portais que disponibilizam informações errôneas ou até mesmo prejudiciais (OLIVEIRA et al., 2013).

No que se refere as consultas aos adolescentes, 63,11% dos alunos as realizam com frequência. A Zika e a Chikungunya foram os principais motivos para tal. Este fato pode estar relacionado à epidemia que está acontecendo no município nesse período.

O hospital foi tido como local mais procurado pelos alunos com e sem deficiência, corroborando com o estudo de Santos (2017) realizado com adolescentes de Belo Horizonte, onde 40,7% dos alunos também afirmaram fazer mais visitas ao hospital.

Para os adolescentes com deficiência, ao serem questionados sobre o conceito de saúde, quatro afirmaram que saúde significa não ter doenças, desta forma 40% dos escolares com deficiência não conceituaram de forma correta. A exclusão social aumentando em todo o mundo é altamente responsável pela falta de equidade e

conhecimento acerca da saúde onde a desigualdade social associa-se à desigualdade em saúde. Promover saúde alcança um sentido abrangente, onde o conceito de saúde é considerado um importante pré-requisito para um maior bem estar das pessoas (SILVA, 2011).

Sobre o significado de ser saudável, oito alunos acreditam que está relacionado com a atitude de praticar as atividades físicas e manter alimentação adequada. Na autotranscrição de saúde, oito participantes acreditam ter padrão de vida excelentes e dois, padrão de saúde regular.

Sobre o acesso de informação da saúde, cinco alunos disseram que a televisão é o meio de comunicação mais utilizado. Sobre idas às consultas, oito adolescentes afirmaram ir com frequência. E o tempo da última consulta para quatro participantes foi de três meses.

O local da última consulta para cinco participantes foi o hospital, quatro dividiram-se entre clínicas e consultório particular e apenas um, teve sua última consulta no posto de saúde.

Dessa maneira, estratégias educativas são de grande valia para estimular e auxiliar a PcD na construção de sua autonomia e independência. A Tecnologia Assistiva (TA) se torna então importante ferramenta para acessos e acessibilidade. Neste sentido, o profissional de saúde também pode fazer uso ou elaborar a TA e inseri-lo na promoção da saúde.

Na tabela 2 podemos encontrar as principais curiosidades em saúde dos alunos sem deficiência do município de Redenção, CE

<b>Demandas em saúde</b>	<b>Participantes (n=103)</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
<b>Curiosidades em Saúde</b>			
Infecções Sexualmente Transmissíveis	24	23,30	[15,54 – 32,66]
Sexualidade e Met. Contraceptivos	15	14,56	[8,39 – 22,88]
Álcool e Drogas	14	13,59	[7,63 – 21,75]
Obesidade	18	17,48	[10,70 – 26,21]
Outros	3	2,91	[0,60 – 8,28]
Nenhuma curiosidade	29	28,16	[19,73 – 37,87]
<b>Repasso das informações</b>			
Palestras	45	43,69	[33,94 – 53,82]
Vídeos	24	23,30	[15,54 – 32,66]
Dinâmicas	12	11,65	[6,17 – 19,47]
Jogos	14	13,59	[7,63 – 21,75]
Leitura	4	3,88	[1,07 – 9,65]
Música	2	1,94	[0,24 – 6,84]
Outros	2	1,94	[0,24 – 6,84]
<b>Tecnologia Manual</b>			
Cartilha	42	40,78	[31,20 – 50,90]
Panfletos	54	52,43	[42,35 – 62,36]
Outros	7	6,80	[2,78 – 13,50]

Sobre as curiosidades em saúde, 23,30% dos entrevistados expressaram o interesse sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o que implica que existe pouca disseminação de uma informação de qualidade relacionada a sexualidade e suas possíveis consequências.

Para Santos e Gonçalves (2016), as IST são consideradas problema de saúde pública e com elevada incidência no grupo dos adolescentes, é necessário informá-los acerca dos comportamentos sexuais de risco.

Em relação ao meio de repasse de informação, 43,69% dos adolescentes expressaram a preferência por palestras. Talvez por desconhecer a variedade de estratégias atrativas para promover saúde tais como: oficinas educativas, círculos de cultura, dentre outras. Estas podem favorecer e estimular o público e a coletividade (BARRETO et al., 2016).

Sobre a concepção de uma tecnologia manual, 52,43% optaram por panfletos, sugerindo que os sujeitos desejam meio de divulgação de fácil maneabilidade.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que o estudo realizado com escolares com e sem deficiência possibilitou identificar as principais variáveis em saúde identificadas pelos escolares e as principais demandas em saúde. Revelou-se na pesquisa

que a busca por ações curativas e pelo modelo biomédico ainda é bastante procurado pelos jovens, e ainda que assuntos como Infecções Sexualmente Transmissíveis, álcool e drogas e métodos contraceptivos despertam o interesse dos alunos, sinalizando que muito precisa ser feito para que os adolescentes sejam inseridos nas estratégias de promoção da saúde.

Esses resultados sinalizam que muito precisa ser feito para que os adolescentes sejam inseridos nas campanhas e estratégias de promoção da saúde. Com os resultados obtidos torna-se possível auxiliar os adolescentes com e sem deficiência, e intervir em suas reais necessidades.

A amostra reduzida das pessoas com deficiência e a falta de privacidade dos alunos podem ser uma limitação para generalização dos achados.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. S.; XAVIER, M. P.; O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, art. 10, p. 137-149, jan. / jul. 2014.
- BARRETO, R. M. et al. IST NA ADOLESCÊNCIA Percepção de Gestantes à Luz do Círculo de Cultura de Paulo Freire. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí. v. 16, n. 30, Jan./Jun. 2016
- BETANCURTH D. P.; VÉLEZ, C.; La adolescencia: un reto para los profesionales de la salud. **Cult Cuid Enferm.** Vol 9, n 2, p. 50-63, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília, 2015.
- BRASIL. **Decreto-lei no 7.612, de 17 de novembro de 2011.** Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos humanos da Presidência da República (SDh/PR). Diário Oficial da União, Brasília, DF, nov. 2011.
- CARVALHO, A. F.; COELHO, V. A. C.; TOLOCKAL, R. E.; Professores de educação infantil e temas sobre inclusão de crianças com deficiência no ensino regular. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 713-726, jul./set. 2016.
- JUNG, L. G. et al. Cotidiano da prática de atividade física de crianças e jovens com deficiências da Rede Municipal de Pelotas – RS. **Movimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 02, p. 207-226, abr/jun de 2013.
- LEITE, F.P.A.; A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência: amplitude conceitual. A busca por um modelo social. **Revista de Direito Brasileira**, v. 3, n.2, p. 31-53, 2012.
- OLIVEIRA, P. M.P.; **Amamentação em ação: validação de tecnologia assistiva para cegos.** 2013. 170f. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Ceará, 2013.
- PAGLIUCA, L.M.F. et al. Pessoa com deficiência: construção do conceito por esta população. **Rev Rene.** set-out; v. 16, n. 5, p. 705-13. 2015.
- SILVA, J.B.O.R. Conceito de saúde: um estudo entre profissionais e estudantes da área da saúde. **Rev.Saúde. Com.** v.4, n.1, p. 3-9. 2011
- SANTOS, R. R. et al, Gênero e Práticas de Saúde: Singularidades do Autocuidado Entre Adolescentes. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 37-57. jan./abr. 2017
- SANTOS, J. R.; GONÇALVES, E.; Rastreo de Infecções Sexualmente Transmissíveis não víricas nos adolescentes: qual o estado da arte. **NASCER E CRESCER revista de pediatria do centro hospitalar do porto**, v. XXV, n. 3, ano 2016.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ANÁLISE DA SAÚDE DOS IDOSOS HIPERTENSOS DA COMUNIDADE DO DENDÊ ATENDIDOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Vivianne Ferreira Bezerra<sup>1</sup>, Hinara Siebra Cavalcante<sup>2</sup>, Thaís Macêdo Feijó Lima Teixeira<sup>3</sup>, Kelly Leite Maia de Messias<sup>4</sup>

*1 Graduação do curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Graduação do curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Graduação do curso de Medicina, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Professora do centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

E-mail: viviannefbz@gmail.com.

Palavras-chave: Idosos. Envelhecimento populacional. Hipertensão. Atenção Primária.

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando um declínio progressivo nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade (KUCHEMANN, 2012). As associações desses fatores contribuem para a consolidação demográfica da elevação na expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população, sendo o grupo com 60 anos ou mais o que mais cresceu nos últimos anos (IBGE, 2010). Assim, segundo Zaitune (2006), a partir de 1960, o grupo dos idosos é o que mais cresce proporcionalmente no Brasil, enquanto a população jovem encontra-se em processo de desaceleração de crescimento.

Contudo, de acordo com Kuchemann (2012) a experimentação desse processo em alguns países, como o Brasil, não está relacionado com melhorias das condições de vida para a maior parcela dessa população idosa, a qual não encontra assistência adequada no sistema público de saúde e desenvolvem, em muitos casos, doenças crônico-degenerativas com sequelas que resultam em prejuízos na qualidade de vida.

Dessa forma, diante das atuais propensões de envelhecimento da população, a importância de se avaliar o estado de saúde dos idosos cresce consideravelmente, além disso, surge a necessidade de identificação das doenças prevalentes nesses indivíduos. Assim, conforme Soar (2015), entre as doenças crônicas mais presentes na população idosa, as cardiovasculares (DCVs) se apresentam como uma das principais causas de morte, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais prevalente e progressiva com o aumento da idade.

Assim, segundo Benedetti (2012), o envelhecimento acarreta importantes alterações cardiovasculares, o que explica a frequente associação da hipertensão às mudanças fisiológicas desse processo. Nesse sentido, é importante considerar que existem fatores de risco para a ocorrência de tal doença, como o sedentarismo, a ingestão excessiva de sal, o alcoolismo, o tabagismo e a obesidade, contribuindo, dessa forma, para o aumento da prevalência da hipertensão na população de idosos.

Portanto, dentre os fatores não metabólicos que propiciam a hipertensão, surgidos com as modificações no modo de vida do homem moderno, foram analisados na pesquisa, por exemplo, a idade, a qual a ocorrência de HAS se torna maior quanto mais elevada for a faixa etária, devido ao enrijecimento das artérias e a diminuição da elasticidade dos vasos sanguíneos, sendo o homem, até os 50 anos, com risco três vezes maior que a mulher da mesma idade, diminuindo a diferença após a menopausa (MARTIRES, 2013).

Assim, o sexo também se apresenta como um fator de risco, já que após a menopausa pode existir o aumento da pressão arterial (PA), a qual está relacionada ao ganho de peso e às alterações hormonais (SOAR, 2015).

Fator relevante quanto aos hábitos de vida é o tabagismo, o qual apresenta efeito crítico sobre o sistema cardiovascular. Os pacientes hipertensos, que também são fumantes, têm risco de morte muito mais alto. O alcoolismo também, além de aumentar a PA, constitui uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva (MARTIRES, 2013). Outro aspecto considerado importante são os fatores dietéticos, tal como o consumo excessivo de sal, avaliado também na presente pesquisa. De acordo com Soar (2015), a elevação da PA e aumento da sua prevalência com o avançar da idade está relacionada com a quantidade de sal na dieta, demonstrando, desse modo, que comunidades que consomem mais sódio têm maior aumento da pressão com o envelhecimento. Ademais, também motivo de risco de HAS é a inexistência da prática de exercício físico regularmente, caracterizando o sedentarismo, o qual se torna mais frequentes em idosos em decorrência da aposentadoria. Esses ao utilizarem pouco os músculos apresentam maior tendência a aumentar o peso e a pressão arterial (SOAR, 2015).

Nessa perspectiva, a proposta do estudo é compreender o perfil dos idosos hipertensos entrevistados e analisar os variados fatores de risco cardiovascular que comprometem a situação de saúde deles. Tendo em vista que, a

cada dia o número de idosos no Brasil cresce, aumentando a demanda de atenção e cuidados com esse público pela atenção primária. Sendo necessário, portanto, a oferta de suporte para que o risco de adoecer se reduza, beneficiando, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo transversal realizado entre Setembro e Outubro de 2016, desenvolvido na Comunidade do Dendê e no Centro de Saúde da Família (CSF) Mattos Dourado localizado no Bairro Edson Queiroz, em Fortaleza-Ceará. A amostra constitui-se de 318 entrevistas individuais, das quais foi aplicado um questionário desenvolvido a partir do Google Forms, sistema de coleta de dados, no modelo VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), instrumento validado pelo Ministério da Saúde do Brasil, o qual analisou, além dos fatores socioeconômicos, a auto avaliação da saúde, a satisfação quanto ao serviço e a prevalência de doenças crônicas, e nos resultados, foi utilizado um software estatístico elaborado pelo Center of Disease Control (CDC), o EpiInfo. Como critério de exclusão, participaram da pesquisa apenas os usuários que foram atendidos mais de uma vez na mesma unidade, sendo maiores de idade. Todos participaram voluntariamente, de forma anônima, e foram informados sobre os objetivos da pesquisa, não maleficência, sigilo informacional e não lucratividade, os quais responderam ao questionário após terem lido ou ouvido a leitura sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Diante da importância de identificar os fatores de risco para desenvolvimento do quadro de hipertensão (idade, sexo, sedentarismo, ingestão excessiva de sódio, excesso de peso, alcoolismo, tabagismo, diabetes, dislipidemia) e da relevância de analisar o perfil socioeconômico (outro fator de risco segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão) e de saúde dos idosos entrevistados, serão agora selecionados alguns desses elementos:

De acordo com a análise do banco de dados, dentre o total da amostra, 45,9 % eram de pessoas que apresentavam 60 anos ou mais. Nesse modo, os resultados confirmam o que está relatado em Soar (2015), mostrando a relação entre o envelhecimento e o conseqüente aparecimento da HAS. Isso evidencia que a atenção para o cuidado com os idosos hipertensos devem ser aumentadas em razão, também, da previsão do crescimento populacional desse grupo nos próximos anos no Brasil (IBGE).

Também foi possível observar que dentre os idosos hipertensos há uma quantidade maior de mulheres que apresentam a patologia do que homens, sendo 75,5% de mulheres que apresentavam hipertensão. Os dados revelam, portanto, maior prevalência da HAS em mulheres após os 50 anos, em função da ocorrência da menopausa, com a baixa dos níveis de estrogênio e uma maior suscetibilidade, pois este é considerado cardioprotetor (SOAR,2015).

Outra associação relevante foi feita ao se comparar o número de idosos hipertensos e o consumo de sódio, o qual se constitui como um fator agravante para HAS (CORRER, 2016). Assim, foi verificado mais idosos hipertensos que consomem baixa ou muito baixa quantidade de sódio do que um consumo alto. O resultado dos dados podem ter sido em razão de já haver uma preocupação com a importância de uma pressão controlada e equilibrada. Porém, também é imprescindível considerar a tendência natural dos pacientes em amenizar os relatos quanto ao consumo de sal.

Quando se observa a associação entre idosos hipertensos e tabagismo (considerado fator de risco pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão) verifica-se que o número de hipertensos é maior entre os fumantes e os ex-fumantes. Assim, 57,7% dos hipertensos fumavam diariamente ou eram ex-fumantes. Os dados, assim, comprovam a relação entre tabagismo e desenvolvimento da HAS, mostrando que o ato de fumar eleva a pressão arterial e se persistir com muita frequência, dificulta o controle da pressão pelo organismo (ESPERANDIO, 2013).

O papel da atenção primária de saúde em conhecer os fatores de risco pra HAS e realizar a prevenção e a promoção da saúde é essencial. Portanto, foi possível avaliar também pelo questionário, a relação do idoso hipertenso com o centro de atenção primária - CSF Matos Dourado no caso-, analisando se ocorre, com a maioria dos idosos, um controle da HAS e uma melhoria na saúde. Diante disso, é importante ressaltar a relação entre a hipertensão e a condição dos idosos serem ou não atendidos pelo mesmo médico. O fato de o paciente ser atendido sempre pelo mesmo médico é elemento fundamental e constitui um dos princípios da atenção primária, a longitudinalidade, essencial para um acompanhamento ideal da HAS e uma vigilância mais completa para verificar se há adesão ao tratamento. Analisando os dados encontrados, é possível verificar a ocorrência de uma relativa diferença entre hipertensos e não hipertensos que não são atendidos pelo mesmo médico, sendo 47,7% hipertensos e 21,7% não hipertensos. Indicando a dificuldade de uma melhora efetiva para a mudança no quadro.

## CONCLUSÃO

Diante da discussão e dos resultados obtidos é perceptível a necessidade de rever os programas de intervenção no controle da hipertensão arterial no paciente idoso morador da Comunidade do Dendê atendido pela CSF Mattos Dourado, visto que é importante a priorização das mudanças no estilo de vida dos mesmos, através da aquisição de hábitos de vida saudáveis, buscando minimizar ou anular, desse modo, a interferência de fatores de risco como tabagismo, alcoolismo e sedentarismo. Essa meta terapêutica não farmacológica deverá complementar o uso de anti-hipertensivos, sendo, dessa forma, uma proposta que pode ser alcançada através de uma abordagem multiprofissional ao paciente idoso hipertenso, visando sua responsabilidade pessoal na capacitação para o autocuidado. Nesse sentido, seria oferecida uma atenção primária integral, de qualidade e humanizada.

## REFERÊNCIAS

- BENEDETTI, T.R.B., Mazo, G.Z., & Borges, L.J. (2012). **Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis**. Rio de Janeiro (RJ): Ciência & Saúde Coletiva, 17(8), 2087-2093.
- CORRER, Cassyano Januário; REIS, Walleri C.T. Manual 1. **Hipertensão em Dia**. 1. Ed. Atualizada. Curitiba, 2016.
- ESPERANDIO, Eliane Maria et al. **Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 481-493, Sept. 2013.
- IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.
- KUCHEMANN, Berlindes Astrid. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios**. Soc. estado., Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, Apr. 2012 .
- Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.
- MARTIRES, Maria Alice Rodrigues; COSTA, Maria Arminda Mendes; SANTOS, Célia Samarina Vilaça. **Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 797-803, set. 2013 .
- SOAR, Claudia. **Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 385-395, jun. 2015 .
- ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo- Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.285-294, Feb. 2006.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os colaboradores que participaram em todo o processo de construção da pesquisa.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira<sup>1</sup>, Ana Fátima Carvalho Fernandes<sup>2</sup>, Míria Conceição Lavinias Santos<sup>3</sup>, Fernanda Cavalcante Fontenele<sup>4</sup>, Maria Conceição Cavalcante da Costa<sup>5</sup>

*Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*E-mail: rosymiro@bol.com.br.*

*Palavras-chave: Neoplasias da mama. Detecção-precoce. Atenção Primária em Saúde.*

### INTRODUÇÃO

A incidência do câncer aumenta significativamente no Brasil e em todo o mundo, acompanhando o envelhecimento populacional e a elevação da expectativa de vida (INCA, 2012).

No que se refere à área da Saúde da Mulher, um dos tipos de cânceres que merece destaque em sua atenção é o câncer de mama. São aproximadamente 1,4 milhões de casos novos e 458 mil mortes no mundo, anualmente, apresentando seu quadro agravado pelo diagnóstico tardio (BRASIL, 2013).

O câncer de mama apresenta um melhor prognóstico caso seja descoberto em estágios iniciais, o que requer estratégias que possibilitem detectar precocemente a doença. Alguns países que implantaram programas de rastreamento para esse tipo de neoplasia têm conseguido reduzir a mortalidade por esse tipo de câncer (BRASIL, 2013).

O Brasil apresenta como estratégia para controle do câncer de mama, um Documento de Consenso, elaborado pelo INCA, em parceria com gestores, universidades e sociedades científicas, que define ser a mamografia e o exame clínico das mamas os métodos preconizados para rastreamento do câncer de mama na saúde da mulher (BRASIL, 2010).

As ações de prevenção primária e detecção precoce do câncer são estratégias relevantes para reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida das mulheres com essa patologia. Um desafio são as estratégias resultarem em respostas efetivas (CRUZ; LOUREIRO, 2008). Por isso, é importante conhecer o grau de conhecimento, além das ações de detecção precoce que as mulheres estão realizando para combater esse tipo de câncer.

Diante dos fatos apresentados, ou seja, uma potencialidade relevante de ações eficazes de um Modelo de Atenção, que é a Estratégia Saúde da Família (ESF), e diante de números crescentes de incidência de casos novos decidiu-se avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres acerca da detecção precoce do câncer de mama na Estratégia Saúde da Família.

### METODOLOGIA

O estudo é descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa e utilizou o Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). Foi realizado no município de Capistrano, localizado no Maciço de Baturité, na região Norte do Ceará. O município de Capistrano possui uma população de 17.062 habitantes, sendo 8.424 do sexo feminino. Destas, 2.560 mulheres estão na faixa etária de 35 a 69 anos (IBGE, 2010).

A partir dos dados obtidos pelo IBGE e após aplicação da fórmula para população finita, encontrou-se uma amostra de 243 mulheres. Esse tamanho de amostra foi calculado com margem de erro de 6%, nível de confiança de 95% e estimativa de proporção de 50%, considerando a população de 2.560 mulheres, grupo potencialmente alvo para o câncer de mama.

As entrevistas foram realizadas nas cinco UBASFs do município, através de visitas da pesquisadora, em dias acordados com os enfermeiros das equipes. A sexta equipe não teve participação devido a ser o local de trabalho da pesquisadora, o que poderia causar viés na pesquisa.

Um questionário foi realizado com as usuárias durante atendimento na UBASF e também permitiu um levantamento de variáveis sócio demográficas (idade, tipo de união, número de filhos), variáveis clínicas/ginecológicas (como a menarca e menopausa), fator de risco (amamentação, história familiar, etilismo) e variáveis referentes ao conhecimento, atitude e prática quanto ao câncer de mama.

Antes da aplicação dos questionários foi realizado um pré-teste para verificar adequabilidade do instrumento e possíveis modificações necessárias.

A análise dos dados foi realizada com base na estatística descritiva. A distribuição de frequências foi expressa por porcentagem para as variáveis categóricas. Os dados apresentados foram realizados através de tabulações e gráficos. Foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0.

Foi solicitada autorização à Secretaria de Saúde do município envolvido e depois encaminhado o projeto à Plataforma Brasil, obedecendo aos preceitos da Resolução 466/2012 e obteve aprovação mediante o parecer de nº 615.025.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Capistrano apresenta seis equipes do Programa Saúde da Família, sendo duas localizadas na zona urbana do município (sede I-Centro de Saúde e sede II-Videlina) e quatro na zona rural (Pesqueiro, Carqueija, Bouqueirão e Mazagão). Como uma das equipes da área urbana foi eliminada devido a ser o local de atendimento da pesquisadora, e como é significativa a quantidade de mulheres que se encontram na sede do município, decidiu-se realizar um maior número de entrevistas no centro de saúde, até pelo fato de ser a unidade de saúde do município que apresenta um maior número de atendimentos, devido à localização central e a proximidade do hospital municipal e Secretaria de Saúde.

Foram realizadas 120 (49,4%) entrevistas com mulheres da sede do município, representado pelo Centro de Saúde e 123 (50,7%) entrevistas na zona rural. Dentre aqueles da área rural de Capistrano, buscou-se uma representatividade de cada um para que todas tivessem participação na pesquisa. Foram realizadas 35 (14,4%) entrevistas no Bouqueirão, 36 (14,9%) no Mazagão, 25 (10,2%) na Carqueija e 27 (11,1%) no Pesqueiro.

Com relação à idade, a faixa etária selecionada seguiu a distribuição de acordo com a população-alvo para o câncer de mama, ou seja, a primeira, de 35 a 39 anos, caso apresentem risco elevado para esse tipo de neoplasia, tendo que realizar, nessa situação, ECM e mamografia anuais; a segunda, de 40 a 49 anos sendo aquelas que devem realizar o ECM anualmente e a mamografia se alteração e as de 50 a 69 anos, que além do ECM anual é necessário a mamografia bianual. Acima de 70 anos como existem menos evidências de benefícios relacionados ao rastreamento para essas mulheres (BRASIL, 2013), essas não foram inclusas na pesquisa.

Apesar de encontradas nos postos de saúde, durante a pesquisa, mulheres de 35 a 39 anos, nenhuma delas apresentavam risco elevado para o câncer de mama, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o que acarretou em não incluí-las na amostra estudada.

Seguindo para o segundo grupo, aquelas mulheres de 40 a 49 anos, a amostra contou com a participação de 96 (39,5%) entrevistadas. Já o terceiro grupo, que exige controle de ECM anual e mamografia bianual, independente de alterações, foi o mais expressivo em quantidade, sendo representado por 147 (60,5%) das mulheres que participaram da pesquisa.

No que se refere ao grau de instrução, é significativo o número de mulheres analfabetas 78 (32,1%) e com o ensino fundamental incompleto 75 (30,9%). Esses dois grupos representam mais da metade das entrevistadas. Em seguida, aparecem aquelas com ensino fundamental completo 31 (12,8%), ensino médio 40 (16,5%) e por fim, ensino superior 19 (7,8%).

O fato da maioria das mulheres estarem presentes nos dois grupos que apresentam menor tempo escolar faz refletir a necessidade de orientações mais direcionadas, visto que em alguns estudos já realizados essa relação, conhecimento e escolaridade, apresenta determinada influência, como o mostrado a seguir.

A maioria das mulheres entrevistadas já tiveram filhos 224 (92,8%). Dentre essas, significante foram aquelas que apresentaram em sua primeira gestação idade inferior a 30 anos 210 (93,1%), o que reflete que poucas foram as que apresentaram o fator de risco primeira gravidez após 30 anos 8 (3,5%). Somente 19 (7,8%) das participantes nunca tiveram filhos, que reflete que o fator nuliparidade também não está presente na grande maioria.

Com relação ao recebimento de informações acerca do câncer de mama 173(71,2%) mulheres referiram já ter recebido algum tipo de orientação. Dentre essas, 4 relataram ter tido informações em mais de um item apresentado na questão em estudo, como mostra tabela.

Enfermeiros apresentaram-se como os principais responsáveis 82 (47,4%) pela transmissão de informações acerca do câncer de mama, seguidos da mídia (jornais, revista e televisão) 65 (37,6%) e logo em seguida, com igual porcentagem médicos e agentes comunitários de saúde 12 (6,9%).

Como pode-se perceber ainda existem mulheres que referem nunca terem recebido informações acerca da referida patologia, refletindo a necessidade de maiores orientações acerca do câncer de mama. O que também chama atenção é que muitas relatam ter recebido informações da mídia, bem maior que de alguns profissionais da área da saúde, alertando também para o compromisso interdisciplinar.

Com relação ao conhecimento do significado e periodicidade da mamografia, a maioria das mulheres relataram ter conceito da mamografia e quando realizar 145 (59,7%), mas mesmo assim ainda foi consideravelmente alto aquelas que referiram desconhecer o assunto 98 (40,3%).

Outro método de rastreamento também pesquisado foi o ECM. Ao indagar a diferença de AEM e ECM muitas mulheres responderam que não sabia, e muitas ainda diziam saber o que era o auto exame, mas não o que era o exame clínico.

Outro aspecto importante a ser investigado é com relação aos fatores de riscos, já que, ao conhecer, é possível um cuidado mais rigoroso na realização das atividades de detecção precoce, como AEM, ECM e mamografia, buscando exercer ações de orientação quanto aos riscos do câncer de mama a fim de proporcionar melhor sobrevida bem como tratamentos menos agressivos, como a mutilação (ARAÚJO DA SILVA; RIUL, 2011).

Dentre os fatores de risco mais relatados entre as mulheres, o cigarro 30 (31,9%), o fato de nunca ter amamentado 19 (20,2%) e a história familiar 13 (13,8%) foram os mais citados (Tabela 7). Diante da variedade de fatores de riscos para esse tipo de neoplasia, o que se observa é que houve pouca citação da maioria, o que reflete que ainda precisa ser melhorado o conhecimento acerca desses fatores até para excluí-los de seus hábitos, aqueles modificáveis.

Ao analisar individualmente, somente 59 (24,8%) mulheres relataram conhecer os fatores de risco para câncer de mama. A grande maioria 184 (75,8%) não soube responder ou respondeu incorretamente.

Com relação à atitude das mulheres envolvidas, o que se observa é que a maioria delas 126 (51,9%) relatam a vontade e atitude de participar das orientações quando oferecidas, embora também seja significativo aquelas que relatam a falta de tempo 62 (25,5%) como dificuldade para não participação, o que sugere a necessidade de ações que envolvam horários alternativos nas unidades de saúde.

Outro ponto abordado foi com relação à solicitação a um profissional de saúde para realizar o exame clínico mesmo não apresentando intercorrências. Como relatado anteriormente, o ECM deve ser realizado anualmente na população-alvo para o câncer de mama, o que reflete na importância da atitude da mulher em procurar um profissional para realização desse exame.

Infelizmente, como apresentando, a maioria das mulheres não apresenta ainda o hábito de procurar o serviço de saúde para realização do ECM. Das entrevistadas, somente 85 (35%) solicitaram a um profissional para examinar suas mamas sem manifestar alterações, obtendo resposta adequada na questão. A grande maioria 158 (65%) nunca solicitou.

É importante despertar o senso de corresponsabilidade entre mulheres e o processo saúde-doença, implantando ações que incentive as práticas preventivas e de detecção precoce (LIMA et al, 2011).

Em Capistrano, observou-se que 110 (45,3%) mulheres já pediram ao médico para solicitar sua mamografia, o que demonstra que algumas já apresentam essa consciência da necessidade da realização do exame. Apesar do significativo número, 133 (54,7%) nunca solicitaram. Dentre as justificativas prevalecem a confiança de que o profissional é que sabe a hora de solicitar, retirando assim a sua corresponsabilidade, representada por 55(41,3%) mulheres, seguido da falta de conhecimento da necessidade de sua realização, relatada por 40 (30,1%) delas.

No que se refere a prática, uma das formas de detecção precoce, como já relatado é o ECM, mas o que se observou é que considerável parte das mulheres entrevistadas 124 (51%) não realizam esse exame anualmente. Somente 119 (49%) referiram realize-lo anualmente o exame em questão.

## CONCLUSÃO

Foi possível perceber que mulheres, mesmo tendo um acompanhamento pela atenção básica, ainda não conhecem de maneira satisfatória os fatores de risco e nem as recomendações dos exames de rastreamento do câncer de mama, o que influi negativamente na detecção precoce e na qualidade de vida e nas taxas de sobrevida das pessoas com esse tipo de neoplasia.

Com relação à atitude e prática, muitas ainda buscam atendimento por profissional da saúde ou os métodos de rastreamento somente quando sentem algum desconforto ou manifestações que considerem anormais, e passam a depositar a responsabilidade de solicitação ao profissional, não apresentando ainda o senso de corresponsabilidade e autocuidado.

Diante das repostas encontradas, pode-se concluir que ainda existe a necessidade de estudos mais aprofundados na área da saúde, visando um embasamento teórico dos problemas levantados, para formular novas estratégias a serem desenvolvidas.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO DA SILVA, P.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. bras.**

**enferm.**, Brasília, v. 64, n.6, p. 1016-21, Nov./Dec. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Cadernos de Atenção Primária, n. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

CRUZ, L. M. B; LOUREIRO, R. P. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc.** v.17, n.2, p.120-131, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/12.pdf>>. Acesso em 24 de outubro de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados Gerais do Município**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=230290>>. Acesso em 25 de novembro de 2013.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. ABC do câncer: **Abordagens básicas para o controle do câncer**; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. Rev. e Atual.- Rio de Janeiro: Inca, 2012. 134p.

LIMA, A. L. P.; ROLIM, N. C. O. P.; GAMA, M. E. A.; PESTANA, A. L.; LIMA DA SILVA, E.; CUNHA, L. F. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil.

**Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 27, n.7, p. 1433-39, Jul. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700018>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos às minhas orientadoras professoras Ana Fátima e Miria Lavinias, à Universidade Federal do Ceará pelo curso ofertado e ao PSF de Capistrano de Abreu, pela minha formação, experiência e conclusão da pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO EM PRÉ-ESCOLARES: CRECHE COMO ESPAÇO DE PUERICULTURA

Rochelle Holanda Barroso<sup>1</sup>, Francisca Elisângela Teixeira Lima<sup>2</sup>, Francisca Roberta Barros Páscoa<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade Residência, Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem - Professora Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza-Ceará-Brasil

<sup>3</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade Residência, Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: robertabarros@alu.ufc.br

Palavras-chave: Criança. Creches. Cuidado da Criança. Estratégia Saúde da Família. Ação Intersetorial. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A atenção primária é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que busca a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A meta desta é a atenção integral impactando na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) busca a adscrição dos usuários, o desenvolvimento das relações de vínculo e a responsabilização das equipes com a comunidade garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012a).

A Puericultura é uma ação programática encontrada na Atenção Primária tem como objetivo o acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe, tendo um olhar biopsicossocial não só para a esta, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e sua família (BRASIL, 2012b).

Através da consulta de enfermagem são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implementadas medidas de enfermagem que buscam a promoção, proteção e recuperação da saúde do usuário e reabilitação (CAMPEDELLI, 1990).

A creche é o ambiente onde as crianças interagem durante um maior tempo com pessoas fora do seu domicílio e não familiares. Tem como objetivo cuidar da criança, oferecendo as melhores condições para seu crescimento desenvolvimento, os educadores passando a relacionar-se de forma mais próximo da criança, participando do seu desenvolvimento e cuidado integral (NYLANDER *et al.*, 2012; XAVIER *et al.*, 2003).

Como exposto por Motta *et al.* (2012) em seu estudo, o enfermeiro não está presente no ambiente da creche, porém a sua necessidade é enxergada pelos profissionais da instituição, pois através de ações pode-se auxiliar na prevenção de doenças e promoção de saúde, como também, melhorar a qualidade do cuidado fornecido às crianças pelos profissionais da instituição, incentivando a implementação de hábitos saudáveis para as crianças e ajudando no crescimento e desenvolvimento das mesmas.

Dentro desse contexto o estudo faz o seguinte questionamento: como está o crescimento de crianças inseridas na creche?

Espera-se que ao responder este questionamento possa atender as recomendações do Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012b), o qual aborda estas questões de forma dinâmica estabelecendo vínculos e buscando modificar as atitudes realizadas pelos pais e assim um cuidado integral da criança.

O objetivo do estudo é avaliar o crescimento de crianças inseridas na Creche do município de Horizonte-Ceará.

Este estudo é relevante, pois traz benefícios para a Equipe de Saúde da Família que passará a conhecer as crianças que necessitam de um acompanhamento contínuo, através do levantamento dos dados, como também tem grande valia para as crianças e sua família com a identificação do estado nutricional e orientações.

Dentro do campo da pesquisa justifica-se o presente estudo, pois contribui para a compreensão da necessidade de assegurar o acompanhamento das crianças anualmente dentro do quadro saudável, contribuindo para a redução do índice de morbimortalidade infantil.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido no município de Horizonte. A Instituição de educação que atende essa faixa etária de 03 a 05 anos é o Centro de Educação Infantil (CEI), estudam 215 crianças.

A população do estudo foi composta por crianças com faixa etária de 03 anos de idade, que estudam em um Centro de Educação Infantil, a amostra foi composta pelas crianças que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar matriculado no Centro Educacional Infantil (CEI); ter idade de três anos e estar cadastrada na Unidade Básica de Saúde de Queimadas. E os critérios de exclusão foram os seguintes, crianças: não comparecer à creche no período de coleta de dados; não ter acompanhante no dia da consulta na creche.

A primeira fase do Processo de Enfermagem foi realizado pelo instrumento de coleta de dados que contemplava os doze domínios, sendo complementado pelo exame físico. No domínio nutricional/metabólico temos as medidas antropométricas das crianças que eram colocadas no gráfico escore Z.

A coleta de dados aconteceu de segunda a sexta-feira no período da manhã e da tarde nos meses de abril e maio de 2016. Foi realizada durante a consulta de puericultura, com um formulário constando as variáveis sociodemográficas e clínicas, o cartão de vacina, as necessidades de vida e a estrutura para o genograma, com questões abertas e fechadas.

Os resultados foram organizados no programa Excel 2007 para proceder às análises descritivas. Os resultados foram discutidos, confrontados e analisados de acordo com a literatura pertinente à temática.

O presente estudo obedeceu os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução 466 /2012, fazendo parte do projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública, Protocolo nº 012291/2016, intitulado "A CRECHE COMO ESPAÇO DE PUERICULTURA PARA CRIANÇAS". No momento da entrevista foi apresentado o Termo De Consentimento Livre E Esclarecido Para Crianças no qual o responsável pela criança aceitava participar da pesquisa, sendo-lhes garantidos o anonimato, a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa em questão e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação para a o incremento do conhecimento em uma área ainda incipiente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o estudo, percebeu-se que em relação ao peso/idade a maioria das crianças (97,3%) estava com peso adequado para a idade e no tocante a altura/idade as crianças encontravam-se a maioria (97,3%) com altura adequada para a idade. No que se refere ao IMC a maioria (72,9%) estava adequado, seguida pelas crianças que estavam com risco de sobrepeso (18,9%). Apenas 5,4% das crianças foram classificadas com sobrepeso e 2,7% foi incluída com obesidade.

No presente estudo encontrou-se uma normalidade no peso (97,3%) e altura (97,3%) para a idade na maioria das crianças, achados semelhantes foram encontrados no estudo de Chaves et al (2013) que avaliou 44 crianças de zero a seis anos institucionalizadas em um abrigo no estado do Ceará em que 61,4% estavam na faixa de normalidade nutricional e 72,7% apresentavam altura dentro dos limites esperados e no estudo de Martins *et al* (2013) com 30 crianças menores de cinco anos no estado de Minas Gerais que apresentaram crescimento adequado segundo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Corroborar também com o estudo de Martino *et al* (2010) realizado com 189 pré-escolares (0 a 5 anos) de Minas Gerais em que 94,1% das crianças estavam com peso/idade nos escores z entre -2 e +2; e altura/idade com 94,6% das crianças.

Porém em estudo realizado com 250 crianças de seis meses a 60 meses em creches de João Pessoa/Paraíba, 47,6% apresentaram baixa estatura, sendo associada significativamente à ocorrência da baixa estatura da mãe (SOUZA et al, 2012).

Podemos observar que ao avaliar o Índice de Massa Corpórea (IMC) a maioria, 72,9%, apresentou índice adequado, porém 18,9% das crianças demonstrou risco de obesidade, 5,4% sobrepeso e 2,7% obesidade, dados parecidos foram encontrados no estudo com pré-escolares, com idade entre 2 e 5 anos, de ambos os sexos, pertencentes à famílias cadastradas no Programa de Saúde da Família vinculado ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- SP em que foi encontrado em 11% das crianças em vigilância para baixo, IMC por idade, 16,8% em vigilância para elevado IMC para idade e 9% com excesso de peso (FERREIRA; FABBRO, 2012). Corroborar também com o presente estudo o encontrado por Sparrenberger et al (2015) com pré-escolares que 70% estavam eutróficos (IMC escore Z > 2). Embora discorde com o estudo realizado em João Pessoa 53,1% das crianças apresentaram excesso de peso (SOUZA et al, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2012b) a inclusão do IMC como parâmetro para a avaliação da criança possibilita uma melhor identificação de crianças com excesso de peso e baixa estatura, também foi notado que o IMC mensurado na infância pode ser preditivo em relação ao IMC na idade adulta.

Após a avaliação do estado nutricional das crianças é necessário que ao detectar possíveis agravos que fogem a normalidade, que o profissional enfermeiro seja capaz de dar as orientações necessárias para a mãe ou responsável e sendo necessário encaminhar para o profissional nutricionista para uma maior investigação.

Em estudo realizado por Reichert *et al* (2012) em que são investigadas as enfermeiras e as mães das crianças atendidas na puericultura, 97,8% das enfermeiras declaram que orientam a mãe sobre o peso da criança, porém segundo as mães apenas 42,7% das enfermeiras orientaram o que mostra a necessidade de uma linguagem que possibilite a compreensão adequada do processo saúde/doença da criança.

No estudo de Silva *et al* (2000) ele descreve o acesso de crianças brasileiras às creches, dentre os resultados foi revelado que uma substancial parcela das crianças consideradas biologicamente mais vulneráveis são excluídas desse benefício. Embora o mesmo estudo também ressalte a dificuldade de implementação de creches na área rural, o município em questão mostra a presença de creches nas áreas rurais.

## CONCLUSÃO

Neste estudo identificou-se em relação ao crescimento que a maioria das crianças estavam com o peso adequado para a idade e com altura adequada para a idade. Em relação ao IMC a maior parte estava adequado, porém ressaltando a atenção para o risco de sobrepeso.

Os resultados deste estudo permitiram o conhecimento da realidade das crianças que estudam em a creche em uma zona rural e abriu um leque de possibilidades para investigações futuras.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico, 2010**. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=230523&idtema=1&search=ceara|horizonte|cen so-demografico-2010:-sinopse->> Acesso em: 18/01/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. il. – (Série E. Legislação em Saúde). Ministério da Saúde. Brasília, 2012a. p.110

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento**. II-(Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Brasília, 2012b. p. 272.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Decreto nº466 de 12 de dezembro de 2012.

Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

CAMPEDELLI, M. C. Reflexões sobre a consulta de enfermagem. **Ver. Enfoque**, São Paulo, v.18, n. 2, set. 1990.

CHAVES, C. M. P.; LIMA, F. E. T.; MENDONÇA, L. B. DE A.; CUSTÓDIO, I. L.; MATIAS, É. O. Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas. **Rev Bras Enferm.**; v. 66, n. 5, p. 668-74, set-out, 2013.

FERREIRA-MARIM, M. M.; FABRO, A. L. D. Estado nutricional avaliado por medidas antropométricas em pré-escolares atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 45, n. 1, p. 23-30, 2012. <http://www.fmrp.usp.br/revista>

MARTINO, H. S. D.; FERREIRA, A. C.; PEREIRA, C. N. A.; SILVA, R. R. Avaliação antropométrica e análise dietética de pré-escolares em centros educacionais municipais no sul de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 551-558, 2010.

MARTINS, T. S. A.; VILELA, R. V.; PEREIRA, F. V.; CARIA, N. Z.; FARIA, H. P. Implementação da avaliação do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças menores de 5 anos na USF Grajaú na cidade de Brumadinho – MG, pelo internato rural da UFMG. **Rev Med**, Minas Gerais; v. 23, n. 1, p. 27-32, 2013.

MOTTA, J. DE A.; SILVA, P. O. DA; MARTA, C. B.; ARAÚJO, B. B. M. DE; FRANCISCO, M. T. R.; SEABRA JUNIOR, H. C. Cuidado na creche: contribuições do enfermeiro **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n. 20 (esp.2), p. 771-6, dez, 2012.

NYLANDER, P. I. A.; SANTOS, R. C. B. DOS ;MAGALHÃES, L. S.; AFONSO, T.; CAVALCANTE, L. I. C. Educadores infantis: aspectos da formação profissional e do trabalho em creche. **Temas em Psicologia**. Universidade Federal do Pará, Belém, v. 20, n. 2, 2012, p. 571 – 584, 2012.

REICHERT, A.P.S.; ALMEIDA, A.B.; SOUZA, L.C.; SILVA, M.E.A.; COLLET, N. VIGILÂNCIA DO CRESCIMENTO INFANTIL: CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Rev Rene**, v. 3, n. 1, p.114-26, 2012.

SILVA, M. V. da; OMETTO, A. M. H.; FURTUOSO, M. C. O.; PIPITONE, M. A. P.; STURION, G. L. Acesso à creche e estado nutricional das crianças brasileiras: diferenças regionais, por faixa etária e classes de renda. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 193-199, set./dez., 2000.

SOUZA, M. M. DE; PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. DE. Estado nutricional de crianças assistidas em creches e situação de (in)segurança alimentar de suas famílias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3425-3436, 2012.

SPARRENBERGERA, K.; FRIEDRICHA, R. R.; SCHIFFNERB, M. D.; SCHUCHC, I.; WAGNERA, M. B. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. **J Pediatr** (Rio J), v. 91, n. 6, p. 535- 542, 2015.

XAVIER, T. J. DA S.; PINTO, F. F.; SOUZA, M. H. DO N.; ZEITOUNE, R. C. G. Condições de saúde de crianças de creche comunitária e a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 204- 210, ago. 2003.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, inicialmente, a DEUS por ter me dado o dom da vida e me guiado para que eu chegasse até aqui. À todos os que fazem a CEI, crianças, pais, professores, funcionários e diretora por terem aceitado colaborar e permitido que eu conhecesse um pouco de sua história.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E CONTROLE DAS ARBOVIROSES

Lívia de Sousa Rodrigues<sup>1</sup>

*1 Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Várzea Alegre - Ceará. Mestre em Saúde da Família (RENASF/URCA). Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN/URCA) e do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GRUPESC/URCA). Crato-Ceará-Brasil.*

*E-mail: liviarodrigues\_enf@hotmail.com*

*Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Participação da comunidade.*

### INTRODUÇÃO

Educar em saúde configura-se como um conjunto de práticas comprometidas com a construção de um vínculo envolvendo a ação assistencial e os modos de pensar e fazer cotidianos da população, ampliando espaços de interação para a superação de problemas sociais (VASCONCELOS, 2011). Atitudes educadoras oportunizam o diálogo e a troca de experiências entre usuários e profissionais dos serviços de saúde (FERREIRA et al., 2014). A fusão entre saberes e fazeres diversos inicia movimentos de mudança nos determinantes sociais do processo saúde doença, com a proposição de atividades voltadas às coletividades e aos ambientes, destacando-se a ação intersetorial e a coerência das políticas públicas (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014). No contexto ora desenhado na saúde pública brasileira observa-se a emergência das arboviroses, cuja transmissão ocorre pela picada do mosquito vetor. O combate ao inseto transmissor demanda a eliminação de seus criadouros, aplicação de inseticidas e o apoio da população nas ações de manejo ambiental (TAUIL, 2001). Faz-se necessário que os indivíduos e o coletivo dos territórios de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) tornem-se fortes aliados das equipes de saúde nas ações intersetoriais, visando ao sucesso no controle das arboviroses. Modificações nos ambientes domiciliares, laborais e de interação social, bem como a ação coletiva de multiplicadores dos processos de ensino aprendizagem conduzem ao êxito das práticas educativas no contexto da promoção da saúde. Assim, objetivou-se desenvolver uma ação de educação comunitária acerca do manejo ambiental para controle das arboviroses.

### METODOLOGIA

Tata-se do relato de uma atividade educativa, realizada por uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, no dia 30 de maio de 2017. Inicialmente realizou-se uma reunião de equipe para discussão da situação epidemiológica de alta incidência de arboviroses (dengue, zika e chikungunya) na área adscrita. Em busca de uma solução para o problema identificou-se a necessidade de trabalhar a promoção da saúde na comunidade, com vistas à mudança nos arranjos intradomiciliares no que concerne ao armazenamento de água potável, bem como à manutenção de recipientes que se configuram em criadouros potenciais para o mosquito vetor. No mesmo encontro foram acordados o dia, horário e local da atividade e selecionadas as estratégias educacionais que apresentassem resolutividade mediante a problemática identificada. O local escolhido foi uma capela localizada dentro do território de atuação da ESF, no período noturno da data supracitada de forma a melhorar o acesso da comunidade aumentando a adesão das pessoas ao momento educativo proposto. Utilizou-se da exposição dialogada, onde o interlocutor é responsável pela apresentação, explicação e demonstração de conhecimentos habilidades e tarefas, porém o receptor dessas informações não as recebe de maneira passiva (EVANGELISTA; CHAVES, 2012). A exposição apresenta como limitação o fato de que o expectador, mesmo ativo, apresenta alguma dificuldade na aplicação da teoria e grande parte da informação é logo esquecida (PAIM; IAPPE; ROCHA, 2015). Assim, visando atenuar tal limitação, buscou-se uma estratégia que envolvesse ativamente os participantes na atividade, aumentando sua adesão às ações de manejo ambiental e tornando-os disseminadores das medidas de controle vetorial. Tal experiência compreendeu uma dramatização acerca do manejo do ambiente domiciliar para a prevenção das arboviroses. Enquanto estratégia metodológica, a dramatização consiste em uma representação teatral que considera um foco ou tema, possibilitando um contexto semelhante ao vivenciado na realidade (BONAMIGO; DESTEFANI, 2010). Sugeriu-se que se convidasse os estudantes de um curso técnico de enfermagem para participar da atividade, ao que eles aceitaram prontamente e se dispuseram a realizar a dramatização. Reunidos com a comunidade, mobilizada pelos agentes comunitários de saúde (ACSs) e através da rádio local, os membros da equipe realizaram uma exposição dialogada acerca da problemática das arboviroses no Brasil, no Ceará, no município e no território adstrito, sendo

ênfatisada a preocupação dos profissionais com o manejo ambiental para o controle vetorial. A seguir houve a dramatização com a participação dos estudantes convidados. De maneira lúdica a encenação abordou o cotidiano de uma família que acumulava objetos no quintal e no interior do domicílio, proporcionando o surgimento de focos do mosquito vetor. Ainda na apresentação teatral, membros da família protagonista manifestaram sintomas característicos das doenças já mencionadas, após serem picados pelo mosquito. Ao final da apresentação solicitou-se que os participantes/espectadores avaliassem a atividade com uma palavra, de forma que a equipe pudesse aperfeiçoar sua prática e realizá-la de maneira mais segura e assertiva a cada nova oportunidade. As metas da atividade foram despertar na comunidade o senso de co-responsabilidade diante dos altos índices de arboviroses e demonstrar, através do lúdico, a contribuição que cada indivíduo ou família pode oferecer para a reversão do quadro epidemiológico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No momento inicial, quando foi abordada a situação epidemiológica das arboviroses na área adscrita, as pessoas mostraram-se surpresas diante da quantidade de casos suspeitos e confirmados das patologias em questão. A exposição dialogada mostrou-se uma estratégia útil, uma vez que despertou nos participantes um olhar mais atento aos problemas de saúde que ocorrem com suas famílias, parentes, vizinhos e conhecidos. Apresentaram-se participativos e questionadores acerca dos números apresentados, buscando um maior entendimento sobre a situação vivenciada pela comunidade. A abordagem expositiva também estendeu-se às características do vetor (*Aedes aegypti*) e às principais medidas de controle vetorial, contando também com a participação de todos no sentido de sugerir a implementação de algumas atividades na própria comunidade, como multirões informativos, incremento na limpeza urbana, intensificação das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e pelos Agentes de Combate às Endemias (ACEs), atividades educativas na sala de espera da Unidade Básica de Saúde (UBS) e a colocação da situação para a comunidade também nos atendimentos individuais realizados pela médica, pela enfermeira e pelo dentista da equipe. A dramatização provocou um momento de descontração e interação com os espectadores de maneira que casos semelhantes ocorridos no território foram relatados por eles. Em meio às risadas a população foi lembrando aspectos expostos anteriormente e relacionando-os com as cenas dramatizadas. A troca de saberes oportunizada conduziu o grupo a um debate sobre as alternativas disponíveis para mobilização social e co-responsabilização dos sujeitos pela promoção da saúde da comunidade. Assim, a atividade nos rendeu elementos para o planejamento de ações a serem implementadas no território, com vistas à redução no número de casos de arboviroses, e o envolvimento da comunidade, que expressou através dos presentes, as suas necessidades relacionadas à mobilização social para incremento na participação comunitária e o seu empoderamento. O momento foi avaliado de forma satisfatória pelas falas dos participantes, que classificaram como boa a maneira como o assunto foi abordado e a iniciativa da equipe. Referiram ter gostado de participar e que estavam disponíveis para apoiar a equipe nas atividades de promoção da saúde futuramente planejadas. Os membros da equipe de saúde e os participantes da encenação também ficaram satisfeitos com o envolvimento da comunidade e com os resultados da ação promovida, mostrando-se motivados para o planejamento das próximas etapas do combate às arboviroses em nosso território de atuação.

## CONCLUSÃO

O momento reflexivo promovido pela prática educativa possibilitou aos espectadores a co-autoria da cena ao confrontarem-na com as realidades por eles vivenciadas diariamente. Seu caráter lúdico desviou a expectativa de momentos cansativos e enfadonhos para algo divertido e participativo. As estratégias metodológicas selecionadas (exposição dialogada e encenação) mostraram-se adequadas ao objetivo proposto, tendo sido constatado o alcance das metas, já que conseguiu-se sensibilizar a comunidade para a assunção da co-responsabilidade diante da situação exposta e para a sua contribuição para a reversão do quadro epidemiológico. Assim, despertou-se em todos ali presentes o desejo de participar de outras atividades desenvolvidas com o intuito de promover a saúde da população, fomentando a interação e a co-responsabilização.

## REFERÊNCIAS

BONAMIGO, Elcio Luiz. DESTEFANI, Amanda dos Santos. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. **Rev Bioet.** [online]. v.18, n.3, p. 725-742, 2010. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/596/602](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/596/602) Acesso em 22 de agosto de 2017.

EVANGELISTA, Yani Saionara Pinheiro. CHAVES, Edson Valente. Ensino de química: uma realidade concreta do saber. In: **3º Econtro Nacional de Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente**. Niterói: Universidade

Federal Fluminense, 2012. Acesso em: 08/09/2017. Disponível em: <http://www.ensinosaudeambiente.com.br/eneciencias/anaisiiieneciencias/trabalhos/T6 2.pdf>.

FERREIRA, Viviane Ferraz. ROCHA, Genylton Odilon Rêgo da. LOPES, Márcia Maria Bragança. SANTOS, Milena Silva dos. MIRANDA, Shirley Aviz de. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. Educ Saúde** [online]. Rio de Janeiro. v.12, n.2. p.363-378, maio/ago. 2014.

PAIM, Aramasi Silva. IAPPE, Nadine Thauana. ROCHA, Daniele Laís Brandalize. Metodologias de ensino utilizadas por docentes do curso de enfermagem: enfoque na metodologia problematizadora. **Revista electrónica trimestral de Enfermería**. Murcia, v.14, n.37, pp.153-169, janeiro, 2015. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt\\_docencia2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_docencia2.pdf) Acesso em: 08/09/2017.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. BUSS, Paulo Marchiori. ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. **Promoção da Saúde e seus fundamentos**: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, Jairnilson Silva. ALMEIDA FILHO, Naomar (Org.). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. p. 305-326.

TAUIL, Pedro Luiz. Urbanização e ecologia do dengue. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. p. S99-S102, 2001. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000700018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000700018&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000700018>.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

## AGRADECIMENTOS

A toda a equipe da ESF envolvida nesta atividade, à gestão municipal de Várzea Alegre – CE, por sempre abrir espaço para a realização de atividades de promoção da saúde nos mais diversos espaços de interação social, aos colegas pela contribuição oferecida a este relato, ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/URCA) e aos Grupos de Pesquisa (GPCLIN/URCA e GRUPESC/URCA) por despertarem o desejo de modificar a prática diária dos serviços e profissionais de saúde, favorecendo à Promoção da Saúde das populações sob nosso cuidado.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## REPRESENTAÇÃO DE IDOSOS SOBRE O PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ORIENTAÇÃO E NO CUIDADO

Mônica Cordeiro Ximenes de Oliveira<sup>1</sup>, Brenna Pereira do Nascimento<sup>2</sup>

1 Mestrado em sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil

2. Acadêmica de fisioterapia no Centro Universitário Christus, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: brenna\_nascimento@hotmail.com

Palavras-chave: Envelhecimento. Cuidado. Agente de saúde.

### INTRODUÇÃO

A crescente expectativa de vida da população, de acordo com Lana e Schneider (2014), tem demonstrado aumento significativo no número de idosos, o que se reflete nas condições de saúde, morbidade e limitações funcionais, tal mudança está gerando grandes desafios para a sociedade, que precisa ser capaz de promover o envelhecimento saudável e ativo, bem como viabilizar recursos sociais e econômicos em todo o mundo.

No Brasil, segundo Mendes et al(2005) esse crescimento é cada vez mais relevante, e os efeitos desse aumento já são percebidos nas demandas sociais, na saúde e na previdência. O envelhecimento, na visão de Carvalho Filho, (2005) pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, em que há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, assim como maior prevalência de processos patológicos que demonstram maior incapacidade com as inúmeras perdas, incluindo papel social, renda, posição social, independência e estrutura anatômica, levando a uma maior vulnerabilidade a fatores internos e externos, os quais se predispõem ao risco de morbimortalidade.

Estima-se, complementa o autor, que, em 2050 esse crescimento chegue a um em cada cinco pessoas, tendo, assim, uma população maior de idosos do que crianças com menos de 15 anos. Torna-se evidente, para os autores acima, que esse número crescente de idosos tem trazido preocupações mundiais sobre a necessidade de implementação de novas políticas públicas que possibilitem a manutenção da independência funcional dessa população ao longo do envelhecimento. Essa faixa etária se caracteriza como uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada.

Nesse sentido, Velazco e Romero (2004) referem que, até o princípio da década passada, a legislação relativa à atenção dos idosos era fragmentada em ordenamentos jurídicos setoriais ou em instrumentos de gestão política, tendo como divisor de águas a primeira assembleia mundial sobre o envelhecimento ocorrida em 1982 em Viena, na qual foi o primeiro fórum global internacional centrado na questão do envelhecimento populacional. Essa questão resultou na aprovação de um plano global de ação, que estabeleceu uma agenda internacional de políticas públicas para população idosa e, sobretudo, garantiu a segurança econômica e social dos indivíduos idosos bem como identificou as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países, além de sensibilizar os governos e as sociedades do mundo todo para a necessidade de direcionar políticas públicas voltadas para os idosos. Ottoni (2012) diz que surgiram a partir de então, no Brasil, diversas políticas, beneficiando o idoso: em 1993 – a Lei Orgânica de Assistência Social; 1994 – a Política Nacional do Idoso; 2003 -o Estatuto do Idoso e, em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

O estatuto que veio para regular os direitos das pessoas idosas em múltiplas esferas e dimensões, fruto da organização e mobilização dos aposentados, pensionistas e idosos vinculados a diversas associações, além de representantes religiosos. Valente (2015) esclarece que a velhice é dependente de fatores, e sua suscetibilidade física e emocional depende de uma complexa inter-relação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais. Lourenço (2008) ainda é mais direto, visto que, entende que a preservação da autonomia e da independência é, hoje, considerada o aspecto fundamental na avaliação da saúde de idosos e que é importante preservar a capacidade de decidir - autonomia - assim como a de executar as tarefas de autocuidado e aquelas associadas à vida de relação com a sociedade – independência.

No entanto, segundo Oliveira e Menezes (2011), apesar de as políticas nacionais enfatizarem a importância do atendimento ao idoso no âmbito do domicílio, os serviços de atenção básica ainda não oferecem uma assistência voltada para as questões do idoso frágil considerando-se igualmente importante que haja compreensão acerca da fragilidade e suas representações sobre o “ser frágil” por parte do próprio idoso que vivencia. Lana e Schneider (2014) reforçam que a literatura em Geriatria e Gerontologia vem mostrando a importância da fragilidade entre os idosos, pois impulsiona o risco de quedas, incapacidade, hospitalização e até a morte do idoso.

Mari et al (2016) complementa que, com o aumento da longevidade, o desafio é viver mais, de forma mais saudável e com maior qualidade de vida. Nesse sentido, as repercussões do envelhecimento para a sociedade são consideráveis, especialmente no que diz respeito à saúde. Diante dessa realidade compreendemos que o conhecimento sobre a qualidade de vida e o envelhecimento requerem uma interpretação mais abrangente e adequada pois o conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Com esse novo olhar, sobre essa faixa, etária as políticas nacionais enfatizam a importância do atendimento ao idoso no âmbito do domicílio. Entretanto, os serviços de atenção básica, normalmente, não oferecem uma assistência voltada para as questões do idoso frágil. Para Silva e Ribeiro (2009), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm um papel importante nesse processo de cuidado e se torna importante dentro da comunidade em que reside e atua, sendo um elo entre os moradores e a Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que eles residem na localidade de atuação e conhecem, realmente, os problemas enfrentados pela comunidade, as demandas e as necessidades peculiares de cada morador.

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), visando suprir as necessidades do idoso, vem contribuir na melhoria das condições de saúde deste grupo de pessoas, tendo a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como apoio para uma assistência efetiva, na prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas (BEZERRA, ESPÍRITO SANTO, BATISTA, 2005).

Desta maneira o Agente de Saúde muitas vezes é o profissional vinculado a Estratégia Saúde da Família que através das suas visitas às famílias assistidas pelo programa supri as necessidades do idoso, visto que, contribui na melhoria das condições de saúde deste grupo de pessoas informando sobre medicações, vacinas e quanto à importância das visitas a Unidade Básica de Saúde quando esse idoso ainda tem condições de locomoção.

Considerando-se a problematização acima sobre o objeto de estudo tivemos como objetivo conhecer as representações de idosos sobre o papel dos agentes comunitários de saúde na orientação e no cuidado.

## **METODOLOGIA**

Ao desenvolver um estudo qualitativo, cabe ao pesquisador a grande responsabilidade de estar atento à própria criatividade, à flexibilidade e à capacidade de perceber-se como sujeito da pesquisa, uma vez que ele representa, neste momento, um núcleo gerador de pensamento que o torna inseparável da pesquisa. Optou-se, assim, pela pesquisa de campo de natureza qualitativa, nos meses de julho e agosto de 2017, realizado em uma Comunidade em Fortaleza onde as ACS fazem suas visitas.

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturada com cinco idosos que tenham recebido a visita domiciliar do ACS, no período do estudo, que concordaram em participar como voluntários e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram transcritos e analisados por meio da análise de narrativa visto que essa descrever o significado e permite livre interpretação a ser feita pelos próprios informantes. A pesquisa seguiu os aspectos éticos estabelecidos na Resolução 466/12 e obteve parecer do CEP com o número 2.192.067.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Quando perguntados sobre a atenção recebida pelo agente, esses aparecem como profissionais presentes e atuantes, os participantes dizem receber mais visitas do agente comunitário do que dá equipe da unidade básica, afirmando conhecê-los dentro do bairro como pessoa e como profissional e denotam um certo tom de carinho ao falar desse profissional como vemos nas narrativas a seguir: “ pra gente conseguir uma ficha tem que ir bem cedo, nós não que já somos dessa idade né tem aqueles dias que elas (ACS) marcam pra gente e se não for naquele dia que elas marcam pra gente que é nosso dia, a gente pega outros médicos” (idoso1); “se você disser que tem um exame pra mim, .um exame ou um retorno sabe, que não posso marcar, ela pega o papel, leva e marcar tudinho bem direitinho, vem deixar na casa da gente...eu vejo ela toda semana, quase todo dia passando aqui, você pode perguntar pra todo mundo da rua ai..” (idoso 2). Isso mostra que como Bezerra, Espírito Santo e Batista (2005) destacaram os ACS vêm se constituindo, na Escola de Saúde de Família, um segmento efetivo do trabalho em saúde e representam, normalmente, novos atores nos cenários da assistência.

No que refere ao segmento efetivo da produção dos serviços apresenta-se não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas, também, como peça essencial na organização da assistência. Quando perguntamos sobre o significado do papel dos agentes de saúde, os idosos se expressavam com dificuldades para dar significado ao papel do ACS, mas afirmam que quando precisam tirar suas dúvidas a respeito de atividades do posto de saúde(consultas, medicamentos, campanhas de vacinação) é ao ACS a quem recorrem: ” ela sempre

visita a gente. Ela faz muita coisa, assim... ela é muito presente, qualquer coisa que eu quero saber do posto ela me explica, me explica tudo (Idoso 3); “Ela vem perguntar alguma coisa...vem avisar das vacinas também. Ela sempre pergunta como o camarada tá, como não tá, se você não pode ir ou precisa de alguma coisa do posto e pedir um favor pra ela, ela faz pra você... uma ótima pessoa” (Idoso 4), “... tiro minhas dúvidas , eu pergunto e ela me explica direitinho, quando chega remédio, quando estão dando vacina, se eu to sentindo alguma coisa.....” (Idoso 5).

## CONCLUSÃO

Com o estudo compreendemos que, às vezes, apesar da dificuldade de expressar o papel do agente de saúde, os idosos têm consciência de sua importância e do trabalho que os mesmos fazem, nas orientações sobre a unidade básica na comunidade como também no cuidado de sua saúde.

A visita domiciliar demonstra ser um importante instrumento de assistência à saúde do idoso, a qual permite, além da realização de ações em saúde, a prevenção de complicações da doença crônica, torna-se também uma estratégia que favorece a criação do vínculo entre família e equipe de saúde. Com esse sentido, identificamos que há um reconhecimento afetivo por parte desses idosos no processo do cuidado realizado pelos Agentes de Saúde Comunitários.

A guisa de conclusão reconhecemos que as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, objetivam manter, ao máximo, o idoso na comunidade, junto de sua família, visto que, seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital, asilo, casa de repouso ou similar, pode ser considerado uma alternativa, somente quando falharem todos os esforços anteriores.

A pesquisa sinaliza que há necessidade dos profissionais da saúde estarem atentos ao processo de envelhecimento senil e planejarem estratégias de cuidado integrado em suas unidades. Nesse contexto, faz-se necessário que os profissionais das UBS passem a acompanhar os idosos fora das paredes da unidade e, sobretudo, devem ser mais atuantes dentro dos domicílios com o objetivo de promover atenção e saúde dentro das suas realidades.

## REFERÊNCIAS

- BEZERRA, A.F.B.; ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; BATISTA, M.F. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.5, p.809-15, out.2005
- DE CARVALHO FILHO ET. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 60-70.
- LANA, L.D; SCHNEIDER, R.H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p.673-680, 2014
- MARI, F.R; ALVES,G.G; AERTS, D.R.G.C; CAMARA, S. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia idade sobre o tema. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2016. v.19, n.1, p.35-44
- MENDES,M.R.S.S; GUSMÃO, J.L; FARO, A.C.M; LEITE, R.C.B; A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paulista enfermagem*. 2005; 18(4)422-426 .
- OTTONI, M. A. M. A trajetória das políticas públicas de amparo ao idoso no Brasil. 2012. 95 f. Dissertação (mestrado em desenvolvimento social)- Programa de pós-graduação em desenvolvimento social. Universidade Estadual de Monte Claros, Minas Gerais. 2012
- OLIVEIRA, L.P.B.A; MENEZES, R.M.P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.20, n.2, p.301-309, 2011 RIBEIRO, L.C.C; ALVES, P.B; MEIRA, E.P; Percepção do idoso sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Ciência Cuidado Saúde*. 2009; 8(2)220-227
- VELAZCO, M. M., ROMERO, M. C. Nueva visión del adulto mayor. La Habana, perspectiva y realidad, 2000. In: CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T.. *O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.
- VALENTE, M. Fragilidade: indicadores, aspectos clínicos e prevenção. In: NETTO, P.M; KITADAI, T.F. **A quarta idade: desafios da longevidade**. São Paulo: Atheneu, 2015. p.197-217

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos Agentes Comunitários de Saúde da Comunidade Serviluz e aos idosos que participaram da pesquisa. Sem a disponibilidade e o carinho de vocês não teríamos trilhado por esses caminhos que são tão bem conhecidos de vocês.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O SIGNIFICADO DO ENVELHECIMENTO E DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA O IDOSO ASSISTIDO PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Adriano de Oliveira Sousa<sup>1</sup>, Marylane Viana Veloso<sup>2</sup>, Rosilene de Sousa e Silva<sup>3</sup>, Tereza Cristina Araújo da Silva<sup>4</sup>, Thamyres Pio Rodrigues<sup>5</sup>, Vera Lúcia Evangelista de Sousa Luz<sup>6\*</sup>**

*1 Enfermagem, Faculdade Estácio de Teresina, Teresina-Piauí-Brasil.*

*2 Docente do Departamento de enfermagem, Faculdade Estácio de Teresina, Teresina-Piauí-Brasil,*

*3 Enfermagem, Faculdade Estácio de Teresina, Teresina-Piauí-Brasil.*

*4 Programa de Pós-graduação em enfermagem, mestrado acadêmico, Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí-Brasil,*

*5 Enfermagem, Faculdade Estácio de Teresina, Teresina-Piauí-Brasil, thamyres.piorodrigues@hotmail.com*

*6 Docente do Departamento de enfermagem, Faculdade Estácio de Teresina, Teresina-Piauí-Brasil,*

*E-mail: terezacris19@yahoo.com.br*

*Palavras-chave: Envelhecimento. Atenção à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem.*

### INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo os indivíduos passam por transformações, que podem ser consideradas como uma involução morfológica e funcional que afeta a maioria dos órgãos e leva a um declínio gradual no desempenho das suas funções. Essas transformações dizem respeito ao processo de “envelhecimento”. O aumento da população de idosos gera transformações nos valores e no modo como se percebe o processo de envelhecimento, havendo a necessidade de uma mudança no atendimento ao idoso, visto que o envelhecimento populacional traz novas necessidades e questões fundamentais para os profissionais que cuidam da população idosa (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

De acordo com a Organização das Nações Unidas - ONU são pessoas com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e 65 anos ou mais aquelas que residem em países desenvolvidos. Isso se justifica pela crença de que as pessoas de países desenvolvidos apresentam uma melhor qualidade e expectativa de vida, já pessoas de países em desenvolvimento na sua grande maioria não possuem uma boa qualidade de vida, tornando-se idosa mais precocemente idosos (UNITED NATIONS, 2009).

Segundo projeções “uma em cada 09 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 01 idoso em cada 05 pessoas por volta de 2050” (UNFPA, 2012, p. 3). No Brasil, o número de pessoas acima de 60 anos está em contínuo crescimento: em 2010 a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram idosos. Isto correspondia a 10,8% da população brasileira. Em 2012 esse percentual era de 12,6% da população, e passou para 13% em 2013. Em 2014, já eram 26,1 milhões de idosos no país (IBGE, 2013).

Um dos principais determinantes dessa acelerada transição demográfica que está acontecendo no Brasil é a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos. Assim, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque (MENDES, 2011).

Ao abordar-se a saúde da pessoa idosa, é importante se considerar os aspectos relacionados à senescência que corresponde a um processo progressivo, universal, irreversível, sequencial, individual e não patológico, e os relacionados a senilidade que corresponde a um processo de envelhecimento caracterizado como uma condição patológica, que pode ser desencadeada por estresse emocional, acidente e/ou doenças (CIOSAK et al., 2011; CATAPAN et al., 2014; CATANHO, 2011).

O envelhecimento pode ou não estar relacionado a doenças e incapacidades. Entretanto, já é comprovada a prevalência de doenças crônico-degenerativas na população idosa. Mas também, já é relatado na literatura que as doenças crônicas e suas incapacidades são passíveis de uma ação preventiva, ou seja, não são consequências inevitáveis do envelhecimento. Diante disso, é notório a necessidade da realização de atividades que promovam a saúde e previnam os agravos nessa parcela da população, visando estabelecer um envelhecimento ativo e saudável (SILVA, SANTOS 2014; OLIVEIRA et al., 2014).

O aumento do número de idosos nos países desenvolvidos ocorreu de forma gradual, acompanhado da melhoria das condições de vida da população por meio da implantação de políticas sociais para garantir a qualidade de vida do idoso. Nesse cenário, pela Lei 8.842/94, foi criada a Política Nacional do Idoso (PNI), que foi regulamentada pelo Decreto 1948/96, que veio a estabelecer os direitos sociais, integração e participação dos

idosos na sociedade, a garantia da autonomia, considerando que o idoso é um sujeito de direitos e que requerem atendimento diferenciado em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas (SILVA, NASCIMENTO, 2015).

Em 2003, objetivando garantir a atenção à saúde e direitos da pessoa idosa, foi sancionado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003). O Ministério da Saúde (MS), em 2006, aprovou o “Pacto pela Saúde” do SUS, visando pactuar novos compromissos e responsabilidades em nível Federal, Estadual e Municipal. Nesse momento, foram estabelecidas seis prioridades, dentre elas, a atenção à saúde do idoso. A partir daí, foi revista e estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), abrangendo ações coletivas e individuais de saúde com finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos (COSTA et al., 2015).

Um dos níveis para desenvolvimento dessas ações coletivas e individuais com vistas a saúde da pessoa idosa é a Estratégia Saúde da Família (ESF), firmada como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica (AB), planejada para promover uma reorientação da saúde da população, objetivando a promoção, prevenção e recuperação da saúde e ainda visando uma assistência de saúde diferenciada aos grupos populacionais constituintes da comunidade, entre os quais se destaca os idosos (SILVA, SANTOS, 2014).

Logo a ESF surge como um local de possibilidades e de suporte para os profissionais de saúde trabalharem diretamente com a população de idosos, bem como entender as alterações que ocorrem no processo de envelhecimento, assim como no surgimento de novas necessidades ou readequação de cuidados de saúde, considerando as especificidades de cada idoso (SOUZA, 2013; NEVES 2014).

O presente estudo teve como objetivos identificar, descrever e discutir o significado do envelhecimento e da atenção à saúde para o idoso assistido pela Estratégia Saúde da Família; partindo da premissa que a real compreensão do envelhecimento e da atenção à saúde pelo idoso assistido no âmbito da atenção primária em saúde permite melhor planejamento e aplicabilidade das políticas, programas e cuidados de saúde direcionada a esse grupo etário.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e abordagem qualitativa, que teve como cenário de pesquisa uma unidade básica de saúde (UBS) da Diretoria Regional de Saúde Leste/Sudeste do município de Teresina no estado do Piauí. A UBS em questão possui 06 equipes da estratégia saúde da família, que desenvolvem atendimento a comunidade em vários programas definidos pelo Ministério da Saúde, dentre eles o programa do Hiperdia e o Programa de Assistência à pessoa idosa. Os participantes do estudo foram 12 idosos de ambos os sexos com 60 anos ou mais de idade que foram realizar consultas (demanda espontânea) na UBS e que aceitaram participar da pesquisa mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, que possuíam função cognitiva preservada verificada pela aplicação do Mini Exame do Estado Mental-MEEM.

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado elaborado pelos próprios autores. Para registro das entrevistas, foi utilizado um gravador, conforme aceite dos participantes, com a finalidade de reproduzir de forma fidedigna as respostas dadas pelos idosos durante a entrevista para posterior transcrição e análise dos dados. As informações obtidas nesse estudo foram analisadas por meio da técnica de análise temática, seguindo as fases de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados/ Inferência/ Interpretação. Esse estudo seguiu as normas e diretrizes da resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, por meio do qual foram resguardados os interesses dos sujeitos envolvidos, os quais tiveram suas identidades e endereços mantidos em sigilo, afim de se preservar o anonimato dos mesmos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram do estudo 12 idosos, sendo 07 (58,3%) do sexo masculino e 05 (41,7%) do sexo feminino, com idade que variou entre 60 a 72 anos (sessenta a setenta e dois anos). Destes, 09 (75%) eram casados, 01 (8,3%) viúvo, 01 (8,3%) solteiro e 01 (8,3%) com união estável. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 09 (75%) tinham ensino fundamental incompleto, 01 (8,3%) com ensino fundamental completo e 02 (16,7%) possuíam ensino médio completo. Quanto à renda, 10 (83,3%) recebiam até dois salários mínimos e 02 (16,7%) acima de dois salários mínimos.

Após incessante leitura e releitura das falas dos participantes da pesquisa, extraíram-se as unidades de significação que possibilitaram a formação de duas categorias temáticas: “Significações do envelhecimento na percepção de idosos assistidos pela estratégia saúde da família” e “Atenção à saúde: dualidade na percepção do idoso quanto a assistência recebida na estratégia saúde da família”.

No que concerne as “Significações do envelhecimento na percepção de idosos assistidos pela estratégia saúde da família”, observou-se com base nos depoimentos dos participantes da pesquisa que a visão sobre o



envelhecimento construída pelo idoso não é única a todos os indivíduos, mostrando-se multifacetada, sendo vislumbrada sob uma ótica positiva por uns e negativa por outros.

Isso se justifica pelo fato de que, segundo Faller, Teston e Marcon (2015), as crenças e características pessoais destacam-se por fazer com que a velhice seja heterogênea, particular, sobretudo no que concerne as significações do envelhecimento para a sociedade e para o próprio idoso. A forma como o indivíduo vislumbra o envelhecer está a depender da história pessoal de cada um, das dificuldades enfrentadas, do contexto em que está inserido e da rede de apoio familiar e social.

Foi possível se identificar no discurso de alguns idosos participantes um aspecto religioso no que tange a concepção de se atingir a longevidade. Para eles chegar à idades mais avançadas é uma dádiva divina. Além disso, ainda sob uma ótica positivista o envelhecimento pode ser ainda vislumbrado como um momento de novas aprendizagens, novas experiências, bem como o momento de se assumir uma posição de conformismo e aceitação do que lhe é vindo nessa fase da vida.

Para Garbin et al (2010) o idoso ao perceber e aceitar que o envelhecimento é um processo natural do ciclo vital do homem, adapta-se melhor ao processo do envelhecer, mantendo-se de forma otimista e saudável, conseguindo deste modo, ver a velhice como uma fase de experiências acumuladas, de maturidade e liberdade para se assumirem, bem como para se libertar de certas responsabilidades. Portanto, considerar a mudança de conceitos que a sociedade vem sofrendo acerca do envelhecimento é uma maneira de se envelhecer bem e com saúde, alegria e bem-estar, deixando de lado a associação do envelhecimento a doenças, perdas, limitações e sofrimento.

No que diz respeito a visão negativa do envelhecimento pelo idoso, observou-se a forte associação dessa fase específica do ciclo vital à uma fase caracterizada pela fragilidade do indivíduo e uma maior propensão ao acometimento por doenças; representando um momento de grandes desafios e limitações. Esta visão do idoso acerca do envelhecer, por vezes, decorre de informações equivocadas, que acabam por gerar significados e imagens negativas, comprometendo a vivência e a interação deste com outras pessoas (GUERRA; CALDAS, 2010).

Alguns dos idosos demonstraram ainda uma não aceitação e grande insatisfação diante do processo de envelhecimento vivenciado, relacionando este período a mudanças regressivas e negativas e associando-o a limitações físicas, dependência emocional e psicológica, doenças crônicas, presença de dores frequentes, perdas financeiras, perdas dos familiares e amigos. Esses fatores associados a aproximação da morte dificulta a concepção do envelhecimento como um processo natural e esperado do curso natural da vida.

De acordo com Barreto, Carreira e Marcon (2015), o envelhecimento é um processo individual, multifatorial e de alterações inerentes a cada idoso. Nessa fase, agrega-lhe algumas doenças como hipertensão, artrose, bursite e esteatose hepática, implicando assim, diretamente na habitualidade normal de vida e repercutindo de forma negativa no seu modo de viver e enxergar o envelhecimento. Contudo, é deixado no esquecimento que muitas das comorbidades manifestadas pelo idoso, são reflexos de hábitos de vida não saudáveis seguidos ao longo da vida, que poderiam ter se manifestado em qualquer fase do ciclo vital, não especificamente apenas após os 60 anos de idade.

Identificou-se ainda que para alguns idosos, o envelhecimento é visto apenas como uma mudança da fase adulta para velhice e em consonância a essa mudança, eles vão ficando cada vez mais frágeis, diminuindo as forças, tornando-se um indivíduo com limitações e por isso merecedores de prioridade.

Portanto notou-se que o processo de envelhecimento pode ser vivenciado e compreendido como uma fase boa ou ruim da vida, a depender do ponto de vista de quem a está vivenciando, sob influência de vários aspectos, desde socioculturais à econômicos; que irão influenciar a forma como esse idoso se estabelece em seu entorno social (GUERRA; CALDAS, 2010). Portanto o significado do envelhecimento se torna difícil de ter uma única definição, pois se apresenta de forma impar permitindo uma percepção particular e heterogênea.

Quanto a “Atenção à saúde: dualidade na percepção do idoso quanto a assistência recebida na estratégia saúde da família”, é importante ser enfatizado que a ESF é considerada como nível assistencial preferencial de acesso ao cuidado do idoso, possibilitando assim a prestação de atenção integral às necessidades de saúde dos idosos e proporcionando resolutividade em relação aos problemas de saúde da população. Desse modo, é de grande relevância o questionamento sobre o que pensam os idosos em relação à atenção à saúde prestada pela ESF.

Alguns dos idosos participantes manifestaram uma certa insatisfação quanto a assistência prestada pelo serviço de saúde e reconheceram a existência de fragilidade e descontinuidade na atenção à saúde. Os depoentes atribuíram o inadequado gerenciamento político do sistema e a falta de integralidade da assistência como os principais responsáveis por uma assistência defasada e incapaz de suprir suas necessidades.

Para Barros, Maia e Pagliucia (2011) atender ao idoso de forma integral é preocupar-se com os aspectos do processo saúde-doença por ele vivido, precisando atendê-lo em suas necessidades físicas, emocionais e sociais,

oferecendo-lhe uma assistência de saúde condizente com suas reais necessidades e impactando expressivamente na assistência à saúde prestada.

De acordo com Casagrande et al (2015) para oferecer um serviço de saúde com qualidade ao idoso, é preciso que os gestores e demais profissionais da saúde promovam de forma contínua, a manutenção da qualidade do atendimento em todos os níveis, oferecendo e garantindo um serviço de saúde capaz de suprir as necessidades reais do idoso.

A descontinuidade na prestação dos serviços, é referida nos relatos dos participantes quanto à espera de meses para a marcação de consulta especializada e a complicação para a realização de um simples exame, como a avaliação do nível de glicemia. Essa situação fortalece ainda mais a ideia de que a integralidade da assistência se faz necessário na agilidade e resolução de problemas demandados por essa clientela.

Frente aos discursos dos idosos participantes da pesquisa, observou-se também que há certo grau de satisfação por parte de alguns dos idosos entrevistados. Um ponto positivo apontado por eles foi a inclusão da família na abordagem da saúde do idoso. Em contrapartida, fica claro, através dos discursos que não ocorre uma uniformização dos trabalhos, que ainda há carências de determinados atendimentos dentro da ESF, implicando no não cumprimento do princípio da Integralidade na saúde da pessoa idosa.

Com base no exposto, acredita-se que a assistência à saúde do idoso prestada pela ESF contempla parcialmente as necessidades da população idosa da unidade de saúde analisada, tendo em vista, a insatisfação demonstrada nos seus discursos. Fato que nos remetem acreditar na necessidade de medidas mais eficazes na ampliação da visão para as demandas dos idosos e familiares, considerando suas estruturas, dinâmicas, expectativas e necessidades reais, além da melhoria dos gestores aprimorando e aplicando políticas públicas de saúde voltada ao idoso.

## CONCLUSÃO

Percebeu-se que o significado do envelhecimento e da atenção à saúde na concepção dos idosos participantes dessa pesquisa, não acontece de forma uniforme, uma vez que o processo do envelhecimento é multicausal, multifatorial, inerente e ao mesmo tempo particular a cada idoso. Dessa forma, tanto o envelhecimento como a assistência à saúde do idoso, passarão a ser tratados no âmbito da saúde de forma pluralista, em consonância com o alvitre e exiguidade vivenciada pelo idoso.

Os participantes deste estudo associam o processo do envelhecimento ao surgimento de doenças, problemas, benção divina, limitações dentre outras. Em relação à assistência à saúde que lhe é prestada pela ESF, tem-se uma dualidade de significados, pois apontam aspectos positivos e negativos. Nesse sentido, a busca desses conhecimentos permite reorganizar e oferecer serviços de saúde integral ao idoso, possibilitando suprir as suas reais necessidades, bem como oferecer qualidade na assistência prestada.

Portanto, conhecer as faces do envelhecimento e a realidade da atenção à saúde prestada pela ESF ao idoso, permite aos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, conhecer as necessidades reais do idoso e a partir disso adotar medidas e ações que se adequem a assistência de saúde integral, e resolutiva para o idoso.

Dessa forma, espera-se que com esse estudo possa se contribuir com informações para o meio acadêmico, para os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, para uma nova visão a respeito do significado do envelhecimento e da atenção à saúde para o idoso assistido pela ESF, bem como para reflexão das atividades desempenhadas por este profissional diante dos desafios e possibilidades na prestação de um cuidado holístico, humanizado e sistematizado.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.18, n.1, p. 325-339, jan./mar, 2015.
- BARROS, T. B. B.; MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F. facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene, Fortaleza**, v.12, n.4, p.732-41. 2011.
- BRASIL. Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 - Projeção a população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030**. Rio de Janeiro, 2013
- CATANHO APFT. Envelhecimento activo: um desafio para os idosos não institucionalizados. Dissertação de Mestrado. Universidade da Madeira. Funchal – Portugal, 2011.
- CATAPAN, N. R et al. Compreendendo a senescência na ótica da sexualidade feminina. **Ciência et Praxis**; v.7,

n.14, p.19-24, 2014.

CIOSAK, S.I, BRAZ E, COSTA MFBNA, NAKANO NGR, RODRIGUES J, ALENCAR RA, ROCHA ACAL. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.1763-1768, 2011.

COSTA, N. R. C. D et al. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. **Rev Pesq Saúde**, v.16, n.2, p. 95-101, 2015.

FALLER, J. W.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n, 1, p. 128-137, 2015.

FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). HELPAGE INTERNATIONAL. **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio**. ONU, 2012. Internet survey. **J Orthop Sci**, v. 19, p. 792-97, 2014.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, set. 2010.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, set. 2010.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H.. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 358-365, abr./ jun. 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

NEVES LNSL. Saúde do idoso na atenção básica: uma revisão sistemática. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande – PB, 2014.

OLIVEIRA, A, et al. A intersetorialidade nas políticas públicas para o envelhecimento no Brasil. **Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 91-103, 2014.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. A consulta de enfermagem ao idoso na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Ciêncuid saúde**. v.13, n.1, p.49-57, jan./mar. 2014.

SOUZA, R. A. Vulnerabilidade social e Funcionalidade Familiar de Idosos com Sintomas Depressivos. São Paulo: 2013. 110p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da universidade de São Paulo, 2013.

UNITED NATIONS. **Department of Economic and Social Affairs**.Population division. World Population Prospects: the 2008 revision: highlights. Key findings.New York, 2009.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA GESTANTES PORTADORAS DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

I Camila Azevedo Rodrigues Pinto<sup>1</sup>, Isis Bezerra Nobre<sup>2</sup>, Raquel Ferreira Gomes Brasil<sup>3</sup>, Diogo Evangelista Leal<sup>4</sup>

1 Graduada em Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil [camilabutheca@hotmail.com](mailto:camilabutheca@hotmail.com)

2 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do trabalho, Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

3 Mestre em Enfermagem na Universidade Federal de Fortaleza(UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil

4 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica, Centro Universitário Unichristus, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: [camilabutheca@hotmail.com](mailto:camilabutheca@hotmail.com)

Palavras-chave: Enfermagem. Pré – eclâmpsia. Diagnósticos de enfermagem. Hipertensão induzida pela gravidez.

### INTRODUÇÃO

A gestação consiste em um período de mudanças no organismo da mulher que é caracterizado como um fenômeno fisiológico. No entanto, em algumas gestantes podem ocorrer agravos em seu percurso colocando em risco a sua saúde e a do bebê (SAMPAIO et al, 2013).

Temos o pré-natal como principal forma de conhecimento materno ao parto e puerpério, que nos possibilita a prevenir e detectar alterações da gestação, assim, podendo tratá-las de forma precoce, consequentemente diminuindo os danos e perdas à mãe e ao feto (CARVALHO et al, 2004).

As Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG), segundo o Ministério da Saúde, são classificadas em: Hipertensão crônica, Pré-eclâmpsia/eclâmpsia, Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, Hipertensão gestacional (BRASIL, 2012). As SHG causam um grande impacto tanto na saúde da gestante, quanto, na saúde do neonato, e muitas vezes se não for realizada a assistência adequada, leva-se ao óbito fetal.

As SHGs ocupam o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal e é a primeira causa de morte materna, principalmente quando se desenvolve em uma de suas formas mais graves, como a eclâmpsia e a síndrome de HELLP, interferindo de forma expressiva na gestação de mulheres primíparas e múltíparas. Contudo, podemos observar o quanto é fundamental a assistência de enfermagem individualizada com esta paciente, a identificação de um diagnóstico precoce, juntamente com as intervenções necessárias, são de suma importância para uma gestação de menos risco, tanto para mãe quanto para o feto (AGUIAR et al. 2010).

As intervenções de enfermagem na área de obstetrícia baseiam-se na prestação de cuidados para a prevenção de complicações. Assim, identificar essas mulheres, verificar o período, e descobrir por qual motivo elas estão indo a óbito no período gravídico-puerperal é de grande relevância. (HERCULANO et al. 2011)

As SHGs variam em gravidade, como também os achados clínicos, com isso a avaliação de enfermagem é de suma importância para o controle de condições da gestante. Quando não há ocorrências na gestação, a pressão sanguínea permanece normal e não há proteína na urina, a maioria das gestantes apresentam edemas nas extremidades inferiores. Isso acontece devido à pressão causada pelo útero na veia cava inferior e ao relaxamento da musculatura lisa dos vasos sanguíneos. Porém, ao apresentaredema da face e das mãos é um sinal de alerta, pois essa é uma característica de edema generalizado da hipertensão, e esse sinal é observado por um ganho de peso de mais de 900 gramas por semana. Aqui no Brasil, já consideramos sinal de alerta gestantes com aumento de peso por semana, de 500 gramas (FERREIRA; CAPANA, 2004).

Depois de todas as evidências mostrando a gravidade das SHGs, foi necessária a implementação de Políticas Públicas, com o objetivo de atender a mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as características e necessidades de cada uma delas. Na década de 80 foi criado o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), que tem como foco atenção ao pré-natal, planejamento familiar e melhora da atenção à saúde da mulher, na tentativa de reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal. A consequência disso foi uma queda de 8,7% da mortalidade infantil em crianças com até um ano de idade e de 7,3% da mortalidade neonatal (SILVA et. al, 2011).

Visto a importância da prevenção das SHGs e a participação do enfermeiro na assistência à mulher, nos deparamos com o seguinte questionamento: quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na prevenção e cuidados com as gestantes vulneráveis SHGs?

Para realizar esta pesquisa, escolhemos o método de revisão integrativa da literatura, destacando as principais contribuições de pesquisas feitas pela Enfermagem brasileira em relação às estratégias de prevenção das SHGs, com o objetivo de melhoria da assistência de enfermagem.

## METODOLOGIA

Esse estudo será realizado através do método de revisão integrativa, tem como foco uma abordagem qualitativa mediante as intervenções de enfermagem na área de obstetrícia, contribuindo na melhoria da prevenção de complicações das Síndromes Hipertensivas da Gestação (SHG), realizando consultas de artigos sobre as SHGs relacionados às condutas de enfermagem, para assim chegar ao objetivo final de reunir o conhecimento científico sobre essa temática.

Para realização desta revisão integrativa, serão seguidos os passos sugeridos por Whitemore e Knafl (2005) : formulação da questão de pesquisa (etapa 1); coleta de dados ou busca na literatura (etapa2); avaliação dos dados ou artigos (etapa 3); análise e interpretação dos artigos (etapa 4) e a interpretação (etapa 5).

Levantado a questão: quais as intervenções de enfermagem na assistência às gestantes com SHGs?

A pesquisa foi realizada na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para a busca foram utilizados os seguintes descritores: enfermagem *and* pré – eclampsia, diagnósticos de enfermagem *and* hipertensão induzida pela gravidez. Foram selecionados artigos entre 2009 e 2011, artigos originais, publicados no idioma português. Utilizamos o indicador booleano em todos os cruzamentos dos descritores.

As publicações selecionadas foram avaliadas por base da classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), onde as publicações são classificadas, segundo as forças de evidências.

No nível I encontram-se as evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados; no nível II, os ensaios clínicos randomizados bem delineados; no nível III, os ensaios clínicos bem delineados sem randomização; no nível IV, estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; no nível V, as revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; no nível VI os estudos descritivos ou qualitativos; e nível VII, as opiniões de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Os estudos apresentados no quadro a seguir, depois de selecionados, foram analisados e sintetizados a partir de algumas características: a identificação do estudo, ano de publicação, autoria, tipo de estudo, nível de evidência e local. Além da caracterização das publicações, foram apresentados os principais resultados encontrados em estratégias de prevenção das SHGs.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão integrativa, analisamos quatro artigos científicos que atenderam rigorosamente a seleção da amostra previamente estabelecida. A seguir, serão apresentadas as características de cada artigo: periódicos, ano, cidade, autoria, tipo de estudo e níveis de evidência (Quadro 1).

QUADRO 1 – Distribuição dos artigos selecionados quanto ao periódico, ano, cidade, autoria, tipo de estudo e níveis de evidência.

ARTIGO	PERIÓDICO / ANO	BASE DE DADOS	CIDADE / PAÍS	AUTORIA	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
1	J Health Sci Inst./ 2010	LILACS	Santos/ Brasil	Lima, E. M. A. et al.	Qualitativo	VI
2	Rev. Rene./ 2010	LILACS	Fortaleza/ Brasil	Aguiar, M. I. F. et al.	Descritivo	VI
3	Rev. Rene./ 2011	LILACS	Fortaleza/ Brasil	Herculano, M. M. S. et al.	Relato de experiência	VI
4	Rev. Min. Enferm./ 2009	LILACS	C u i a b á / Brasil	Reiners, A. A. O. et al.	D e s c r i t i v o / exploratório	VI

Observou-se que as publicações são recentes e ocorreu entre 2009 e 2011, sendo maioria deles publicados nos últimos cinco anos, o que mostra aliado ao número reduzido de estudos na amostra, que esta é ainda uma temática incipiente, porém que tem despertado interesse de pesquisadores.

Nesse estudo, predominam as publicações brasileiras, que foi um critério de inclusão que os estudos estivessem em língua portuguesa.

Nos estudos presentes, observou-se um nível de evidência baixo (nível VI) entre as publicações, que consiste em estudos descritivos quantitativos ou qualitativos. Assim, sugere-se que a temática ainda necessita ser estudada em pesquisas com nível de evidência maiores.

QUADRO 2 – Distribuição dos artigos selecionados quanto à população e amostra, objetivo, cuidados à gestantes com SHGs e conclusão. Fortaleza-CE, 2015.

Artigo	População/ Amostra	Objetivo	Cuidados a mulheres com SHGs	Conclusão
1	10 profissionais graduados em Enfermagem todos do gênero feminino.	Identificar as percepções dos enfermeiros sobre a identificação dos sinais e sintomas sugestivos das SHGs em nível de atendimento primário, e quais orientações que o enfermeiro dá à gestante com sinais e sintomas das SHGs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar prioridade no atendimento.</li> <li>- Solicitar proteinúria de 24horas.</li> <li>- Administrar a medicação conforme alguma prescrição.</li> <li>- Orientar a gestante sobre uma mudança de hábito necessária e sobre o tratamento.</li> </ul>	Conclui-se que os enfermeiros têm conhecimento téc - nico/ científico para reconhecer os sinais sintomas sugestivo das SHGs e suas orientações para prevenir o mau prognóstico são muitíssimo importantes para a gestante.
2	15 gestantes selecionadas por amostra casual simples, com diagnóstico médico de SHG e faixa etária a partir de 18 anos.	Elaborar um formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) à pacientes com SHGs a partir da identificação de diagnósticos de enfermagem (DE) da NANDA.	<p>Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado.</p> <p>Manter sistema fechado de drenagem urinária.</p> <p>Trocar o sistema de drenagem urinária a intervalos regulares (15 em 15 dias).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar características da drenagem urinária.</li> </ul> <p>Obter amostras de urina através do orifício do sistema fechado de drenagem urinária.</p>	Viu-se a necessidade da implementação de uma sistematização de enfermagem voltada para este grupo de pacientes, que é considerado de risco devido às particularidades da patologia, sintomatologia, respostas clínicas das pacientes, e, principalmente, as consequências que a SHEG pode trazer ao binômio mãe-filho.
3	Uma gestante com diagnóstico médico de pré-eclâmpsia.	Descrever a experiência da utilização de taxonomias de enfermagem em associação aos fundamentos teóricos de Orem na assistência a uma gestante de alto risco.	<p>Uso de estratégias terapêuticas de comunicação.</p> <p>Preparação para a indicação do parto.</p> <p>Informação e apoio para facilitar o nascimento.</p> <p>Cuidados na gravidez de alto risco.</p>	A aplicação do processo de enfermagem evoluiu do sistema totalmente compensatório para o sistema apoio- educação, demonstrando a aplicabilidade da sistematização fundamentada em Orem no cenário do estudo.
4	10 gestantes	Levantar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em gestantes hipertensas de um hospital universitário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver ações educativas com as grávidas para que adquiram conhecimentos e desenvolvam atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado na gestação, em relação à hipertensão e à saúde em geral.</li> <li>- Esclarecer sobre o estado de saúde da gestante e do bebê, bem como sobre os cuidados que lhes serão dispensados.</li> </ul>	A identificação desses diagnósticos permitiu o vislumbre dos problemas de enfermagem que as gestantes hipertensas da unidade pesquisada têm apresentado, bem como apontou para a necessidade de incrementar a prática de educação em saúde voltada para essa clientela.

## CONCLUSÃO

Com esse estudo, é notória a importância do acompanhamento do enfermeiro com as gestantes. O cuidado vai além de apenas tratar os sintomas após descoberta da referida patologia, mas sim, os cuidados e orientações para prevenir e tratar com agilidade tais sintomas.

A equipe de enfermagem é fundamental no papel de acompanhamento dessas pacientes. Conhecer o paciente de forma holística facilita no cuidado humanizado e assim o enfermeiro pode atuar de forma global e oferecendo todos os cuidados possíveis que o profissional é capacitando, colocando a implementação dessas intervenções estudadas e as possíveis traçadas para o paciente.

Estudos como este são relevantes pois visam instigar e a produção científica direcionada à esta temática, já que percebemos a dificuldade de encontrar achados relacionados aos cuidados de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. I. F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez 2010.
- HERCULANO, M. M. S. et al. Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. *Rev Esc Enferm USP*; 46(2):295-301, 2012
- SILVA, K. V. G. et al. Hipertensão gestacional: conduta do profissional enfermeiro. Governador Valadares, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. p. 27
- FERREIRA, M. E.; CAMPANA, H. C. R. Assistência de enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez. **Revista Uningá**, Nº 01, p. 39-46, jan./jun 2004.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e força para realizar o árduo trabalho, aos amigos que desenvolveram esse trabalho de forma conjunta e harmoniosa durante o processo de pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NA PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL NO ENSINO SUPERIOR

Livia Keismanas de Avila<sup>1</sup>

*1 Doutora em Enfermagem em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). São Paulo – S.P. – Brasil*

*E-mail: livia.avila@fcmsantacasasp.edu.br*

*Palavras-chave: Educação Ambiental. Desenvolvimento Sustentável. Promoção da Saúde. Formação em Saúde.*

### INTRODUÇÃO

A formação do profissional da área da saúde integra a percepção de processo saúde-doença e as formas de enfrentamento que perpassam o conceito ampliado de saúde e seus condicionantes e determinantes, ou seja, a visão da determinação social da doença.

O Relatório do Desenvolvimento Humano de 2016 aponta que as iniquidades sociais se configuram como determinantes no processo de adoecimento e que, apesar dos avanços econômicos, o mundo segue enfrentando numerosos e complexos problemas de desenvolvimentos como as desigualdades, extremismo violento, desigualdade de gênero, escasses da água e desastres naturais. Alguns deles estabelecem uma relação mútua como é o caso da mudança climática e sua influência redução da segurança alimentar e a urbanização e o aumento da marginalização da população pobre (PNDU, 2016).

Do ponto de vista ambiental, a lógica econômica de utilização do ambiente na atualidade se configura como aumento das desigualdades sociais. Considerando que o meio ambiente se constitui como uma “soma total das condições externas circundantes no interior dos quais um organismo, uma condição, uma comunidade ou objeto existe” (ART, 1998), podemos inferir que as condições externas caracterizadas pelas ações do meio ambiente influenciam a vida ou a totalidade dos organismos na sociedade, bem como a sustentação das populações de todos os tipos.

No âmbito da promoção da saúde, de acordo com LABONTE (1996) há três maneiras de se agrupar os problemas de saúde. Esses problemas podem ser agrupados na perspectiva “biomédica”, em que as ações em saúde são estruturadas baseadas na doença e voltada para o tratamento dos sintomas e erradicação da doença; na perspectiva da “prevenção de doenças”, em que há um incentivo aos comportamentos saudáveis na prevenção do adoecimento; e, por último, na perspectiva “socioambiental”, visando a criação de entornos físicos e sociais que favoreçam a saúde e o bem estar dos indivíduos e, portanto, a estruturação de políticas públicas saudáveis.

Na perspectiva socioambiental se tem a iniquidade social como determinante do processo saúde-doença, que se constitui um dos pilares de enfrentamento para o desenvolvimento sustentável. Com o propósito de “acabar com a pobreza e a fome em todos os lugares; combater as desigualdades dentro e entre os países; construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas; proteger os direitos humanos e promover a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas; e assegurar a proteção duradoura do planeta e seus recursos naturais”, na agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável foram estabelecidos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com 169 metas integradas e indivisíveis (ONU, 2015).

Nesse sentido, estabelecer ações de educação ambiental que valorizem os ODS em sua percepção crítico e reflexiva proporcionam maior entendimento dos processos de saúde e adoecimento da população e no enfrentamento das desigualdades sociais.

### METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da atividade crítico e reflexiva em ambiente acadêmico e curricular optou-se por seguir o modelo da metodologia da problematização, por meio de uma adaptação da estratégia do Arco de Charles Maguerez (BORDENAVE & PEREIRA, 2004).

Na primeira etapa – **Observação da Realidade** - os alunos do 1º semestre (2017) do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) foram divididos em quatro grupos. Para que os alunos pudessem olhar atentamente a realidade e, a partir disso, escolher aspectos que precisem ser desenvolvidos, trabalhados, revisados e melhorados, foi lhes apresentado os conceitos de saúde ambiental, meio ambiente, educação ambiental, promoção da saúde, desenvolvimento sustentável e os ODS, com especial atenção ao ODS 16 - Paz, justiça e instituições eficazes – Promover sociedades pacíficas e inclusivas



para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todas e todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis, bem como suas 12 metas e indicadores associados.

Na segunda etapa – **Identificando os Pontos Chave** – os alunos elegeram aspectos importantes a serem observados da realidade e identificaram os pontos chave para o reconhecimento do problema ou das questões que determinam a situação. Nesse momento, com a docente, foram identificados quatro metas específicas (16.1 Reduzir significativamente todas as formas de violência; 16.3 Garantir a igualdade de acesso à justiça para todos; 16.9 Fornecer identidade legal para todos e 16.10b Promover e fazer cumprir leis e políticas não discriminatórias) para serem melhor compreendidos como fundamentos para o desenvolvimento sustentável.

A partir de então, os grupos se organizaram de maneira que cada um deles se responsabilizou por elaborar uma síntese dos pontos essenciais de uma única meta e seus indicadores, no intuito de compreender o problema de maneira profunda, por meio de questionamentos como: Qual a relação da temática da meta com o conceito de desenvolvimento sustentável?, Como este se relaciona com a educação ambiental? Quais aspectos se relacionam com as formas de violência? O que é cultura de paz? O que são políticas não discriminatórias? O que é justiça social? Como fornecer identidade legal para todos? O que é cidadania? Como as instituições sociais se organizam para serem eficazes nessas metas? Com isso, os grupos encontrariam maneiras de interferir na realidade por meio da compreensão da comunidade acadêmica sobre o ODS 16.

Na terceira etapa – **Teorização** - os grupos foram buscar informações em referenciais teóricos e científicos sobre as metas e seus indicadores, bem como sobre os questionamentos elencados para a resolução do problema em questão.

Na quarta etapa da estratégia de problematização, foi apresentado aos estudantes uma proposta de **Hipótese de Solução**, em que estes se responsabilizaram em desenvolver um texto jornalístico para informar a comunidade acadêmica sobre os pontos chave do problema e as diferentes iniciativas na promoção de instituições eficazes.

A quinta etapa, a da **Aplicação - Execução da ação**, se constituiu na elaboração do texto jornalístico e divulgação à comunidade acadêmica. Este momento se caracteriza na execução e encaminhamento das ações planejadas e, portanto, o compromisso do estudante com o seu meio.

O desenvolvimento da atividade ocorreu em atividades curriculares e extracurriculares, por meio de reuniões periódicas com a docente responsável e, ao final de 4 meses, foram apresentados os produtos finais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final dos 4 meses de atividade, cada grupo apresentou um texto jornalístico. Estes foram construídos no programa *Microsoft Publisher*®, com diferentes *designs* e conteúdo.

Para a apresentação da meta “16.1 Reduzir significativamente todas as formas de violência”, o grupo desenvolveu o conteúdo a partir da relação do conceito de cultura de paz e promoção da saúde, valorizando ações de combate à violência por meio da promoção da integração social e exercício da cidadania no município de São Paulo. Para isso, o texto jornalístico foi estruturado inicialmente com o conceito de cultura de paz e, em seguida, a apresentação de uma instituição eficaz na prevenção, por meio de conscientização e educação, de situações que possam ameaçar a paz e a segurança da população (UNESCO, 2017).

A meta “16.3 Garantir a igualdade de acesso à justiça para todos”, foi apresentada a partir da definição de justiça social e o seu arcabouço histórico ligado ao princípio da equidade e, portanto, sua estreita relação com o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2017)

Em relação a meta “16.9 Fornecer identidade legal para todos”, o grupo responsável, apresentou um texto baseado no conceito de cidadania e o cumprimento da promoção do desenvolvimento de maneira consciente e sustentável visando a defesa da qualidade de vida e a criação de políticas públicas de preservação do meio ambiente e suas relações com a sociedade para as gerações futuras.

E, por fim, o grupo responsável pelo desenvolvimento da meta “16.10b Promover e fazer cumprir leis e políticas não discriminatórias”, apresentou uma ação informativa formulada a partir da definição de políticas discriminatórias, como medidas criadas com objetivo de combater a discriminação racial, religiosa e de gênero, aumentando a participação dessas pessoas no processo político, dando acesso à saúde, educação, emprego e reconhecimento cultural e, em seguida, dois aspectos específicos que determinam a insustentabilidade humana, o racismo e o sexismo (LIMA, 2010).

## CONCLUSÃO

Considerando que os aspectos socioambientais se constituem uma forma de reconhecer o processo saúde doença para a promoção da saúde, reconhecer o conceito de desenvolvimento sustentável na formação do

profissional de saúde, neste caso do enfermeiro, contribui para o desenvolvimento e construção de um sistema de saúde e de bem estar social equitativo e resolutivo.

Na formação do profissional enfermeiro, a utilização da estratégia metodológica de problematização permitiu o desenvolvimento das quatro competências – pesquisar, educar, gerenciar e cuidar, facilitando assim a compreensão dos conteúdos trabalhados e a disseminação das informações, bem como o reconhecimento das políticas vigentes para o alcance dos ODS.

O Arco de Maguerez, tem como intuito promover ao estudante uma prática de ação-reflexão-ação, ou seja, aprenderem o conteúdo de maneira crítica e reflexiva partindo de sua própria realidade social. Nesse sentido, esta é uma maneira de proporcionar ao futuro profissional de saúde uma lógica para atuar na sociedade e, na medida do possível melhorá-la.

## REFERÊNCIAS

- ART, W. H. **Dicionário de ecologia e ciências ambientais**. São Paulo: UNESP/Melhoramentos, 1998. 583p.
- BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M.P. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
- BRASIL. Portal Brasil, **Justiça Social**. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/meio-ambiente/2010/01/justica-social>>. Acesso em 04 de junho de 2017.
- LABONTE, R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: Organización panamericana de la salud. **Promoción de la salud: uma antología**. Washington: OPAS, 1996, p.153-65. (Publicación científica, 557).
- LIMA, M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos estudos-CEBRAP** [online]. 2010, n.87, pp.77-95. ISSN 0101-3300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002010000200005>.
- ONU. Organização das Nações Unidas. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- PNDU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Informe sobre o Desenvolvimento Humano**. 2016. Disponível em: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016\\_SP\\_Overview\\_Web.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf)
- UNESCO. **Cultura de paz no Brasil**. [online] Disponível em: <http://www.unesco.org/new/pt/brasil/social-and-human-sciences/culture-of-peace/>

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, em especial à direção o Curso de Enfermagem, por proporcionar espaços de inovação no ensino em saúde. E, infinitamente, aos estudantes do 1º semestre (março 2017) do Curso de Graduação em Enfermagem que participaram desta proposta e contribuíram com um novo olhar da formação na perspectiva da promoção da saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM PRESIDIÁRIAS

**Angelita Livia da Silveira Brito<sup>1</sup>, Gabriela Lima Ribeiro<sup>2</sup>, Maria Aline Rodrigues Barros<sup>3</sup>, Raissa Emanuelle Medeiros Souto<sup>4</sup>, Dayze Djanira Furtado de Galiza<sup>5</sup>, Sabriny de Cassia França Marques<sup>6</sup>.**

*1 Residentes do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Enfermeira, Professora Mestre, Curso Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Cajazeiras (PB), Brasil.*

*3 Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública em Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*E-mail: angelitasilveira89@gmail.com*

*Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Enfermagem.*

### INTRODUÇÃO

A Promoção de Saúde vem se consolidando enquanto espaço de reflexão da história social do processo saúde-doença, como ação estratégica que alia o conhecimento e as práticas, incorporando e analisando os determinantes biopsicossociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais (COHEN et al. 2007).

Segundo Lopes, Anjos e Pinheiro (2009), as práticas educativas em saúde no contexto da enfermagem e das outras áreas da saúde, vêm sendo uma realidade cada vez mais efetivada devido à mudança de paradigmas de atenção à saúde, partindo do modelo biomédico falido para a implantação do conceito da promoção da saúde humana.

O acesso à saúde é um direito garantido a todos e um dever do Estado não podendo haver distinções, obtido de forma igualitária sem preconceitos ou privilégios, agindo na prevenção, melhora ou recuperação da saúde, que para o sistema prisional não poderia ser diferente, embora as ações de promoção da saúde mostrem-se cada vez mais necessárias e precárias para essa parcela da sociedade fragilizada quanto à dificuldade em obter esses direitos (FREITAS et. Al., 2016).

Diante das dificuldades supracitadas, foi criada Lei de Execução Penal; o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), estabelecido por meio da Portaria Interministerial n.º 1.777MS/MJ, de 09 de setembro de 2003; e, mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), a qual tem como principal objetivo o acesso ao cuidado integral em saúde a população carcerária (BRASIL, 2014).

Ferraz (2015) aponta que a pena de privação de liberdade deve atuar com medidas que reeduem e adequem o indivíduo ao convívio em sociedade no processo de ressocialização. O sucesso da reintegração pós-cárcere está associada diretamente às condições de vida dentro e fora do sistema prisional, sendo que estas podem ser atingidas de forma efetiva por meio de políticas públicas de educação e saúde.

Embora saibamos que a realidade do sistema prisional está muito distante do que é previsto no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, visto que os dados revelados mostraram elevados índices de doenças devido à precariedade estruturais, como a pouca ventilação, iluminação e instalações sanitárias, também a superlotação, uso de drogas, compartilhamento de seringas/agulhas, falta de proteção em relações sexuais e para as mulheres as gestações, fatores esses que propiciam e intensificam a proliferação de doenças contagiosas tanto na unidade prisional quanto fora dela (ARRUDA et. al., 2013).

Dá surge à importância do desenvolvimento de ações estratégicas de educação em saúde para essa população que são previstas no Plano Nacional. Portanto, as ações de educação em saúde são primordiais na prevenção de várias doenças, principalmente as DST/AIDS. Por isso deve haver mais investimento por parte dos profissionais da saúde com o objetivo de diminuir os índices destas patologias (SOUSA et al., 2013).

Assim, a promoção da saúde e a relação com o ambiente ocorrem em espaço multidimensional, onde diversos atores sociais interagem em torno de uma intervenção, que envolve ações políticas, de engenharia, gerenciais e educacionais (SOUZA, 2007).

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, realizado em duas penitenciárias femininas do Estado do Piauí no período de julho de 2013 a março de 2014. As penitenciárias estão localizada no município de Teresina e Picos-PI.

A população foi composta por todas as mulheres reclusas nas duas instituições no período da coleta. Ademais, adotaram-se como critérios de inclusão: não apresentar comportamento agressivo ou qualquer outra alteração psíquica ou emocional que viesse a impedir a realização da entrevista ou proporcionar resultados não condizentes com a realidade da instituição e cumprir pena em regime fechado. Destarte, participaram do estudo 27 presidiárias da penitenciária de Teresina e 20 de Picos-PI, totalizando 47 mulheres.

Como técnica de coleta de dados, realizaram-se entrevistas estruturadas e individuais, nas celas, sendo a pesquisadora principal acompanhada de uma agente penitenciária. Após a coleta de dados, os mesmos foram tabulados e analisados pelo programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0. posteriormente, organizados na forma de tabelas com frequências absolutas e relativas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), com parecer nº. 345.434. As participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme recomendam os princípios expressos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações referentes à idade das participantes revelaram uma população jovem envolvida no mundo do crime apresentando média de 28,3 anos com desvio padrão de  $\pm 7,6$ . A faixa etária de 18 a 24 anos, apresentou maior frequência com 31,9% das mulheres. Dado semelhante aos do Departamento Penitenciário Nacional de 2008 a 2009, em que a população carcerária do Brasil apresentou tal faixa etária (BRASIL, 2008), confirmando o perfil de mulheres jovens no mundo da criminalidade.

A média encontrada de 28,3 anos foi menor do que as obtidas nos estudos de Carvalho et al. (2006) realizado no Rio de Janeiro com 2.039 presos e de Anjos et al. (2013) com 36 detentas da penitenciária feminina do Estado do Ceará que identificaram uma média de idade para as mulheres de 32,9 e 32 respectivamente.

Quanto à situação conjugal das participantes observou-se que 57,4% eram solteiras, compondo o estado civil mais frequente corroborando com o estudo de Kim (2009) realizado em Brasília onde o percentual de mulheres solteiras foi de 65,4%, destoando do de Araújo (2006), realizado em Goiás que detectou o estado civil casada e união estável como os mais prevalentes, 71,9%.

Ademais, os dados sobre o nível educacional mostraram que 59,6% das presidiárias concluíram o ensino fundamental, e que o grau máximo de escolaridade não ultrapassou o ensino médio completo, contradizendo os achados de uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro com 2.039 detentos, onde 125 eram mulheres e destas 62,1% apresentavam apenas o primeiro grau incompleto (CARVALHO et al. 2006).

As informações referentes à renda familiar mensal mostrou outro aspecto negativo, pois 49% da amostra possui renda mensal menor que um salário mínimo, fato já esperado devido à baixa escolaridade apresentada pelas participantes. Isso justifica o tipo de ocupação dessas mulheres anterior ao aprisionamento, que exerciam trabalho com pouca especialidade profissional como empregada doméstica com 46,8%, seguido de vendedora e cabeleireira.

Em relação às ações de educação em saúde 53,2% haviam participado de alguma atividade durante o período de reclusão, sendo que a metodologia mais utilizada foi palestra, principalmente realizada por médicos correspondendo 44,7% e 23,4% respectivamente. O número de presidiárias que gostariam de estar participando dessas atividades é bastante expressivo 72,3%, sendo as Infecções sexualmente transmissível (IST) é o tema que mais interessa com 46,8%.

As metodologias participativas são estratégias que permitem uma maior conscientização e influenciam positivamente nas mudanças de comportamento, induzindo a uma melhor condição de saúde. Dentre esses métodos, enfatiza-se o emprego de dinâmicas de grupo e oficinas em ambiente de sala de espera, que proporcionam um sentimento de valorização, equidade e inclusão do sujeito (MORAES, 2008).

Segundo Lopes, Anjos e Pinheiro (2009), as práticas educativas em saúde no contexto da enfermagem vêm sendo uma realidade cada vez mais efetivada devido à mudanças de paradigmas de atenção à saúde, partindo do modelo biomédico falido para a implantação do conceito da promoção da saúde humana.

Perante a problemática, percebeu-se que os profissionais de saúde possuem um papel fundamental na mudança da realidade dessa população. Pois o desenvolvimento de educação em saúde a longo prazo resultará em diminuição dos índices de IST, entre outros problemas, como gravidez indesejada.

## CONCLUSÃO

A população encarcerada, por estar confinada, é mais acessível para trabalhar com educação em saúde pelos profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, no direcionamento de ações curativas e preventivas, de acordo com as peculiaridades das detentas no sistema prisional.

Perante a problemática, percebeu-se que os profissionais de saúde possuem um papel fundamental na mudança da realidade dessa população. Pois o desenvolvimento de educação em saúde a longo prazo resultará em diminuição dos índices de IST, entre outros problemas, como gravidez indesejada.

## REFERÊNCIAS

- ARRUDA, A. J. C. G. de et al. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem, Recife*, v. 7, n. esp., p. 6646-6654, nov. 2013.
- ANJOS, S. J. S. B; RIBEIRO, S. G; LESSA, P. R. A; NICOLAU, A. I. O; VASCONCELOS, C. T. M; PINHEIRO, A. K. B. **Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas**. *Rev Bras Enferm*, v. 66, n. 4, p.508-13, 2013.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União. Brasília, DF*, n. 2, Seção 1, p. 18-21, 2014.
- BRASIL. Departamento penitenciário nacional (DEPEN). Sistema Penitenciário do Brasil: dados consolidados. *Informações Penitenciárias (InfoPen)*. 2008.
- COHEN, S. C.; BODSTEIN, R.; KLIGERMAN, D. C.; MARCONDES, W. B. **Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde**. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.12, n.1, p.191-8, 2007.
- CARVALHO, M. L; VALENTE, J. G. A; ASSIS S. G; VASCONCELOS A. G. G. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.11, n.2, p.461-71, Abr-Jun. 2006.
- FREITAS, R. S. et al. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação. *Rev. Políticas Públicas, São Luís*, v. 20, n 1, p.171-184, jan./jun. 2016.
- FERRAZ, E. **A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional: uma experiência em Serviço Social na Perspectiva da Reintegração Social**. 2015. 100 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- SOUSA, M. C. P. S. et al. **Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura**. *Revista Interdisciplinar, Piauí*, v. 6, n. 2, p. 144-151, abr./jun. 2013.
- KIM, J. E; LOUREIRO, P. R. A; MOREIRA, T. B. S; SACHSIDAA. **Criminalidade feminina: uma análise empírica a partir dos dados do presídio feminino de Brasília**. *Economia e Desenvolvimento, Recife (PE)*, v. 8, n.1, 2009.
- LOPES, E. M; ANJOS, S. J. S. B; PINHEIRO, A. K. B. **Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil**. *Rev. enferm. UERJ*, v. 17, n. 2, abr-jun. 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde.
- MORAES M. L. C; COSTA P. B; AQUINO O. S; PINHEIRO A. K. B. **Educação em saúde com prostitutas de Fortaleza: relato de experiência**. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. v.10, n. 4, p.1144-51, 2008.

## AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Justiça do Estado do Piauí, por permitir a realização desta pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## TECNOLOGIAS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE À ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO1

Amanda Newle Sousa Silva<sup>1</sup>, Andreia Régia de Matos Rodrigues Serafim<sup>2</sup>, Maria Veraci Oliveira Queiroz<sup>3</sup>, (PQ).

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-ce

<sup>2</sup> Mestranda do Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-ce

<sup>3</sup> Docente do Programa em Cuidados Clínicos em Saúde da UECE.

E-mail: andreamatosrodrigues@gmail.com

Palavras-chave: Diabetes tipo 1. Educação em Saúde. Saúde do Adolescente.

### INTRODUÇÃO

Diabetes *mellitus* (DM) é uma das principais doenças de evolução crônica que acometem o homem moderno em qualquer idade, condição social e localização geográfica, além de está associado a complicações crônicas que vão repercutir na qualidade de vida do acometido (ALENCAR et al., 2013). O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma das doenças crônicas que mais afeta a população de crianças e adolescentes no âmbito mundial (NOVATO; GROSSI, 2011).

O adolescente, ao descobrir a doença crônica e suas implicações por não possuir cura e exigir mudanças significativas em seus hábitos cotidianos, se sentem inseguros e abalados emocionalmente. As doenças crônicas exige que o indivíduo re-signifique sua existência, adaptando-se às limitações, frustrações e perdas. Essas mudanças são intensificadas quando nos referimos a uma criança e/ou adolescente, pois o esperado é que vivam situações de saúde para crescer e se desenvolver dentro dos limites da normalidade (LEAL et al., 2012).

O tratamento medicamentoso depende da reposição do hormônio insulina. Para isso, são necessários esquemas e preparações para manter e estabelecer a glicemia pré e pós-prandial estáveis. Faz-se necessário abordar e ter a visão do paciente como um todo, não somente sua percepção biológica, pois estes estão sujeitos a sentimentos de inconformismo e possível exclusão social (WUO et al., 2010).

O processo de informatização em enfermagem tem sido um grande desafio aos pesquisadores. O sistema de informação na enfermagem tem o propósito de oferecer informações e gerar conhecimentos que possa oferecer facilidades em suas atividades. As tecnologias educativas na área da saúde, os mais comuns são entrevistas, simulação e vídeo, aconselhamento, slides, manual, cadernetas, jogo educativo e website, cartilhas, softwares e metodologias ativas como o teatro e colagem. Estão em diferentes cenários como hospitais, escola, comunidade e domicílio, visando a transmissão de informações para diminuir as dúvidas e no intuito de mudar comportamentos de risco, deixando claro as instruções fornecidas pelos profissionais. Assim facilitando o trabalho da equipe de saúde na comunicação e orientação dos pacientes e familiares, na busca do aprendizado do educando para ser considerado educativo. Além que esses materiais subsidiam a promoção à saúde desses profissionais, afim de dinamizar as ações em saúde (ÁFIO et al., 2014 e PACIEVITCH, 2015).

Este estudo vêm contribuir para o aprimoramento do conhecimento e discussão acerca do contexto do diabetes tipo 1 e as tecnologias realizadas por pesquisadores para promoção à saúde ao adolescente com diabetes, assim auxiliando no manejo de seu cuidado. Nesta perspectiva, o estudo teve como objetivo descrever a produção científica sobre as tecnologias para educação à saúde desenvolvidas ao adolescente DM1.

### METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, a partir da busca nas bases de dados *PUBMED*, *MEDILANE*, *SCIELO*, *SCOPUS* e *CINAHL* utilizando os descritores “saúde do adolescente ou adolescent health”, “educação em saúde ou health education” e “tecnologia educativa ou educational technology”, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, entretanto, não foi encontrado nenhum artigo na língua portuguesa que contemplasse a pergunta da pesquisa. Esta etapa aconteceu no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos cinco anos que contemple o adolescente com diabetes e tecnologias educativas. Vale ressaltar que optou-se por este recorte temporal pela intenção de associar as tecnologias elaboradas mais recentes integrando ao cuidado do adolescente com diabetes, que vem

se atualizando nos últimos anos. Desse modo, os achados subsidiarão a dissertação de mestrado que pretende elaborar uma tecnologia da informação e comunicação para o adolescente com diabetes.

Ao cruzar os descritores foram encontrados 3528 na CINAHL, 237 na MEDLINE, 159 na PUBMED, nove na SCOPUS, um artigo na SCIELO. Primeiramente realizou-se uma leitura dos títulos e resumos de todos encontrados, foram incluídos os artigos que tinha como principal assunto a saúde do adolescente que tem diabetes mellitus tipo 1, sendo selecionados 13 artigos. Procedeu-se, então, à leitura e caracterização dos estudos para posterior construção das seguintes categorias: A primeira categoria traz o contexto de jovens DM1 e as implicações da prática educativa e a segunda categoria o uso da tecnologia da informação como meio da educação em saúde ao dm1

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O CONTEXTO DE JOVENS DM1 E AS IMPLICAÇÕES DA PRÁTICA EDUCATIVA

Diabetes tipo 1 é uma doença crônica grave com efeito prejudicial sobre a qualidade de vida, principalmente em crianças e adolescentes, atingindo toda a família. O diagnóstico da doença vem como um choque, trazendo tristeza e sentimento de perda, criando a necessidade de avaliar a situação da família para melhor apóia - lá (KONRADSDOTTIR, SVAVARSDOTTIR, 2011).

Existe todo um contexto no qual o adolescente está inserido que, muitas vezes, dificulta sua adequação ao tratamento do diabetes, dentre eles podemos citar: suas metas e objetivos de auto-controle, o ambiente, os marcos do desenvolvimento, o desenvolvimento cognitivo, dentre outros. Por isso, há a necessidade de orientar os adolescentes quanto à importância de aderirem à terapêutica. E se observa que por meio da tecnologia há um maior interesse dos adolescentes em participarem das práticas educativas, o que facilita sua adesão (COOPER *et al.*, 2014).

A regulação da glicemia sanguínea no diabetes tipo 1 é uma das maiores dificuldades, principalmente com os adolescentes devido as grandes mudanças no desenvolvimento físico e mental, e piora no controle metabólico. Os pais de crianças e adolescentes com diabetes tem grande influência na monitorização e controle da glicemia, e em todo autocuidado como por exemplo: a adaptação ao estilo de vida saudável, dieta, prática de atividades físicas, administrações das injeções (KONRADSDOTTIR, SVAVARSDOTTIR,

2011). O tratamento do diabetes ocasiona uma forte impacto emocional e mental, fazendo com que os adolescentes experimentem emoções negativas, incluindo a raiva, preocupação, constrangimento, ansiedade em relação ao cotidiano e possíveis ocorrências (KIME, McKENNA, WEBSTER, 2012).

Programas educacionais capazes de desenvolver competências comportamentais e apoio psicossocial para jovens com diabetes tipo 1 é uma forma de desenvolver uma auto gerência de cuidado na doença crônica. O auto manejo é complexo, exige monitorização contínua dos níveis de insulina no sangue, readequação alimentar, doses diárias de insulina, prática de atividades físicas, o que gera estresse no adolescente, na família, e um difícil controle metabólico. Programas baseados no auxílio aos cuidados clínicos que se utilizam de tecnologias devem ser estimulados para o melhor controle da doença crônica e prevenção de agravos (WHITREMORE, JASER, 2013).

Os grupos educativos auxiliam a desenvolver capacidades e habilidades que estimulam a participação e autogerenciamento da doença. Mesmo assim, para mudar estilo de vida e atitudes perante o tratamento é preciso agregar diversas estratégias como sites, a própria consulta com a equipe de saúde, para que juntas ocorra o real impacto no tratamento e no controle glicêmico (CHRISTIE *et al.*, 2014).

Algumas orientações acerca do tratamento se mostram difíceis de serem assimiladas tanto pelo usuário como também pelos familiares da criança e do adolescente. Grupos de alimentos que deveriam ser evitados, contagem de insulina após serem ingeridos doces ou carboidratos. A educação nesse tópico relacionando a alimentação deve ser encarada como parte fundamental do tratamento do diabetes, sendo orientado pelos profissionais a melhor conduta para manter a dietoterapia e como rever a quantidade de insulina diante um consumo inadequado de alimentos (CHRISTIE *et al.*, 2014).

A prática de grupos com adolescentes diabéticos parece se mostrar adequado no auxílio da gestão da doença crônica, diminuindo o isolamento desses indivíduos, que passam a interagir com outras pessoas que tem sua mesma condição de saúde, compartilhando experiências, podendo aprender mais e associar melhor informações desse modo. Assim, este tipo de abordagem grupal se mostra mais efetiva no cuidado à saúde do que a própria consulta individual (NOORDMAN, DULMENTE, 2013).

### O USO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COMO MEIO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO DM1

É preciso uma auto gestão do diabetes tipo 1, continua sendo um fardo, apesar da tecnologia utilizada ter influenciado uma melhoria na HbA1c, os usuários do aplicativo não tiveram alteração na qualidade de vida, o que

mostra que estes dispositivos devem ser reavaliados. Manter os pacientes aderentes ao tratamento e engajamento em seus cuidados à saúde é a maior dificuldade (KIRWAN *et al.*, 2013). O auto-cuidado é dependente principalmente do comportamento diante do tratamento. Habilidades de auto-gestão como: tomada de decisão, resposta voluntária, inibição, memória, são necessárias. Essas habilidades podem ser desenvolvidas usando-se a tecnologia moderna no caso dos adolescentes com diabetes (FROISLAND, ARSAND, SKARDERUD, 2012).

Para isso estão desenvolvendo programas de saúde para jovens em condições crônicas podem contar com o uso da Internet principalmente em smartphones, atualmente a grande maioria dos jovens possuem telefonia móvel, assim aplicativos com funções educativas podem aumentar a abrangência de programas educativos. Com o movimento em direção a uma maior utilização de intervenções de saúde em linha, é cada vez mais importante para projetar programas para maximizar o recrutamento e retenção via smartphones. (WHITEMORE, JASER, 2013).

O uso de tecnologias educativas precisam abranger também o recrutamento dos usuárias, avaliando sua participação e satisfação com programas de saúde, podendo assim influenciar de forma positiva a adesão. As características sócio demográficas devem ser levadas em conta durante a fase de planejamento desses programas em saúde, para que assim seja efetiva a participação de todos usuários beneficiados (WHITEMORE, JASER, 2013).

A utilização de tecnologias para facilitar o cuidado em saúde vem tomando cada vez mais espaços, pois, estudos comprovam que seu uso gera intervenções que melhoram positivamente comportamentos de saúde, atitudes, habilidades e conhecimentos. Porém, há poucos estudos relacionados em uso de telefone móvel para o cuidado com crianças e adolescentes com diabetes (FROISLAND, ARSAND, SKARDERUD, 2012).

As aplicações de smartphones possuem um grande potencial para auxiliar a tomada de decisão em reação ao gerenciamento da doença e seu tratamento. Fornecendo informações sobre os níveis de glicose, insulina, dieta, atividade física. Sendo assim, um instrumento de apoio à decisão, usando informações médicas e orientações clínicas, não retirando a importância da consulta pessoa (KIRWAN *et al.*, 2013).

Apesar da evolução tecnológica e da grande maioria dos jovens ter acesso à Internet, o acesso é maior em jovens com famílias de alta renda. Essa relação positiva entre o nível socioeconômico e o uso da Internet deve ser repensada no momento do desenvolvimento de tecnologias educativas, que consigam abranger todos jovens com diabetes, independente da classe social destes. (WHITREMORE, JASER, 2013). Utilizar sites para supervisão e apoio aos adolescentes com DM1 precisam repensar técnicas e atividades que chamem atenção desse público e os façam acessar continuamente na procura de tirar dúvidas, compreender melhor o tratamento. O site por si só pode não conseguir ter um impacto diretamente no controle do diabetes, por isso se torna mais eficaz se associado com outros esforços da própria equipe de saúde para desenvolver outras práticas educativas que visem a adesão ao tratamento (CHIRSTIE *et al.*, 2014).

Atualmente, a comunicação e o uso da informação fazem com que a tecnologia seja componente indispensável na rotina de jovens. Computadores principalmente e programas de televisão adequam e estabelecem uma vida mais passiva, em que a prática de atividades físicas não ocorra de forma adequada (BENEVENTO *et al.*, 2010).

As novas tecnologias da informação conciliadas às práticas educativas desenvolvidas ao DM1 vem incentivar no autocontrole da doença, que por vezes atitudes simples diárias podem evitar complicações tardias irreversíveis em decorrer do adoecimento. Além da maioria da população ter acesso a esse conhecimento.

## CONCLUSÃO

Os artigos selecionados trazem as principais práticas educativas desenvolvidas ao DM1, no propósito de melhorar seus hábitos e contribuir para a melhora do cuidado, favorecendo a melhoria da saúde e controle da doença. Ao público adolescente foi possível evidenciar que as tecnologias da informação e comunicação são os mais apontados pelos autores, sendo uma ferramenta de apoio para o conhecimento sobre a patologia e o tratamento, como fonte de interação social.

O estudo identificou que os artigos trouxeram as principais tecnologias, como as mais corriqueiras as digitais como algo indispensável à vida desse adolescente, desta forma incentivando o uso como um meio de cuidados no controle da doença.

A partir desse levantamento será possível elaborar uma tecnologia educativa voltada ao adolescente diabético, para melhoria de sua autocuidado e assim contribuindo e trazendo implicações na sua qualidade de vida, conhecendo melhor como se adequar a novas situações impostas pela doença.

## REFERÊNCIAS

ÁFIO, A.C.E; BALBINO, A.C; ALVES, M.D.S; CARVALHO, L.V; SANTOS, M.C.L. OLIVEIRA, N.R. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev Rene**, v.15, n. 1, p.158-65, 2014.



- ALENCAR, D.C. *et al.* Sentimentos de adolescentes com Diabetes *Mellitus* frente ao processo de viver com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 479-484, jul./ago. 2013.
- BENEVENTO, D.; BIZARRI, C.; PITOCCO, D.; CRINO, A.; SPERA, S.; TUBILI, C.; CONSTANZA, F.; MAURIZI, A.; CIPOLLONI, L.; CAPPAM, M.; POZZILLI, P. Computer use, free time activities and metabolic control in patients with type 1 diabetes. **Diabetes Research and Clinical Practice** vol. 88 p.32–34 .2010.
- CHRISTIE, D.; THOMPSON, R.; SAWTELL, M. ALLEN, J.C.; SMITH, F.; JAMIENSON, E.; HARGREAVES, K.; INGOLD, A.; BROOKS, L.; WIGGINS, M.; OLIVER, S.; JONES, R.; ELBOURNE D.; SANTOS, A.; WONG, CK.; ONEIL, V.S.; HINDMARSH, P.; ANNAN, F.; VINER, R. Structured intensive education maximises engagement, motivation and long-term change for children and young people with diabetes a cluster randomized controlled trial with integral process and economic evaluation the cascade study. **Health technology assessment**. vol.18, n.20, 2014.
- COOPER H., SPENCER J., LANCASTER G.A., TITMAN A., JOHNSON M., WHEELER S.L. & LWIN R. Development and psychometric testing of the online Adolescent Diabetes Needs Assessment Tool (ADNAT). **Journal of Advanced Nursing**. v. 70, n. 2; p454–468, 2014.
- FROISLAND, D.A.; ARSAND, E.; SKARDERUD, F. Improving Diabetes Care for Young People With Type 1 Diabetes Through Visual Learning on Mobile Phones: Mixed-Methods Study. **J Med Internet Res** v.14, n. 4, jul-ago, 2012.
- KIME, N.; MCKENNA, J.; WEBSTER, L. Young people's participation in the development of a self-care intervention-a multi-site formative research study. **Health Education Research**. vol.28, n.3, p.552-562, 2012.
- KIRWAN, M.; VANDELANOTTE, C.; FENNING, A.; DUCAN, M.J. Diabetes self-management smartphone application for adults with type 1 Diabetes: randomized controlled trial. **J Med Internet Res**. vol.15, n.11, 2013.
- KONRADSDOTTIR E.; SVAVARSDOTTIR, E.K. How effective is a short-term educational and support intervention for families of an adolescent with type 1 diabetes? **Journal for Specialists in Pediatric Nursing** vol.16, p.295-304, 2011.
- LEAL, D. T. *et al.* A vivência dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 189-196, jan/mar. 2012.
- NOORDMAN, J.; DULMENTE, S.V. Shared Medical Appointments marginally enhance interaction between patients: An observational study on children and adolescents with type 1 diabetes. **Patient Education and Counseling** Vol.92, p. 418–425, 2013.
- PACIEVITCH, T. Tecnologia da Informação e Comunicação. InfoEscola Navegando e Aprendendo. Disponível em: [infoescola.com/tecnologia-da-informacao](http://infoescola.com/tecnologia-da-informacao). Acesso em: 22 dezembro de 2015.
- PACIEVITCH, T. Tecnologia da Informação e Comunicação. InfoEscola Navegando e Aprendendo. Disponível em: [infoescola.com/tecnologia-da-informacao](http://infoescola.com/tecnologia-da-informacao). Acesso em: 22 dezembro de 2015.
- WHITREMORE, R.; JASER, S.S. Type 1 diabetes ehealthpsycoeducation: youth recruitment, participation and satisfaction. **J Med Internet Res**. vol.15, n.1 jan, 2013.
- WUO, A. S.; SILVA, M. V.; SILVÉRIO, J. P.; RODRIGUES, H.E; SIZER, P. H.P. 'Viver é conviver': sobre a construção de saberes e experiências entre crianças com diabetes. **Revis. Dialogos: construção conceitual de extensão e outras reflexões significativas**, Brasília, v.14, n.1, dez, 2010.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos autores por terem contribuído com o trabalho. Agradeço também ao Núcleo de Pesquisa e os membros constituem, pois nos proporciona subsídios para a elaboração dos nossos projetos.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR E SUA INTERFACE COM A PROMOÇÃO EM SAÚDE

**Cristiane Ribeiro dos Santos Farias<sup>1</sup>, Andreia Paula de Oliveira Aguiar<sup>2</sup>, Gracyelle Alves Remigio Moreira<sup>3</sup>, João Paulo Lima<sup>4</sup>.**

*1 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza, Ceará, Brasil.*

*2 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza, Ceará, Brasil.*

*3 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza, Ceará, Brasil.*

*4 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza, Ceará, Brasil.*

*E-mail: cris\_ribeiro\_18@hotmail.com*

*Palavras-chave: contratualização. Promoção em saúde. Atividade educativa.*

### INTRODUÇÃO

A complexidade das organizações hospitalares somadas a natureza distinta das organizações do setor público traz um desafio adicional para o entendimento da geração de incentivos na obtenção de recursos financeiros e eficiência na alocação e gastos desses recursos de forma a garantir a aplicabilidade correta na garantia e otimização do acesso aos serviços de saúde para a população. Como forma de organização dos repasses financeiros, a contratualização hospitalar é um dos instrumentos que as políticas públicas de saúde apontam como modelo de alocação de recursos para as instituições hospitalares, onde o repasse financeiro passa a ser realizado de acordo com o cumprimento de metas firmadas entre o gestor do SUS e o prestador de serviço hospitalar.

A contratualização é definida como a formalização de um instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa. (PNHOSP, 2013). Como forma de se integrar no Sistema Único de Saúde-SUS e atender a legislação das políticas públicas em saúde, o hospital em estudo estabeleceu contrato com a secretaria municipal de saúde-SMS de Fortaleza.

O contrato atual tem vigência para ano de 2017 e contempla a oferta de serviços por parte do hospital para a população de Fortaleza consistindo no cumprimento de metas quantitativas de produção assistencial na área ambulatorial e hospitalar, contemplando ainda a pactuação de indicadores qualitativos relacionados à qualidade da atenção hospitalar nas dimensões de indicadores de assistência, gestão, avaliação, ensino e pesquisa.

Nessa série de procedimentos contratualizados estão inclusos nas metas quantitativas a pactuação de 540 ações de promoção e prevenção em saúde que devem ser realizadas durante o ano de 2017, o que corresponde a uma meta mensal de 45 atividades de promoção em saúde a serem realizadas como forma de garantir o alcance da meta. O comprometimento que o gestor do SUS e o representante da instituição hospitalar em estudo demonstraram na contratualização estabelecendo meta que envolva a promoção em saúde enfatiza a importância dessas práticas dentro das instituições hospitalares.

Os hospitais podem vir a ser importantes instituições na garantia da equidade, integralidade da assistência e na defesa da vida desde que as práticas desenvolvidas estejam comprometidas com algo maior, ligadas não apenas à questão biológica-curativista (de suma relevância), mas também, com o universo da prevenção e promoção da saúde (DIAS, 2008). É preciso incorporar um olhar horizontal profissional/paciente, aproveitando o período de hospitalização para criar novas relações dos usuários com o sistema de saúde, reprogramar suas vidas, adquirir novos hábitos de autocuidado e autonomia, construindo o ambiente hospitalar como um espaço de promoção da saúde, de defesa da vida e da cidadania (CECÍLIO, 2006).

Diante do exposto, esse estudo buscou conhecer como as atividades de promoção em saúde tem se revelado quantitativamente em relação à meta contratualizada para 2017 e comparar sua evolução no número de atividades educativas realizadas na instituição nos últimos 5 anos, considerando que a promoção em saúde é fundamental no ambiente hospitalar para fortalecimento do cuidado ao paciente, uma vez que se propicia atividades de empoderamento de informações para pacientes e acompanhantes sobre seu processo de doença, cura e reabilitação para o estabelecimento de sua saúde.

Apesar das atividades de promoção em saúde serem comumente associadas a atenção primária em saúde pela sua proposta educadora, o ambiente hospitalar também deve ser olhado com um espaço de promoção da saúde, envolvendo seus colaboradores e equipes multiprofissionais para a colaboração ativa na formação de novas relações dentro do sistema de saúde que envolva benefícios para a recuperação e fortalecimento da saúde dos pacientes. Assim como é apresentado por Cecilio (2006) que afirma que a promoção da saúde no hospital

defende várias estratégias e direções e encoraja a participação dos usuários, incluindo todos os profissionais de forma a alcançar práticas interdisciplinares condizentes com o paradigma ampliado em saúde e promovendo o desenvolvimento da saúde dentro do ambiente hospitalar.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. O local de desenvolvimento do estudo foi uma maternidade de ensino no município de Fortaleza, referência terciária em gestação de risco para os 184 municípios do Estado do Ceará, além da assistência específica nas áreas de obstetrícia clínica e cirúrgica, ginecologia e neonatologia. A instituição conta com 209 leitos gerais, dos quais apenas 165 encontram-se ativos em virtude das reformas realizadas na instituição, e a oferta de serviços é 100% gratuita pelo SUS.

Os dados foram coletados no período do mês de julho de 2017. A fonte dos dados foram os relatórios gerados nos últimos 5 anos (2013 a 2017) no sistema informatizado utilizado na instituição para faturamento hospitalar, que é o sistema integrado da administração hospitalar- MASTER.

Para análise dos dados foi utilizado o Microsoft Office Excel na produção de tabelas e gráficos que permitiram a comparação entres os meses e anos em estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades de promoção em saúde analisadas correspondem aquelas realizadas em um hospital de ensino durante os anos de 2013, 2014, 2015, 2016 compreendendo os meses de janeiro a dezembro e o ano de 2017 correspondendo aos meses de janeiro a julho. Para análise foram considerados atividades de promoção em saúde aquelas faturadas com o **código de 01.01.01.002-8 ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO ESPECIALIZADA**, de acordo com a Tabela SUS (Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS).

A análise buscou comparar os resultados produzidos nos últimos 5 anos com a meta contratualizada de atividades de promoção em saúde pelo hospital para realizar em 2017. Analisando a tabela 1 observa-se que o quantitativo de atividades de promoção em saúde possui grandes variações que vai desde 0 (zero) como ocorrido nos meses de janeiro a abril de 2013 e julho de 2016 a valores altos como 326 atividades realizadas no mês de junho de 2016, destacando que não existe um padrão mensal entre o quantitativo de atividades realizadas nos anos em estudo.

Baseado na Tabela 1 é possível afirmar que se relacionarmos a meta de 2017 contratualizada de 45 atividades mensais com a produção de atividades de promoção em saúde dos últimos 5 anos haveria um comprometimento do alcance no ano de 2013 no qual 6 meses não atingiram o valor da meta pactuada. No ano de 2014 o comprometimento da meta seria em 5 meses. Em 2015 sete meses não teria correspondido ao alcance da meta e em 2016 foram 8 meses que não atenderam a meta estabelecida, sendo o ano com mais prejuízo no alcance da meta.

Em 2017 os 7 meses já analisados tem superado consideravelmente a meta contratualizada de 45 atividades mensais. Vale considerar que não foi possível identificar no estudo realizado a existência de processo de contratualização ativo nos anos anteriores (2013 a 2016). No estudo está sendo relacionado os últimos 5 anos para melhor compreender a evolução da meta em 2017, ano que tem a contratualização vigente. Apesar de só ter sido possível avaliar os 7 primeiros meses do ano de 2017 observa-se que o número de atividades de promoção em saúde tem ganhado destaque no aumento da produção, o que tem sido associado ao novo olhar da gestão hospitalar em relação ao planejamento do alcance das metas contratualizadas, uma vez que o não cumprimento da meta implica no comprometimento do repasse de recursos financeiros.

A gestão do referido hospital realizou no ano de 2017 uma ampla campanha de divulgação da contratualização (através de fóruns, comissões, reuniões e mídia local), aperfeiçoou junto com suas equipes setoriais processos internos de trabalho com o objetivo de extinguir os subregistros das atividades educativas que poderiam está sendo realizadas e não sendo registradas adequadamente, ampliou e capacitou a equipe de faturamento de contas hospitalar para melhor atender as demandas da instituição, criou os serviços de auditoria e o de monitoramento e avaliação.

Os resultados positivos alcançados em 2017 tem se associado aos esforços da gestão e assistência para que a instituição possa cumprir com qualidade as metas contratualizadas com a SMS de fortaleza e garantir o acesso aos serviços de saúde para a população local.

**Tabela 1:** Número de atividades de promoção em saúde realizadas de 2013 a 2017 em hospital de ensino em Fortaleza-Ceará

Atividades de Promoção em Saúde realizadas de 2013 a 2017 em um hospital de ensino em Fortaleza-Ceará					
	2013	2014	2015	2016	2017
Janeiro	0	56	60	18	95
Fevereiro	0	84	56	10	76
Março	0	69	102	23	265
Abril	0	77	35	141	141
Maio	67	63	46	113	171
Junho	40	42	31	326	230
Julho	45	54	10	0	100
Agosto	45	39	7	3	-
Setembro	52	28	26	9	-
Outubro	63	28	25	10	-
Novembro	60	26	191	11	-
Dezembro	43	73	6	67	-
<b>Total</b>	<b>415</b>	<b>639</b>	<b>595</b>	<b>731</b>	<b>1078</b>

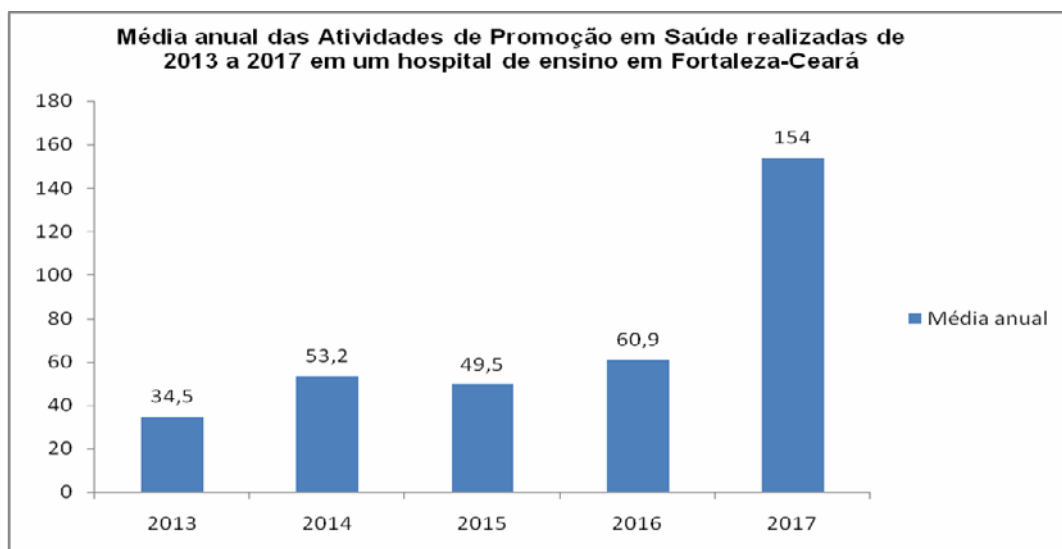
Fonte: Relatório do sistema de faturamento/master do hospital em estudo. No ano em vigência (2017) foi possível avaliar os meses de janeiro a julho.

O destaque em vermelho refere-se ao meses em que o alcance da meta contratualizada de 45 atividades de promoção em saúde ao mês não foi atingida.

Avaliando o gráfico 1 é possível observar a evolução que tem ocorrido no número de atividades de promoção em saúde no ano de 2017 em relação ao anos anteriores, como já mencionado essa evolução é resultante de um trabalho de gestão e assistência para melhora contínua dos serviços ofertados e pela garantia do acesso baseado na contratualização hospitalar.

Todo esse progresso na melhora dos resultados tem se tornado possível pelo reconhecido potencial que a instituição possui em desenvolver atividades educativas por ser uma instituição de ensino e que oferta serviços de complexidade terciária, contando diariamente com equipe multidisciplinar, presença de alunos, professores e residentes, o que torna o ambiente hospitalar um campo promissor para o desenvolvimento das atividades de promoção em saúde.

**Gráfico 1:** Média anual do número de atividades em saúde realizadas de 2013 a 2017 em um hospital de ensino em Fortaleza-Ceará.



O cálculo para obtenção da média de 2017 foi proporcional aos meses de janeiro a julho. Para os anos anteriores (2013 a 2016) o cálculo é referente à média dos 12 meses.

## CONCLUSÃO

O Hospital em estudo carrega a potencialidade para o desenvolvimento das práticas de promoção em saúde e que o envolvimento da gestão e profissionais da instituição com o alcance das metas da contratualização hospitalar foi fator de relevância para organização e valorização das atividades de promoção em saúde na instituição analisada, contribuindo para um aumento importante do número de atividades educativas realizadas nos primeiros sete meses do ano de 2017.

No ano de 2017 a contratualização foi instrumento essencial para motivação no planejamento de melhorias e organização dos processos de trabalho internos, o que foi evidenciado pela revelação do potencial de atividades de promoção em saúde já realizadas no referido ano.

As atividades de promoção em saúde merecem atenção especial de gestores do SUS e contratantes dos serviços hospitalares no momento de estabelecer as metas a serem contratualizadas, uma vez que os hospitais devem ser pensados como espaço de desenvolvimento de práticas de promoção em saúde, pois neles circulam variados tipos de pessoas, detentoras de diferentes necessidades, e em diferentes momentos de suas vidas singulares, que chegam ao serviço para serem atendidas de forma mais fragilizada.

O espaço hospitalar deve ser necessariamente um local de realização de atividades de promoção em saúde, constituindo assim, um lugar estratégico para a realização do cuidado considerando uma visão mais ampla sobre as necessidades de saúde dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. **A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública**. Rev Bras Enferm. 2008; 61(1):117-21.

DIAS, MS de A. VIEIRA, NFC. **A comunicação como instrumento de promoção da saúde na clínica dialítica**. Rev Bras Enferm 2008;6(1):71-7.

CECILIO, LCO. **O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos**. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006.

BRASIL. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013.

BRASIL. Portaria nº 3.390, de 30 de abril de 2013.

YNS, Marcelo. **Efeitos da contratualização de serviços de saúde nos sistemas de mensuração de desempenho em um hospital público no Brasil**. Ribeirão Preto: USP, 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

## AGRADECIMENTOS

Aos gestores e profissionais colaboradores da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, pela dedicação diária em tornar essa instituição uma referência de excelência na oferta de serviços de saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AS GESTANTES COM HIV/AIDS: REVISÃO INTEGRATIVA.

**Diogo Evangelista Leal<sup>1</sup>, Raquel Ferreira Gomes Brasil<sup>2</sup>, Antônia Larissa Martins de Farias<sup>3</sup>, Camila Azevedo Rodrigues Pinto<sup>4</sup>**

*Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica, Centro Universitário Unichristus, Fortaleza-Ceará-Brasil.  
Mestre em Enfermagem na Universidade de Federal de Fortaleza (UFC). Fortaleza-Ceará-Brasil  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica, Centro Universitário Unichristus, Fortaleza-Ceará-Brasil.  
Graduada em Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

E-mail: diogo\_mbc07@hotmail.com

Palavras-chave: Promoção da saúde. Humanização. HIV. Gestação.

### INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma expressão utilizada para conceituar uma doença infecto-contagiosa, de caráter pandêmico, grave, causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Atualmente, a infecção pelo HIV é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, que acarreta em impactos socioeconômico, cultural e político, além do sofrimento ocasionado a quem o possui (RODRIGUEZ et al, 2014; BRINGEL et al, 2015).

A vulnerabilidade feminina ao HIV tem sido identificada como sendo até quatro vezes maior que a do homem por conta da grande carga viral contida no sêmen e ao maior volume quando comparado à secreção vaginal. Além do mais, as mucosas do sistema reprodutor feminino são fisiologicamente mais expostas, favorecendo o risco de lacerações durante a relação sexual, facilitando a contaminação pelo vírus HIV (MEDEIROS, 2013).

A gestação em uma mulher portadora de HIV/AIDS transcende os fatores técnicos e, não está vinculado apenas, ao medo do risco de infecção ao bebê, mas pelo risco social que representativamente está atrelado. O receio de encarar a sociedade e experimentar o preconceito as tornam mais vulneráveis a um leque de problemas, visto que a gestação simboliza um momento de grandes transformações na vida da mulher (MEDEIROS et al, 2015).

A humanização surgiu com a carência de uma nova percepção dos profissionais que lidam com vidas a todo o momento, como é o caso na área de saúde, tornando-se muitas vezes indiferentes pela própria rotina ou por várias outras vertentes, sejam do ofício ou ambiente de trabalho, que prestam atendimentos e cuidados muitas vezes desumanizados, como atos automáticos, o que torna a humanização um desafio. O cuidado humanizado e individualizado cria condições melhores de saúde, melhora a qualidade de vida e satisfação pelo cuidado recebido (SILVA, 2014).

Nesse contexto, a mulher portadora de HIV passa a encarar diversas sensações que vão desde o medo até o isolamento. O preconceito em relação à doença associado às barreiras existentes no mercado de trabalho e a ausência de redes de apoio fazem com que essas mulheres tenham receio em assumir a doença. Desse modo, conhecer as ações que auxiliem no enfrentamento dessa condição, influencia positivamente na construção de um atendimento mais humano, no qual é possível construir um vínculo de confiança entre a gestante e a equipe de saúde tornando o tratamento mais eficaz.

Dessa forma, objetivou-se realizar uma revisão integrativa da literatura sobre as atuais produções científicas acerca das atividades de humanização direcionadas para as gestantes portadoras de HIV/AIDS.

### METODOLOGIA

A metodologia abordada foi a revisão integrativa, visto que trata-se de uma metodologia rigorosa que permite acessar informações mais abrangentes sobre o tema, autorizando o autor a construção do conhecimento, além de fundamentar discussões acerca dos métodos e resultados de estudos, bem como reflexões sobre a elaboração de novas pesquisas (ERCOLE, 2014).

Para guiar esta revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: seleção das pesquisas que integrarão a amostra, definição das características das pesquisas, análise dos artigos encontrados, interpretação dos resultados e relato da revisão.

A busca dos artigos que compuseram a amostra ocorreram em bases de dados científicos como o Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)

e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Para a inclusão dos artigos foram considerados as seguintes características: artigos publicados no período de 2012 a 2017, no idioma português, com o texto disponível na íntegra. Foram desconsiderados artigos duplicados, resumos de eventos e aqueles que não apresentavam informações relevantes ao estudo. O levantamento teórico ocorreu no ano de 2017.

Os descritores foram escolhidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): promoção da saúde, humanização, HIV e gestação.

Na avaliação das informações obtidas, inicialmente, realizou-se a leitura dos resumos a fim de identificar as características essenciais para a estruturação das discussões e eliminar aquelas que não contribuíam para o tema em questão.

Em seguida, para facilitar a análise e apresentação dos artigos selecionados, os mesmos foram dispostos em tabelas nas quais foram descritas informações como título, autores, métodos utilizados, ano de publicação e base de dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 95 artigos no BDENF, contudo, apenas 06 se encaixaram nos critérios de inclusão. Na base de dados do SCIELO foram verificados 80 estudos sobre a temática, destes 03 atenderam aos requisitos estabelecidos anteriormente. No LILACS foram encontrados 20 publicações, no entanto nenhum atendeu aos critérios pré-estabelecidos. Os demais estudos não foram escolhidos por dois motivos, o primeiro refere-se ao período de publicação que não correspondia ao período estipulado pelos autores e, o segundo diz respeito ao tema que diversificava entre os desfechos da gestação em portadoras de HIV e as consequências da transmissão para o recém-nascido.

Durante o levantamento do referencial teórico percebeu-se que a literatura explora amplamente as condições de gestantes portadoras de HIV/AIDS e sua relevância para a saúde pública, todavia ao refinar a pesquisa, limitando o período de publicação e direcionando para as ações de humanização dentro do contexto da promoção da saúde, a quantidade de artigos reduz consideravelmente, fato que justifica a dificuldade em enumerar a bibliografia necessária e a dificuldade em especializar as informações adquiridas.

TÍTULO/AUTOR(ES)	METODOLOGIA	ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE DE DADOS
Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde por gestantes com HIV: revisão integrativa. Autores: Kleinubing RE, Paula CC, Padoin SMM, Ferreira T, Silva FS.	Revisão integrativa	2017	BDENF
Ação interdisciplinar no aconselhamento para gestantes com HIV/AIDS. Autores: Araújo MAL, Reis CBS, Andrade RFV, Silva RM, Gondim APS.	Pesquisa qualitativa	2014	BDENF
Percepção da equipe de enfermagem sobre a gravidez no contexto da infecção do pelo HIV. Autores: Caldas MAG, Porangaba SCF, Melo ES, Gir E, Reis RK.	Estudo qualitativo	2015	BDENF
Mulheres gestantes e puérperas soropositivas para HIV/AIDS: história oral testemunhal. Autores: Medeiros APDS.	Pesquisa qualitativa	2013	BDENF
A experiência da soropositividade para grávidas com HIV/AIDS: preconceito, dor, trauma e sofrimento pela descoberta. Autores: Medeiros APDS, Araújo VS, Moraes MN, Almeida SA, Almeida JN, Dias MD.	Pesquisa qualitativa	2015	BDENF
Ser mãe e portadora do HIV: dualidade que permeia o risco da transmissão vertical. Autores: Contim CLV, Arantes EO, Dias INAV, Nascimento L, Siqueira LP, Dutra TL.	Abordagem quantitativa	2014	BDENF
Contribuições de uma intervenção psicoeducativa para enfrentamento do HIV durante a gestação. Autores: Gonçalves TR, Piccinini CA.	Estudo de caso longitudinal	2015	Scielo

Gestação e HIV: preditores da adesão ao tratamento no contexto do pré-natal. Autores: Faria ER, Carvalho FT, Lopes RS, Piccinini CA, Gonçalves TR, Santos BR.	Estudo transversal	2014	Scielo
Gestante portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. Autores: Cartaxo CMB, Nascimento CAB, Diniz CMM, Brasil DRPA, Silva IF.	Investigação do tipo transversal, de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa	2013	Scielo

Estudos demonstram que a experiência da gravidez em mulheres infectadas pelo HIV é uma situação rodeada pelo receio do preconceito da sociedade, especialmente em relação aos seus filhos, a aflição da reação dos familiares ao descobrir o diagnóstico, da possibilidade de que os filhos sejam órfãos e, que estes sejam contaminados com o vírus (CONTIM et al, 2014).

A desonra e o preconceito são processos de desvalorização dos indivíduos que produzem injustiças sociais e fortalecem as já existentes. O processo social que outorga a discriminação encontra-se associado às questões políticas, econômicas, socioculturais e tende a reproduzir e sustentar a iniquidade social. O preconceito contra os portadores de HIV/AIDS são os maiores obstáculos na luta contra a doença, sendo a assistência, o tratamento e o diagnóstico direitos do paciente (MEDEIROS, 2013).

A estigmatização existente contra grupos da população já marginalizados e discriminados devido à raça, sexo e/ou orientação sexual, a irresponsabilidade e as notícias midiáticas da imprensa relacionadas com o HIV/AIDS trazem à tona inúmeros pontos de vista preconceituosos e pré-concebidos que acarretam em negativismo e não aceitação das pessoas que possuem essa doença. Tratam-se de temas que se tornam presentes na vida da mulher soropositiva para o HIV, podendo interferir na forma como esta perceberá e vivenciará a maternidade (MEDEIROS et al, 2015).

Logo, essas mulheres podem desenvolver estratégias ineficazes para o enfrentamento da doença, como proteção excessiva e medo para com a criança, negação e ocultação da doença. São diversos elementos que perpassam o cuidado de enfermagem na dinâmica do HIV/AIDS, e a gestação representa um momento de suma importância para o planejamento de uma assistência que reconheça a necessidade de estratégias mais delicadas e sensíveis (BRINGEL et al, 2015).

Dessa forma, o desenvolvimento de ações educativas durante todas as etapas do ciclo gravídico- puerperal é muito importante para uma experiência positiva e com menores riscos de complicações no puerpério, transformando a assistência no pré-natal em uma ocasião privilegiada para as discussões, os questionamentos e esclarecimentos com os profissionais atuantes (CAMARGO, 2016).

Promover saúde é uma das finalidades que guiam a política pública de saúde brasileira em relação ao HIV/AIDS através das atividades educativas, atuando profundamente na qualidade de vida e saúde daqueles que dependem do sistema de saúde, exigindo uma maior participação no controle desse processo como democracia, responsabilização, acolhimento, humanização, vínculo e acesso (MEDEIROS, 2013).

## CONCLUSÃO

Verificou-se por meio desse estudo que essas mães lidam com uma doença incurável e estigmatizante que traz diversos desafios diante da gestação e do parto. O aconselhamento pré e pós-teste é um passo importante e deve ser implementado por um profissional preparado para tal. Observou que o apoio tanto da equipe multiprofissional quanto da família tem relevância significativa no cerne da paciente. Compreender e respeitar as demandas das gestantes com sorologia positiva para HIV é o grande desafio a ser vencido, para com isso conseguirmos uma assistência integral e de qualidade sem quaisquer preconceitos. A promoção de saúde bem como a humanização frente ao diagnóstico de HIV na gestação e no parto tem uma melhor resposta sobre a compreensão, adesão e desfecho do panorama onde diminui consideravelmente a morbimortalidade do binômio mãe e filho e da transmissão vertical para o bebê.

## REFERÊNCIAS

BRINGEL, Ana Paula Vieira et al. Vivência de mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS durante a gestação. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, [S.L.], v.14, n. 2, p.1043-1050, 2015. Disponível em: < <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22299/14748> >. Acesso em: 08 set. 2017.



CAMARGO, Regiane Maia. HIV no pré-natal: revisão integrativa da literatura. 2016. 18 f. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidades do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, Porto Alegre, 2016. Disponível em: < [http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/5569/Regiane+Maia+Camargo\\_.pdf?seque nce=1](http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/5569/Regiane+Maia+Camargo_.pdf?seque nce=1) >. Acesso em: 08 de set. 2017.

CONTIM, Carolina Lélis Venâncio et al. Ser mãe e portadora do HIV: dualidade que permeia o risco da transmissão vertical. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.401-406, 2015. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a18.pdf> >. Acesso em: 08 set 2017.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. Revista Mineira de Enfermagem, Minas Gerais, 2014, v. 18, n. 1, p. 1-260. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904> >. Acesso em: 08 set 2017.

MEDEIROS, Ana Paula Dantas Silva et al. A experiência da soropositividade para grávidas com HIV/AIDS: preconceito, dor, trauma e sofrimento pela descoberta. Revista de Enfermagem Uerj, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.362-367, maio 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br>>. Acesso em: 08 set. 2017

MEDEIROS, Ana Paula Dantas Silva. Mulheres gestantes e puérperas soropositivas para hiv/aids: história oral testemunhal. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013. Disponível em: < <http://docs.google.com> >. Acesso em: 08 set. 2017.

RODRIGUEZ, Maria de Jesus Hernández et al. Percepção da mulher HIV-positivo acerca do cuidado pré-natal, parto e puerpério: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE Online, Recife, v.8, n.10, p.3492-3501, 2014. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10082/10528> >. Acesso em: 08 set. 2017.

SILVA, Marcia Araujo da. **ESTRATÉGIA EDUCATIVA VOLTADA PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE HUMANIZAÇÃO À GESTANTE/PUÉRPERA EM AMBIENTE HOSPITALAR.** 2014. 25 f.

Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/>>. Acesso em: 10 set. 2017.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer primeiramente a Deus pelo dom da vida e do conhecimento.

Em segundo lugar aos colegas que desenvolveram esse trabalho de forma conjunta e harmoniosa. Por fim, a todos os profissionais que trazem a humanização aos serviços de saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PEÇA TEATRAL MEXE-MEXE CIDADÃO: A INTERFACE ENTRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ATIVIDADE LÚDICA

Zildene Rodrigues de Lemos<sup>1</sup>, Maria Helena Pereira de Santana<sup>2</sup>, Christiane Teixeira Santos<sup>3</sup>, Adriana Toledo de Paffer<sup>4</sup>, Kelly Walkyria Barros Gomes<sup>5</sup>.

*1 Secretária Municipal de Saúde, Gerência de Promoção e Educação em Saúde (GPES), Maceió - Alagoas- Brasil,*

*2 Pedagoga, no Centro Universitário CESMAC. Maceió-Alagoas-Brasil.*

*E-mail: ces.sms@gmail.com*

*Palavras-chave: Saúde. Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Educação Popular em saúde. Empoderamento.*

### INTRODUÇÃO

O campo da saúde, enquanto prática educativa tem por base o processo de capacitação de indivíduos e grupos para atuarem ativamente sobre a realidade e transformá-la, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde. Nesse sentido, adota-se como referência a Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme as diretrizes também estabelecidas pela carta de Ottawa, realizada em novembro de 1986, que se configurou como uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública (BRASIL, 2002; BRASIL, 2015).

Segundo Maciel (2009), as metodologias de educação em saúde mais adequadas para satisfazer as necessidades de saúde da população, preservando a sua autonomia, valorizando o seu saber e buscando uma melhoria na sua qualidade de vida são a educação popular em saúde e a educação dialógica, na qual uma complementa a outro.

Partindo dessa premissa pretende-se articular as dimensões individual e coletiva do processo educativo pressupondo a compreensão do outro como sujeito, detentor de um determinado conhecimento e não mero receptor de informações, o que implica no respeito ao universo cultural dos participantes, de forma que o saber popular e o científico se complementem numa dinâmica onde esses saberes estejam em relação. Sendo assim, a educação em saúde se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida e com negociações cotidianas nas quais cada um torna a vida social possível, estreitando assim sua relação com a cultura a qual se reproduz sob as mesmas condições relacionadas a educação e a saúde (ACIOLI, 2008).

Nesse sentido, a educação em saúde deve propiciar experiências de aprendizagem e de criatividade para construir conhecimentos e estar voltada para entender a educação não só como melhoria pedagógica, necessária para desenvolver a reflexão crítica, mas voltada para o compromisso da transformação social a partir do indivíduo (ALVES; AERTS, 2011).

Ainda segundo Alves e Aerts (2011), a educação popular se caracteriza por reconhecer que os educandos são sujeitos construtores de seus conhecimentos e que essas construções partem, necessariamente, de suas vidas e a realidade em que estão inseridos, além de ressaltar a importância de resgatar o afeto, as emoções, o estar com o outro, procura situar o ser humano no universo, integrando o conhecimento e entendendo o homem como alguém que se realiza na e pela cultura.

Para Alves e Aerts (2011), a educação popular em saúde pretende investir no diálogo entre os sujeitos, na educação humanizadora e na totalidade das dimensões do sujeito. Além de Procura atuar na perspectiva da construção de uma saúde integral e do alargamento do cuidado à saúde, que inclui não somente os aspectos específicos dos saberes, mas especialmente a articulação com a sociedade civil.

Nesse contexto, o empoderamento se apresenta como processo educativo destinado a ajudar os indivíduos a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente as decisões acerca de sua saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Levando em consideração os apontamentos de Carvalho e Gastaldo (2008), dentre as estratégias priorizadas pela Promoção da Saúde, merecem destaque o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento das ações coletivas. Subsidiando esta estratégia encontram-se princípios que afirmam a importância de se atuar nos determinantes e causas da saúde, da participação social e da necessidade de elaboração de alternativas às práticas educativas que se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais.

O presente trabalho visa contribuir para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e adoção de modos de vida saudáveis, propondo um movimento contínuo de diálogo e troca de experiências.

## **METODOLOGIA**

A peça teatral Mexe-Mexe Cidadão foi criada em 2010, baseada em aspectos da realidade local, visando o desenvolvimento dos Temas Prioritários da Promoção da Saúde através de uma abordagem ampliada, contribuindo com a formação da consciência crítica a respeito dos seus problemas de saúde. Baseada em aspectos da realidade local, estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva visando o cultivo de hábitos e comportamentos saudáveis.

Elaborada nos princípios da modalidade teatro de rua é composta por nove atores, técnicos da Gerência de Promoção e Educação em Saúde, que participaram da sua elaboração através de um processo participativo e problematizador. Tem roteiro próprio, fundamentado na Política Nacional de Promoção da Saúde, enfatiza o folclore e a cultura local, representado pelo Bumba Meu Boi e Guerreiro, num processo contínuo de interação dos espectadores possibilitando a reflexão, ação, reflexão, que se configura enquanto fator importante na construção compartilhada do conhecimento.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A peça configura-se como prática inovadora, criada a partir da realidade territorial num processo dialógico e horizontalizado de construção e reconstrução compartilhada do conhecimento, utilizando de múltiplas linguagens na perspectiva de contribuir para a transformação social a partir da realidade local, dando ênfase ao processo de desconstrução de conceitos, hábitos, valores e posturas.

A mesma tem início com a entrada do grupo em cortejo, cantando em coro música folclórica, logo após o narrador faz uma breve narrativa sobre o contexto do espetáculo. O cenário da apresentação se dá numa feira de rua com uma consumidora e vendedores ambulantes que passam a oferecer cigarro, cachaça, guloseimas, charque, salgadinhos fritos e refrigerantes; ao mesmo tempo, outros vendedores utilizam placas informativas com orientações para escolhas saudáveis. Ao terminar sua feira, a referida consumidora saindo de cena carregando sacolas contendo todos os produtos que foi possível comprar, descarta o lixo no chão poluindo a rua, quando é advertida por outro personagem acerca da sua atitude. O mesmo personagem também interage com o público acerca da responsabilidade de cada sujeito na preservação do meio ambiente. A próxima cena retrata um bêbado e os problemas sociais causados pela ingestão de álcool como a violência e dirigir após ingestão de bebida alcoólica. Retorna à cena a consumidora dos produtos da feira, que após as escolhas por hábitos e consumo alimentares prejudiciais à saúde passa a apresentar problemas de saúde, suplicando ajuda a todos; em interação com o público é sugerido formas diferenciadas de cuidado como adoção de alimentação adequada e saudável, prática de atividade física, entre outras; posteriormente entra em cena um homem estressado e agressivo, falando ao telefone com sua esposa e todos os sujeitos ao seu redor com tom de voz alterado, sendo levado a refletir acerca do seu comportamento exacerbado e o grau de importância que isso representa para ele, tanto no convívio social quanto no seu estado de saúde.

Envolvidos nesse contexto, todos os atores e participantes são sensibilizados para mudança de hábitos e dá-se início a prática de atividade física. Encerrada a atividade são divulgados os serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió no que tange a prática corporal e atividade física, através dos Núcleos de Atividade Física - NAF -, e tratamento e cessação do tabagismo pelos Núcleos de Cessação do Tabagismo. Os personagens saem de cena em cortejo cantando a importância de escolhas saudáveis no cotidiano.

Esta dramatização vem sendo apresentada em vários espaços públicos, eventos e instituições para expectadores diversificados. Neste contexto, a peça teatral Mexe-Mexe Cidadão supera processos que tem como eixo a relação de hierarquia estabelecida, configurando-se como importante ferramenta para o empoderamento, inserido no campo da promoção da saúde tomando a concepção de empoderamento a partir da autonomia do sujeito, como processo pelo qual, as pessoas adquirem o domínio sobre suas vidas, apreendendo conhecimento para tomar decisões acerca de sua saúde (TEIXEIRA; LEÃO, 2002).

## **CONCLUSÃO**

A utilização de metodologias ativas amplia a possibilidade de construção de conhecimento, visto que, ultrapassa a mera relação de ensino/aprendizagem didatizada e assimétrica, pois, supõe uma relação dialógica pautada na horizontalidade entre os seus sujeitos. Propondo um movimento contínuo de reflexão crítica da realidade e do conhecimento de todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, a partir das experiências prévias, estruturas mentais e crenças socializadas.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Brasília, DF: **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, n. 1, p. 117-121, jan-fev. 2008.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**, v. 6, n. 1, p. 319- 325, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63015361030/>. Acesso em: 30 ago de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: 2015. 36p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos em Saúde, Brasília/DF: 2002. 56p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, sup 2, p. 2029- 2040, 2008. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a07>>. Acesso em: 30 ago de 2017.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos **Cogitare Enfermagem**, v.14, n. 4, p. 773-776, out/dez. 2009. < <http://www.redalyc.org/html/4836/483648977026/>> Acesso em: 30 ago de

2017

TEIXEIRA, Mirna Barros; LEÃO, Selma de Souza. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p.<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4977>> Acesso em: 30 ago de 2017

## AGRADECIMENTOS

Aos técnicos da Gerência de Promoção e Educação em Saúde (GPES) do município de Maceió/AL por abraçarem este projeto se transformando em verdadeiros atores, se esforçando para sensibilizar o público e incentivá-los a melhorar sua qualidade de vida. Ao secretário municipal de saúde de Maceió/AL pelo apoio em todas as etapas de construção e nas apresentações da peça teatral Mexe-Mexe Cidadão.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DA SAÚDE COM ADOLESCENTES EVITANDO GRAVIDEZ PRECOCE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Diogo Evangelista Leal<sup>1</sup>, Raquel Ferreira Gomes Brasil<sup>2</sup>, Camila Azevedo Rodrigues Pinto<sup>3</sup>, Antônia Larissa Martins de Farias<sup>4</sup>

*1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica, Centro Universitário Unichristus, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Mestre em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Graduada em Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica, Centro Universitário Unichristus, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: diogo\_mbc07@hotmail.com

Palavras-chave: Adolescência. Gravidez. Sexualidade. Educação.

### INTRODUÇÃO

O adolescer, que compreende o espaço entre os 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias, é um período de transição da infância para a vida adulta, marcada por grandes transformações corporais, cognitivas, emocionais e sociais. Tais modificações afetam os padrões de comportamento dos jovens, tornando-os mais vulneráveis a agravos que acometem sua saúde, dentre estes se destacam aqueles relacionados à sexualidade (SANTOS & SABÓIA, 2017).

É um momento que requer dos profissionais da saúde um conhecimento especializado das singularidades e fatores que envolvem e interferem na vida dos adolescentes. Dentre esses fatores, a gestação representa um evento de enorme significância, e por este motivo merece notoriedade no planejamento das ações desenvolvidas com esse público (DANIELI et al, 2015).

A ocorrência da gestação no período da adolescência é desigual em relação ao território e classe social expondo a fragilidade social que permeia essa condição. Vale ressaltar, ainda, a multifatoriedade que concorre para o início precoce das relações sexuais, acarretando em aumento das gestações indesejadas (DANIELI et al, 2015).

Com a puberdade cada vez mais precoce, a gravidez na adolescência se tornou uma questão de saúde pública preocupante, pois são jovens que não tem maturação física suficiente para serem mães, com aumento das chances de complicações físicas, psicológicas, podendo chegar até a morte para o binômio mãe/filho, ao se responsabilizarem por uma nova vida. Tudo isto gera um grande impacto social, visto que muitas das adolescentes pleiteando o sustento do filho largam o ambiente escolar e vão à busca de emprego e, devido a pouca escolaridade que detém, se veem obrigadas a aceitarem subempregos, trabalhos que não proporcionam condições financeiras suficientes para se sustentar. Logo, muitas vezes, chegam até a abandonar seus recém-nascidos (FRANCISCO, 2016).

Outro ponto importante é o medo que essas adolescentes sentem ao descobrir a gravidez e ter que relatar à família, ao companheiro e à sociedade, escondendo muitas vezes seu estado e assim não buscando os serviços de saúde provocando mais complicações ou optam por abortamentos colocando suas vidas em risco (FRANCISCO, 2016).

O presente artigo visa expor que a promoção de saúde em educação sexual é de extrema relevância para todos os adolescentes que passam a entender todas essas mudanças e também a se proteger de uma possível gravidez.

Desta forma, objetivou-se desenvolver um relato de experiência a partir de uma didática que aborde a temática “Gravidez na adolescência” em uma turma do ensino médio.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência baseado em uma prática educativa em saúde desenvolvida com adolescentes em uma escola municipal de Fortaleza em maio de 2017. A atividade foi desenvolvida por meio de oficinas estruturadas conforme a agenda dos participantes. A oficina tinha por finalidade: transmitir conteúdo de forma dinâmica e flexível, no qual os adolescentes teriam a oportunidade de narrar suas vivências/experiências, dúvidas e, até mesmo interagir com profissionais de maneira mais aberta e sem julgamentos.

Os facilitadores das atividades eram profissionais de saúde, entretanto, a equipe contou com a colaboração dos professores das turmas participantes para a construção do trabalho, através de reuniões, nas quais foram apresentadas a proposta, o objetivo e relevância das oficinas nesses grupos.

Para ministrar as oficinas, organizou-se uma atividade educativa e participativa dividida em duas etapas, descrita a seguir:

Aplicaram-se aulas expositivas dialogadas sobre o que é adolescência e as dificuldades encontradas nesse processo, o significado da sexualidade e importância de sua valorização, gravidez na adolescência e suas consequências;

Foram realizadas dinâmicas em grupo, com perguntas estruturadas e outras livres realizadas pelos próprios participantes, a fim de constatar a fixação dos assuntos expostos.

As informações referentes aos sujeitos, como a descrição da atividade realizada, foram adquiridas a partir das ações desenvolvidas durante a oficina, neste estudo não foi usado instrumentos para a coleta de dados, portanto não se fez necessário a aquisição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade contou com a participação de duas turmas, do período vespertino, constituídas por 25 alunos cada uma. O tema da atividade em questão e a implementação foram elaborados com base na observação do contexto no qual os participantes estavam inseridos, detectando aspectos relevantes para o tema tais como, dúvidas, fragilidades e interesses.

A ação iniciou com uma explanação acerca da proposta da oficina pedagógica, com o intuito de esclarecer que não se tratava de uma aula ou palestras, nas quais ocorrem apenas a transmissão de conteúdos, com pouca ou nenhuma participação da plateia.

Inicialmente, os alunos se mostraram pouco a vontade para participar, permanecendo calados e se limitando a simples observação do que estava sendo exposto. Contudo, à medida que os profissionais explicavam a necessidade da conversa, utilizando-se de uma linguagem verbal mais compreensível e, até mesmo, usando as gírias popularmente adotadas pelos adolescentes, aos poucos o grupo foi adquirindo confiança em perguntar, contar suas experiências, seus sentimentos e inquietações, deixando claro o quanto são carentes de atenção e que, na maioria das vezes, não percebem a importância de protagonizarem a transformação da sua realidade com uma mudança de atitudes positivas e responsabilização dos próprios atos.

Ao final da oficina, percebeu-se a capacidade que as ações de educação em saúde possuem em influenciar na construção de uma realidade positiva, motivadora e transformadora. Essa percepção surgiu a partir do momento em que a equipe conquistou a confiança do grupo e, que com o desenrolar das atividades, estes demonstraram maior abertura para receber orientações, dando total atenção a tudo o que era apresentado e, também, com a satisfação dos professores em observar a interação criada entre eles mesmos.

Logo, acredita-se que as ações de educação em saúde são capazes de potencializar o desenvolvimento da autonomia e corresponsabilização dos sujeitos no cuidado com a própria saúde, garantindo-lhes o direito de decidir as estratégias mais adequadas a sua realidade (DANIELI et al, 2015)

## CONCLUSÃO

A experiência foi deveras proveitosa, uma vez que todos os participantes demonstraram real interesse no assunto, colaborando para o surgimento de inúmeros questionamentos sobre o tema. Este fato permite constatar que se trata de um trabalho atual e, que sempre será alvo de discussões entre jovens e profissionais de saúde.

Para uma jovem não se tornar mãe com tão tenra idade, há necessidade de mudanças nas estruturas sociais e psicológicas. Assim sendo, a promoção de saúde é apontada como ferramenta essencial para abordagem do assunto, visto que permite a participação espontânea do público-alvo e faz com que preconceitos e barreiras atrelados a temática sejam desconstruídos.

Assim, conclui-se que o profissional de enfermagem deve desenvolver suas ações com respaldo na construção das potencialidades do ser humano, no anseio de modificar sua realidade e, principalmente, no respeito do direito de escolha dos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

DANIELI, Guiomar Luciana et al. **Percepções sobre a gestação e experiências de educação em saúde: perspectivas de adolescentes grávidas.** Revista de Enfermagem UFPE Online, Recife, v.9, n.2, p.573- 581,

2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10374/11114>>. Acesso em: 09 set. 2017.

FRANCISCO, Milena Maria de Luna. **ABORDAGEM DO TEMA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA: RELATO DE EXPERIENCIA DIDATICA EM TURMA DO ENSINO MÉDIO**. 2016. 42 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Biológicas, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016. Disponível em: < <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/11984/1/PDF%20-%20Milena%20Maria%20de%20Luna%20Francisco.pdf> >. Acesso em: 09 set. 2017.

SANTOS, Carolina Lima dos; SABÓIA, Vera Maria. Sexualidade e saúde na adolescência: relato de experiência. **Academus Revista Científica da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.1-9, jan. 2017. Disponível em: < <http://smsrio.org> >. Acesso em: 09 set. 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer primeiramente a Deus pelo dom da vida e do conhecimento.

Em segundo lugar à Universidade Federal do Ceará e aos colegas que desenvolveram esse trabalho de forma conjunta e harmoniosa.

Por fim, a todos os alunos que participaram da educação em saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## RODA DO QUARTEIRÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO COMBATE A DENGUE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

David Gomes Araújo Júnior<sup>1</sup>, Normanda de Almeida Cavalcante Leal<sup>2</sup>, Joelia Oliveira dos Santos<sup>3</sup>, Isabel Mendes Portella<sup>4</sup>.

*1 Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), Sobral-Ceará-Brasil.*

*2 Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), Sobral-Ceará-Brasil.*

*3 Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), Sobral-Ceará-Brasil.*

*4 Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), Sobral-Ceará-Brasil.*

E-mail: David-junior23@hotmail.com.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, educação em saúde, Dengue, Roda do Quarteirão, Comunidade.

### INTRODUÇÃO

A dengue constitui um grande desafio para a saúde pública do Brasil, visto o grande crescimento no número de casos notificados e confirmados, estando também listado na Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011, como uma das doenças de notificação compulsória. Isso se deve às condições ambientais e climáticas que são favoráveis à proliferação do vetor, mosquito do gênero *Aedes*, sendo este de comportamento urbano e doméstico, e tornando a doença um potencial de disseminação.

A transmissão tem ocorrido de forma contínua no Brasil desde 1986, intercalando-se com epidemias, em geral associadas à inclusão de novos sorotipos em áreas anteriormente endêmicas ou modificação do sorotipo predominante. O maior surto no Brasil ocorreu em 2013, com aproximadamente 2 milhões de casos notificados. Atualmente, circulam no país os 4 sorotipos da doença (BRASIL, 2009).

A nível municipal, em Sobral, a ocorrência da dengue se mantém sob controle, foram notificados 2.631 casos no ano de 2016, desses foram confirmados 686 casos de dengue, onde o município apresentou um índice de infestação predial 0,20. A meta a ser alcançada para evitar a transmissão de dengue é manter os índices de infestação predial pelo *Aedes aegypti* abaixo de 1% durante todo o ano (CEARÁ, 2016).

Recentemente, surgiram novos elementos no contexto das epidemias de dengue, isto é, a febre Chikungunya e o Zika vírus, acompanhados da microcefalia e da síndrome de Guillain-Barré. A comprovação de vínculo epidemiológico entre o Zika vírus e o aumento de crianças nascidas com microcefalia gerou uma comoção nacional e uma preocupação maior das autoridades sanitárias (SANTOS, OLIVEIRA e LIMA, 2016).

Milhões de pessoas são afetadas pela dengue todos os anos, em epidemias que tiram o estudante da escola e o trabalhador do trabalho, com prejuízos financeiros para a economia do país e para o sistema de atenção à saúde. As estratégias e as táticas utilizadas para o combate parecem não ser as mais corretas, haja vista as recorrentes epidemias da doença que ocorrem no país há mais de trinta anos. Ao longo do tempo muitas mudanças ocorreram na sociedade em diversas esferas. Com a saúde não foi diferente, pois os processos de transformação social implicam conseqüentemente na transformação de problemas de cunho sanitário. Assim, as intervenções para a resolução deste problema vão além da atuação do setor saúde.

A única forma de evitar a expansão da dengue é a participação consciente da população, mediante estratégias mais rigorosas de combate e de controle do vetor. É necessário que a sociedade sinta-se responsável por sua saúde e dos seus familiares e/ou vizinhos, pois o trabalho comunitário nesses casos é de grande importância para eliminar o mosquito transmissor (BRASIL, 2009). A promoção da saúde vem como estratégia que tem seu foco nos fatores determinantes do processo saúde-doença e propõe ações que se baseiam em uma perspectiva ampliada de saúde, sem fragmentações e potencializando as capacidades de sujeitos e comunidades na transformação de suas realidades, promovendo o fortalecimento da atenção básica.

Assim, a Ação Educativa em Saúde (AES) deve ser considerada como um processo dinâmico, contínuo e que promova a produção coletiva de conhecimentos e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros. Os encontros pontuais da comunidade com os profissionais nos Centros de Saúde da Família (CSF) nem sempre são oportunos para o diálogo e a reflexão sobre as práticas em saúde. Portanto o relato tem como objetivo descrever



a experiência de um modelo de diálogo reflexivo com a comunidade através do projeto “roda do quarteirão” com a finalidade de quebrar as barreiras de acessibilidade aos cuidados no Centro de Saúde da Família.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência que descreve as ações de educação em saúde, com foco no combate à dengue, desenvolvidas em um bairro do Município de Sobral-CE, na área adscrita do CSF Expectativa no período de junho a julho de 2017, pelos integrantes da equipe multiprofissional da Residência em Saúde da Família em parceria com a Equipe de Saúde da Família (ESF), Agentes de Combate a Endemias (ACE), GT de Arte e Educação popular em saúde, vigilância epidemiológica (VIGEP) e a Secretária de Conservação e Limpeza Pública.

A escolha dos quarteirões para realização das atividades foram mediante a apresentação do relatório da Vigilância epidemiológica (VIGEP) das ruas com maiores índices de notificação e foco positivo para o mosquito do gênero *Aedes*. Após apresentação foi organizado um calendário com os dias e os quarteirões que seriam contemplados com os encontros. No total aconteceram 6 encontros, onde era escolhida a calçada de um dos moradores da rua para realização das atividades. O evento foi divulgado mediante convite à população, abordagem domiciliar e cartazes.

O projeto denominado de “Roda do quarteirão” envolveram diversas atividades, como rodas de conversas, exposições de exemplares do mosquito transmissor da dengue, apresentações lúdicas, cortejos além do uso de material ilustrativo. Como as ações destinaram-se a públicos diferentes (crianças, jovens e adultos) foram necessárias adaptações para uma melhor compreensão do tema. Todas as atividades foram registradas na forma de relatórios e fotografias. Os relatórios descreveram as atividades, os instrumentos e os equipamentos empregados. Já as fotografias foram tiradas com aparelhos celulares e câmeras fotográficas digitais amadoras.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esse projeto “Roda do quarteirão” é uma realidade em alguns territórios da ESF de Sobral que busca trocar experiências com a comunidade, realizar a escuta e a partir de então construir um conhecimento mútuo. Oliveira e Lima (2012) dizem que a mobilização da comunidade não nasce espontaneamente, é preciso que as pessoas sintam-se pertencentes e se identifiquem com o que está sendo proposto.

A roda do quarteirão surgiu como uma proposta de intervenção, visando apoderar a comunidade com relação à Política de Saúde e orientações sobre práticas saudáveis, bem como sobre o processo saúde-doença. Teve como base o fomento à participação social e a consciência pela busca dos direitos relacionados à saúde, como forma de construção da autonomia e fortalecimento dos atores sociais envolvidos neste processo. Caracterizou-se pela inversão do *modus operandi* na ESF, uma vez que os profissionais vão ao encontro da comunidade, extravasando os muros do CSF, para discutir temáticas relevantes para comunidade.

Dentre as atividades realizadas no projeto, houve ainda mutirões de combate à dengue. Foram realizados cortejos pelas ruas dos quarteirões que mais notificaram casos ou apresentaram foco positivo, contamos com a participação do GT de arte e educação popular em saúde que conduzia o momento com esquetes teatrais e músicas que tinham como objetivo chamar atenção da comunidade em relação às formas de prevenção de novos focos positivos do mosquito *Aedes*. A caminhada em busca de verificar como estava o ambiente doméstico, contou com ACS, Residente e Agente de Combate a Endemias. Esta estratégia contou com o apoio dos moradores, onde os profissionais da saúde, não apenas adentrava nos domicílios para verificação do ambiente, bem como disseminava informações a cerca de prevenção e manejo da dengue, para um cuidado individual e coletivo. E assim foram percorridas várias ruas, com o objetivo de prevenção da doença e promoção da saúde.

A estratégia de levar a temática para além dos muros da unidade de saúde, ir até onde a comunidade costuma se reunir pra conversar, socializar e debater questões cotidianas mostrou-se uma ferramenta de cuidado estratégica, no que diz respeito à conscientização da população quanto aos cuidados para evitar a proliferação do mosquito, aos sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento das enfermidades supracitadas, além da população reconhecer a prática como relevante para ampliar o vínculo da unidade de saúde com a comunidade, formando parcerias no combate a proliferação do mosquito.

Durante os encontros os moradores puderam fazer perguntas e expressar seus conhecimentos sobre questões como, quais os cuidados necessários para combater o mosquito? Como essas doenças são transmitidas? Quais os sinais e sintomas da dengue, chikungunya e Zika vírus? E os profissionais de saúde seguiam com o esclarecimento de dúvidas sobre o assunto. Durante os encontros, observamos déficit de conhecimento em relação à dengue na comunidade em todas as faixas etárias, comprovada por comentários como: “quem teve dengue uma vez não tem outra vez?”, referindo-se às larvas do mosquito; “Eu já tinha visto esses bichinhos em minha casa, mas pensava que era só [um inseto] cabeça-de-prego”. Outro problema observado foi à falta de informação dos participantes sobre os procedimentos quando alguém ou um membro da família estiver infectado pelo vírus da dengue.

Não há a hipótese de controlar a dengue sem que a população assuma essa tarefa de cuidar da sua saúde, de cuidar uns dos outros e cuidar da sua casa, do seu bairro e da sua cidade. A dengue não está apenas condicionada pelas condições biológicas do mosquito ou climáticas, mas os determinantes sociais da organização da comunidade e do território é que são mais importantes para a transmissão da doença (SANTOS, OLIVEIRA e LIMA, 2016).

E é justamente nesse sentido que as Rodas do Quarteirão, através do diálogo, das discussões, trocas de informações e saberes entre profissionais de saúde e população, ocupavam o território, as calçadas e as ruas onde a vida acontecia. De modo que ao chegar até as pessoas entravam em contato com o cotidiano e com as experiências de saúde, adoecimento e cuidado que eram produzidas a partir do que as pessoas sabiam sobre as arboviroses e seus desdobramentos sobre a vida no território.

Ademais, os espaços de diálogo tecidos no encontro com a população produziram aproximação entre os saberes, significados e sentidos que as pessoas produzem, fortalecendo assim a ideia de que no combate às arboviroses as pessoas do território se configuravam como atores corresponsáveis do trabalho em saúde. Tanto que a postura da equipe de ESF, dos ACE, do GT de Arte e Educação popular em saúde, da (VIGEP) e a Secretária de Conservação e Limpeza Pública, não tinha como objetivo culpabilizar a população pelos índices altos das arboviroses, mas sim trabalhar a Educação em Saúde e agregar mais pessoas na luta por melhores condições de saúde e cuidado.

Os espaços locais, espaços sociais; são locais de vida. O espaço local vai além das demarcações geográficas: “mas é também o bairro, o quarteirão que vivemos”. Configura-se em espaços que as pessoas vivem seu cotidiano e estabelecem relações sociais de maneira democrática e efetivo exercício de cidadania (DAWBOR, 1996; GOYA, 2013).

Estes espaços sociais são lugares estratégicos e tornam-se um campo para estudo da promoção da saúde, por entender que saúde é produzida em todos os meios onde as pessoas vivem, trabalham, amam, e remete-se ao lugar como espaço para análise e intervenção. Desta forma, o espaço social é o local estabelecido por atores sociais, produto de uma dinâmica social, onde se tencionam sujeitos, na luta por seus interesses e necessidades objetivas e subjetivas (MINAYO, 2002a, SILVA, 2009). É fundamental a compreensão da responsabilização em saúde no âmbito individual e coletivo.

Para avançar além da prevenção prescritiva, deveríamos pensar em promoção da saúde, que tem como um dos seus princípios o empoderamento dos sujeitos para o autocuidado. Poderíamos entender isso com o seguinte slogan: cada um cuidando de sua própria saúde, da saúde dos que estão a sua volta e do lugar onde vive (SANTOS, 2016). Nesse sentido, se vislumbrava a possibilidade da criação de territórios saudáveis como estratégia fundamental para o controle da dengue.

Verifica-se, portanto que as práticas de educação e promoção à saúde, com mobilização social, são instrumentos viáveis e necessários no combate à dengue, que tornam possível interferir de forma positiva no processo saúde-doença. As ações de promoção à saúde, desenvolvidas com a comunidade encorajam o autocuidado, proporcionam a formação de multiplicadores de conhecimento e, conseqüentemente, contribuem para a redução e o controle da doença.

## CONCLUSÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta como vantagem a imersão na comunidade atuando junto às famílias. Esse modelo de atenção prima por “dar voz ao povo” de modo que este venha a direcionar a atenção à saúde de acordo com suas necessidades. A proximidade da ESF com a comunidade favorece a implementação das ações de saúde, dentre as quais se destaca a educação, cuja finalidade é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica sua realidade e decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar, realizar e avaliar ações. Engendrando, assim modos de pensar e fazer saúde a partir das necessidades, realidade e potencialidades que o território possui e pode desenvolver, sempre levando em consideração os Determinantes Sociais de Saúde que atravessam a experiência de adoecimento, saúde e cuidado.

O fato de se trabalhar com parte significativa da comunidade de um território foi desafiador, mas da mesma forma empolgante. A mudança de atitude da população presente no grupo demonstrou o aprender e o apreender do conhecimento construído em roda. A Roda do Quarteirão facilitou as condições para as pessoas encontrarem a melhor forma de cuidar da saúde, tendo atitudes conscientes. Assim, essa experiência vem sendo praticada mensalmente em alguns territórios da ESF de Sobral-CE, haja vista as evidências acima descritas, que demonstra o quanto essa proposta representa uma estratégia potencializadora da promoção da saúde.

## REFERÊNCIA

BRASIL. Dengue: decifra-me ou devoro-te. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Caderno de Informação em Saúde - Região de Saúde de Sobral. Fortaleza: Secretaria do Estado do Ceará, 2016.

DOWBOR, L. Da globalização ao Poder Local: a Nova Hierarquia dos Espaços, In: Pesquisa e Debate, PUC- SP, Vol. 7, número 1(8), 1996.

GOYA, N. Promoção da saúde, poder local e saúde da família: estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos-humanamente solidários e felizes. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 4, n. 1, 2013.

MINAYO, M.C.S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M.C.S., MIRANDA, A.C. (orgs.) Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002a. p. 173-89.

OLIVEIRA, J. C. de; LIMA, S. do C. Mobilização comunitária e vigilância em saúde no controle dos Aedes e prevenção da dengue no distrito de Martinésia, Uberlândia (MG). Boletim Campineiro de Geografia, Campinas, v. 2, n. 1, p. 121-169, 2012.

SANTOS, F. de O. Promoção da saúde para a construção de territórios saudáveis: estratégias a partir da escola e da unidade básica de saúde da família, em Uberlândia (MG). 2016. 316f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

SANTOS, F. O.; OLIVEIRA, J. C. de; LIMA, S. do C. Promoção da saúde, mobilização comunitária e intersetorialidade para o combate ao Aedes aegypti, em Uberlândia, Minas Gerais. Em Extensão, Uberlândia, v. 15, n. 2, p. 64-75, jul./dez. 2016.

SILVA, K.L. Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana. 2009. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSFVS pela participação com a presença do GT de Arte e Educação Popular em Saúde. A contribuição da vigilância epidemiológica (VIGEP) e da Secretária de Conservação e Limpeza Pública fornecendo material gráfico e dados epidemiológicos para uma melhor efetivação das ações.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AValiação DA COMPRA DE MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM UM MUNICÍPIO INTERIORANO

**Carlos André Lucas Cavalcanti<sup>1</sup>, Syllas Rhuan Pereira Soares da Silva Portácio<sup>2</sup>, Oneide Facundo Vasconcelos de Oliveira<sup>3</sup>, Donato Mileno Barreira Filho<sup>4</sup>, Karla Bruna Nogueira Torres Barros<sup>5</sup>, Sâmara Paula Ferreira Mota Colares<sup>6</sup>**

*1 Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Centro Universitário Católica de Quixadá- Uicatólica, Quixadá-Ceará-Brasil*

*3 Residência Multiprofissional em Saúde-Ênfase em Pediatria, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: clucascavalcanti2@gmail.com*

*Palavras-chave: CEME. Política Nacional de Medicamentos. RENAME. Assistência Farmacêutica. SUS.*

### INTRODUÇÃO

A assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica, também é área de atuação do SUS (BRASIL, 2008). A Política Nacional de Medicamentos (PNM) definiu a assistência farmacêutica como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade (BRASIL, 1990). De acordo com Marin et al. (2009) esclarecem que, “para o Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde”. Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde publicou o documento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que reforça a idéia de que a assistência farmacêutica é parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido com uso racional (BRASIL, 2009)

Visando normalizar a participação das três esferas de governo no financiamento da assistência farmacêutica (AF), o Ministério da Saúde (MS) emitiu a Portaria N° 176/99 estabelecendo critérios e requisitos para habilitar municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), incluído no Piso de Atenção Básica (PAB). A portaria relata que os recursos deveriam ser disponibilizados, a cada mês, na conta do Fundo Municipal de Saúde ou do Fundo Estadual de Saúde, de acordo com pacto realizado no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite /CIB/ (BRASIL, 1999, 2000, 2001, 2002).

Como uma forma de ampliar e garantir o acesso aos medicamentos foi que o MS criou o Banco de Preços em Saúde (BPS), que é um sistema informatizado que registra, armazena e disponibiliza por meio da internet, os preços de medicamentos e produtos para a saúde, que são adquiridos por instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. Os preços são inseridos pelas próprias instituições e representam os valores pagos no momento da compra daqueles bens. Além de tornar públicas as informações sobre os preços, o sistema proporciona a visualização de relatórios gerenciais, visando auxiliar as instituições na gestão de seus recursos financeiros (PORTAL SAÚDE, 2014).

O presente estudo terá por objetivo analisar o modelo de compra centralizada de medicamentos da atenção básica de Banabuiú/CE, realizada pela Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado do Ceará (COASF/CE), através do comparativo do custo de aquisição destes medicamentos da atenção básica, fazendo um comparativo com a compra descentralizada utilizando o BPS e municípios da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco.

### METODOLOGIA

#### Tipo de estudo

É um estudo retrospectivo, da Programação Pactuada e Integrada de Medicamentos (PPI de medicamentos), dos anos de 2011, 2012 e 2013, fundamentado em pesquisa no Banco de Preços em Saúde do Ministério da Saúde, no Relatório Anual de Gestão da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco de 2012 (RAG/AF/PE/2012) e documental.

## Período e local de estudo

Foi realizado na Assistência Farmacêutica de Banabuiú/CE, e na Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco, no período de junho de 2013 à abril de 2014.

## Coleta de dados

A revisão sistemática da literatura foi realizada através de levantamento bibliográfico por meio das bases de dados Scielo e Lilacs, pesquisando artigos publicados entre 2000 a 2014, que discorrem sobre a gestão pública no tocante aos medicamentos, utilizando o cruzamento das seguintes palavras-chave: CEME, Política Nacional de Medicamentos, RENAME, Assistência Farmacêutica, SUS, ANVISA, Medicamentos Essenciais.

Quanto aos dados relacionados aos medicamentos adquiridos, quantidades, valor monetário unitário e modelo de compra (centralizado ou descentralizado), foram realizados a partir de notas fiscais emitidas pelo COASF/CE à Assistência Farmacêutica de Banabuiú/CE e pelo Relatório Anual de Gestão da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco de 2012 (RAG/AF/PE, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A REMUME da atenção básica de Banabuiú nos anos de 2011, 2012 e 2013, constou de 108, 116 e 114 itens respectivamente. Foi realizada uma curva ABC para cada ano, onde foi possível a seguinte análise e trabalhamos a Curva A de cada ano, conforme tabela 3:

Tabela 3- Análise do custo da compra de medicamentos da atenção básica, Banabuiú 2014.

AF/BNB	2011	2012	2013
Custo da compra centralizada (R\$)	151.884,88	151.884,88	151.884,88
Total de itens da curva A	30	34	32
% de itens da curva A	27,7	29,3	28
Valor da curva A (R\$)	102.515,00	99.473,59	111.571,70
% do custo da curva A	67,5	65,5	73,5

O comparativo do custo dos medicamentos adquiridos pela Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú, com o Banco de Preços em Saúde (BPS), foi realizado com os itens iguais da Curva A de cada ano e que constavam no BP/MS, conforme tabela 4:

Tabela 4- Comparativo do custo de aquisição dos medicamentos adquiridos pela Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú, com o BPS, Banabuiú/CE 2014.

ANO	Itens da curva A e que consta no BPS	Valor da curva A pela compra centralizada (R\$)	Valor da curva A pelo preço do BPS (R\$)
2011	23	84.125,00	342.626,98
2012	33	97.649,59	205.800,27
2013	32	111.571,70	139.662,47

É possível verificar que a economia para a aquisição dos medicamentos da atenção básica da curva A em 2011 foi de 307% e que nos anos de 2012 e 2013 foram de 110,75% e 20%, respectivamente.

## CONCLUSÃO

Através do presente estudo foi possível perceber que o valor monetário de R\$ 151.884,88 destinado à compra de medicamentos da atenção básica pela Assistência Farmacêutica de Banabuiú/CE não variou de 2011 à 2013.

A aquisição de medicamentos da atenção básica de Banabuiú/CE, quando comparado ao Banco de Preços em Saúde (BPS), se conclui que é vantajoso a compra centralizada, pois foi possível reduzir o custo para a aquisição dos medicamentos da atenção básica em 307%, 110,75% e 20%, nos anos de 2011, 2012 e 2013, respectivamente.

Usando a ferramenta de pesquisa, o BPS, fizemos o comparativo da compra centralizada de Banabuiú/CE, um município de pequeno porte, com Fortaleza/CE, capital do Ceará e município de grande porte, que utiliza o modelo

de compra descentralizado, chegando-se a conclusão de que o custo dos medicamentos da atenção básica foram iguais.

Desta forma, foi possível concluir que o custo de aquisição de medicamentos da atenção básica para municípios com características semelhantes ao município em análise, Banabuiú/CE, é vantajoso o uso da compra centralizada, pois adquire o medicamento com um menor preço.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. da L. A. de et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p.611-617, 2008. Supl.

ANDRADE, M. A. Avaliação do consumo de medicamentos em idosos no município de Londrina-PR. 2003. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2003.

ATLAS Brasil. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013**. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil\\_print/cedro\\_pe](http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/cedro_pe)>. Acesso em: 10 jul. 2014.

BERMUDEZ, J. A. Z. ; BONFIM, J. R. de A. (Orgs.). **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: Hucitec, Sobravime, 1999.

BRASIL. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, jun. 1971.

Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2006.

. Resolução CNS no 338/2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/resolucaocns338/cns.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

PESSOA, Nívea Tavares. **Perfil das solicitações administrativas e judiciais de medicamentos impetrados contra a Secretaria do Estado do Ceará**. Fortaleza, 2007.

PORTAL SAÚDE. **Banco de preços em saúde**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=939](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=939)>. Acesso em: maio 2014.

## AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer em primeiro lugar á Deus, aos Nossos Professores, ao nosso orientador e a Faculdade Católica Rainha do Sertão que nos ofereceu todo suporte para o desenvolvimento do projeto.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONDIÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS

**Maria Vieira de Lima Saintrain<sup>1</sup>, Carina Barbosa Bandeira<sup>2</sup>, Marina Arrais Nobre<sup>3</sup>, Rafaela Laís e Silva Pesenti Sandrin<sup>3</sup>, Ana Ofélia Portela Lima<sup>4</sup>, Debora Rosana Alves Braga de Figueiredo<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil [mvsaintrain@yahoo.com.br](mailto:mvsaintrain@yahoo.com.br)  
<sup>2</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza. Fortaleza-Ceará- Brasil [carinabbezerra@gmail.com](mailto:carinabbezerra@gmail.com).

<sup>3</sup> Acadêmicas do Curso de Medicina, bolsistas de iniciação científica da Universidade de Fortaleza e FUNCAP: [marina.nobre1995@gmail.com](mailto:marina.nobre1995@gmail.com); [rafaelasandrin@hotmail.com](mailto:rafaelasandrin@hotmail.com)

<sup>4</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-Ceará-Brasil [anaofelia.pl@gmail.com](mailto:anaofelia.pl@gmail.com).

<sup>5</sup> Graduada pelo curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza-Ceará-Brasil:

E-mail: [deboraabraga@gmail.com](mailto:deboraabraga@gmail.com).

Palavras-chave: Idosos. Diabetes mellitus. Avaliação nutricional.

### INTRODUÇÃO

Com a transição epidemiológica que diversos países do mundo têm experimentado, a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) eleva-se de modo que se torna prioritário a necessidade de discutir ações de promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas a estes agravos (KALACHE, 2008).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), as DCNT foram responsáveis por 68% de 38 milhões de mortes em 2012 em todo mundo e 68,3% no Brasil em 2011, sendo o diabetes *mellitus* (DM) responsável por 5,3% destas mortes (WHO, 2014; MALTA et al., 2014).

Dessa forma, o DM torna-se grave problema de saúde pública, principalmente porque a porcentagem de adultos acometidos pela comorbidade aumenta com a idade. Em 2014, a população mundial portadora da doença era de 422 milhões, tendo este número praticamente dobrado desde 1980: de 4,7% da população para 8,5% (WHO, 2016). Estima-se que possa atingir 592 milhões de pessoas em 2035 (FOROUHI, 2014).

Investimentos realizados na área de pesquisa médica permitiram grande redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, alavancando uma mudança no perfil demográfico da sociedade brasileira que passou de uma população jovem para uma envelhecida, de modo que desde 1940 a população com 60 anos ou mais apresentou as mais altas taxas de crescimento populacional, atingindo 20,5 milhões de idosos em 2012 (MIRANDA, 2016; KUCHEMANN, 2012).

Desde então, as DCNT ganharam um papel importante na saúde do país, sendo consideradas, na atualidade, a principal causa de mortalidade nesta faixa etária (BARTHLOW, 2012). Elas incluem quatro grupos de doenças: cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes; que têm em comum muitos fatores de risco característicos do estilo de vida ocidental, como o sedentarismo, estresse, obesidade e tabagismo (BARTHLOW, 2012).

Entretanto, além dos fatores de risco comuns à vida ocidental, o envelhecimento por si só provoca alterações na composição corporal do ser humano, seja através diminuição da taxa de metabolismo basal, que aumenta a proporção de massa gorda em relação à magra, como também por meio de alterações inerentes à senilidade, que acarretam em diminuição do apetite, da capacidade visual, olfativa e gustativa, resultando em menor ingestão de nutrientes (ASSUMPÇÃO, 2014). Diante deste contexto, os distúrbios alimentares são comuns nos idosos, podendo acarretar obesidade e desnutrição, ainda mais prejudicados pela incapacidade, isolamento social e distúrbios de humor (SOENEN, 2013; INZITARI, 2011).

Paralelamente, estudos demonstram que o DM tem importante papel na prevalência de distúrbios alimentares em idosos acometidos pela comorbidade. O estudo PREDyCES® (*Prevalence of hospital malnutrition and associated costs in Spain*) realizado com 387 pacientes diabéticos na Espanha em 2009, concluiu que diabetes *mellitus* e idade avançada são fatores de risco para a desnutrição. Esta pode ser causada por dieta pobre ou má absorção e leva à deficiência de proteína, energia e outros nutrientes, o que afeta vários órgãos e sistemas, causando importantes alterações digestivas, imunes e musculares. Em consequência, os pacientes estão sob risco de complicações infecciosas e não infecciosas e aumento da morbimortalidade, custos e tempo de internação (LEÓN-SANZ et al, 2015; MENON et al, 2016).

Diante deste contexto, a avaliação nutricional de idosos com diabetes *mellitus*, objetivo do presente estudo, possibilita caracterizar as necessidades desta parcela da população no que concerne a sua dimensão

socioeconômica e prover subsídios para promoção de políticas públicas voltadas ao idoso com risco nutricional e desnutrição. Propõe a discussão e o planejamento de estratégias de promoção, prevenção e controle de danos à saúde, bem como contribui para a capacitação dos profissionais de saúde diretamente ligados aos idosos.

## METODOLOGIA

Constituiu-se de pesquisa transversal, quantitativa, descritiva e analítica de pessoas idosas com 65 anos e mais, assistidas pela atenção especializada do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH), escolhido por se tratar de um centro de referência no Estado do Ceará no atendimento de pessoas com Diabetes e Hipertensão.

O instrumento utilizado para a avaliação nutricional foi o *Mini Nutritional Assessment* (MNA®), escolhido por ter sido desenvolvido para avaliação nutricional de idosos, tratando-se de um método de triagem sensível para identificar risco nutricional e desnutrição em estágio inicial, uma vez que inclui aspectos físicos e mentais que frequentemente afetam o estado de nutrição do idoso, além dos aspectos dietéticos (GUIGOZ, VELLAS, GARRY, 1994). Permite identificar pacientes idosos desnutridos ou com risco de desnutrição mesmo antes de ocorrer mudança de peso ou alteração nos níveis de proteínas séricas.

O questionário é dividido em triagem e mais quatro partes: avaliação antropométrica (IMC, circunferência do braço, circunferência da panturrilha e perda de peso), avaliação global (perguntas relacionadas ao modo de vida, medicação, mobilidade e problemas neuropsicológicos), avaliação dietética (perguntas quanto ao número de refeições, ingestão de água, frutas, verduras, derivados do leite e autonomia na alimentação), e auto avaliação (auto percepção da saúde e condição nutricional).

Para triagem, o máximo de pontos a ser obtido é catorze. O escore de doze pontos ou mais classifica o idoso como fora do risco de desnutrição; caso seja inferior, deve-se prosseguir a investigação e aplicação de todo o questionário. Para o questionário total da MNA, os escores são: estado nutricional adequado quando maior ou igual a 24; risco de desnutrição quando entre 17 e 23,5; e desnutrição quando menor que 17. O escore máximo a ser atingido é de 30 pontos. A sensibilidade dessa escala é de 96%, a especificidade 98% e o valor prognóstico para desnutrição 97% (BEGHETTO et al, 2008). É um questionário rápido e simples, que pode ser preenchido em ambiente comunitário ou hospitalar (GUIGOZ, VELLAS, GARRY, 1994; GUIGOZ, 2006; SBNPE, 2011).

A coleta dos dados foi realizada de Julho de 2016 a Junho de 2017, com um total de 248 idosos avaliados. Os dados foram digitalizados e analisados por meio do Software Statistical Package for Social Science - SPSS versão 20 (SPSS Co., Chicago, USA).

O projeto de pesquisa, depois de submetido e aprovada anuência pelo CIDH, foi submetido à apreciação da Plataforma Brasil, conforme dita a Norma da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho no Diário Oficial da União (BRASIL, 2013) e aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer no. 1.666.717. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram respeitados os princípios básicos da Bioética.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de idosos participantes da pesquisa, a média de idade foi de 73 anos ( $\pm 6,4$  anos), com predominância do sexo feminino (56,5% vs 43,5%). A média do tempo em anos de diagnóstico de diabetes foi de 14,1 anos ( $\pm 9,6$  anos).

Concernente aos dados relacionados à avaliação nutricional, verificou-se que a média do peso em quilogramas foi 69kg ( $\pm 13,9$ kg) e estatura em metros 1,55 ( $\pm 0,09$ ). A média do índice de massa corporal (IMC) foi de 28,5 ( $\pm 5,2$ ) e as médias de cintura e quadril do total de idosos da pesquisa foram 101 cm ( $\pm 11,4$ cm) e 103 cm ( $\pm 9,5$ cm) respectivamente. No estudo GERODIAB, realizado em idosos diabéticos franceses, os pacientes apresentaram IMC em média de 30 kg/m<sup>2</sup> e 86,4% dos pacientes apresentaram circunferência abdominal acima do esperado (80cm nas mulheres e 94cm nos homens) (DOUCET et al, 2012), achados semelhantes ao do presente estudo. Quando comparados em relação aos dados da MNA, no estudo francês, 0,4% dos pacientes pontuaram menos de 17, sendo caracterizados como mal nutridos, enquanto neste estudo, a maioria dos idosos pontuou 12, que pode ser devido às diferenças na qualidade da assistência prestada nos dois países.

Entretanto, alguns estudos demonstram que a medida do IMC isoladamente é insuficiente para avaliar o estado nutricional da população idosa, uma vez que superestima a prevalência de sobrepeso e obesidade (SANCHEZ-GARCIA, 2007). Em pesquisa realizada na China com idosos diabéticos 37,1% dos pacientes foram classificados como sobrepeso (IMC entre 24 e 28) e 26,1% como obeso (IMC  $\geq 28$  kg/m<sup>2</sup>), mas quando os pacientes foram avaliados pelo MNA, 14,1% estavam malnutridos e 42,6% em risco de desnutrição (LIU, 2017), no presente estudo, apesar de a média de IMC ter sido de 28kg/m<sup>2</sup>, a maioria dos pacientes obtiveram 12 pontos no MNA, sendo caracterizados como malnutridos. Esses resultados demonstram que idosos diabéticos podem apresentar



deficiência de nutrientes mesmo quando estão acima do peso, considerando que a maioria destes pacientes apresenta uma dieta inadequada. Dessa forma, uma pesquisa nutricional adequada deve ser utilizada quando se avalia idosos diabéticos, principalmente porque a desnutrição está significativamente associada a um risco de mortalidade estimado em 2,9 vezes maior (LIU, 2017; ARAKI, 2009).

A pontuação média da avaliação da triagem foi de 12 pontos ( $\pm 2$  pontos). Sessenta e um idosos pontuaram menos de doze na triagem, sendo necessário prosseguir para a avaliação global, com uma média de 11 pontos ( $\pm 2$  pontos) nesta parte da avaliação. Paralelamente, no estudo GERODIAB que avaliou 987 pacientes franceses, a maioria dos pacientes apresentou subnutrição quando avaliados pelo MNA, resultando em 10,7% dos pacientes mal nutridos e sem problemas demenciais, enquanto 16,5% dos pacientes possuíam as duas comorbidades, demonstrando a fragilidade dos mesmos, diminuição da autonomia e risco de desnutrição (VERNY *et al*, 2015).

Três a cada quatro adultos com DM estão acima do peso e aproximadamente metade dos diabéticos são obesos (ALI, 2013). A obesidade abdominal, aferida através das medidas de circunferência abdominal, está mais associada a distúrbios metabólicos e a maior risco cardiovascular quando maior ou igual a 80cm para mulheres e 94 cm para homens (ABESO, 2016). Essa medida é capaz de fornecer estimativas de gordura centralizada que reflete a quantidade de tecido adiposo visceral que eleva o risco de DM tipo II em 10 vezes (BEA, 2017). Neste estudo, a maioria dos pacientes apresentou tal medida acima do esperado, corroborando com maior risco cardiovascular. Paralelamente, estudo realizado em 35 hospitais da Espanha avaliou 1090 idosos diabéticos, dos quais 21,2% estavam malnutridos e 39,1% em risco de desnutrição de acordo com o MNA (SANZ PARIS, 2013). Isso corrobora com o fato de que os idosos tendem a perder massa magra e acumular gordura corporal simultaneamente, o que dificulta a detecção das mudanças corporais em caso de desnutrição (BROWNIE, 2006). Da mesma forma, a desnutrição exacerba doenças de base, contribui para evolução ruim e aumenta os custos do tratamento, assim como a mortalidade. Assim, a MNA é estabelecida como o melhor instrumento para a detecção da presença ou risco de desnutrição em idosos, sendo considerada como preditor de mortalidade (BAUER, 2008).

A pesquisa proporciona aos membros da equipe de saúde envolvidos vivenciar, além da reação dos pacientes nos primeiros anos de doença, quando a experiência de receber o diagnóstico ainda estava presente nos mesmos e se demonstrava na resistência à mudança do estilo de vida e aderência ao tratamento, até as fases mais tardias em que a comorbidade já estava instalada e demonstrava sua violência em causar lesões em variados órgãos.

Diabetes é uma doença violenta em muitos aspectos: pode causar diminuição da sensibilidade em membros, impotência sexual, insuficiência renal, cegueira, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, lesões que demoram muito para cicatrizar e que acabam tomando membros inteiros, culminando em amputação. As suas principais consequências: cadeiras de roda, internações hospitalares, demências vasculares, dentre outros agravos que prejudicam a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso. Além disso, percebe-se as dificuldades sociais que a comorbidade trouxe à tona para vários pacientes da pesquisa e seus familiares: a dificuldade financeira de ir e vir a uma consulta, de pagar por exames laboratoriais ou procedimentos e o desespero quando algum medicamento faltava naquela ocasião.

## CONCLUSÃO

A avaliação nutricional de idosos diabéticos é fundamental para a manutenção da qualidade de vida e independência funcional. Neste contexto, percebe-se a importância do tratamento não medicamentoso do DM e o quanto a mudança do estilo de vida pode melhorar o dia a dia dos pacientes.

À aplicação da MNA, nota-se que a maioria dos pacientes ainda não percebeu a importância da alimentação saudável, de modo que grande parte apresenta distúrbios nutricionais e muitos deles estão sob risco de desnutrição, seja pela falta de acesso aos alimentos devido à dificuldade financeira ou pela falta de informação sobre uma dieta balanceada, que pode causar desnutrição pela falta de nutrientes. É necessário que os profissionais de saúde em todos os níveis de atenção estejam capacitados para trabalhar com esta parcela da população que vem crescendo exponencialmente e que trabalhem em equipe as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos e complicações relacionadas a esta doença tão incapacitante.

## REFERÊNCIAS

ALI, M.K. et al. Achievement of goals in U.S. diabetes care, 1999–2010. **N Engl J Med** 2013;368:1613– 1624.

ARAKI, A.; ITO, H. Diabetes mellitus and geriatrics syndromes. **Geriatr Gerontol Int** 2009; 9: 105–114.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4a. ed. - São Paulo, SP, 2016.

ASSUMPÇÃO, D. et al. Diet quality and associated factors among the elderly: a population-based study in

- Campinas, São Paulo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(8):1680-1694, ago, 2014.
- BARTHOLOW, B. et al. Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil: priorities for disease management and research- **Rev Saúde Pública** 2012;46(Supl):126-34.
- BAUER, J.M. et al. The mini nutritional assessment-its history, today's practice, and future perspectives. **Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition** 2008; 23: 388–396.
- BEA, J.W. et al. Use of iDXA spine scans to evaluate total and visceral abdominal fat. **American Journal of Human Biology**, 2017.
- BEGHETTO MG; MANNA B; CANDAL A; MELLO ED; POLANCZYK CA. Nutricional screening in patients. **Rev. Nutr**, Campinas, 21(5):589-601, set/out., 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 04/11/16.
- BROWNIE S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? **Int J Nurs Pract** 2006; 12: 110– 118.
- DOUCET J. et al and the SFD/SFGG Intergroup. GERODIAB: Glycemic control and 5-year morbidity/mortality of type 2 diabetic patients aged 70 years and older: 1. Description of the population at inclusion. **Diabetes Metab** 2012, 38, 523-530. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabet.2012.07.001>.
- FOROUI, N.G.; WAREHAM, N.J. Epidemiology of diabetes. **Medicine (Abingdon)**. 2014 Dec; 42(12): 698–702. doi: 10.1016/j.mpmed.2014.09.007.
- GUIGOZ Y., VELLAS B., GARRY P.J. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for the nutritional state of elderly patients. **Facts Res Gerontol** 1994; 4 (suppl 2):15-59.
- GUIGOZ Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature -What does it tell us? **J Nutr Health Aging**, 2006; 6:466-85.
- INZITARI, M. et al. Nutrition in the age-related disablement process. **J Nutr Health Aging** 2011; 15:599-604.
- KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, Aug. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21/08/17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400002>.
- KÜCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc Estado** 2012; 27(1):165-80.
- LEÓN-SANZ, M. et al. Prevalence of Hospital Malnutrition in Patients with Diabetes Mellitus: A Sub-Analysis of the PREDyCES® Study. **SM J Public Health Epidemiol**. 2015;1(4):1018.
- LIU, G.X. et al. Pilot study of the Mini Nutritional Assessment on predicting outcomes in older adults with type 2 diabetes. **Geriatr Gerontol Int** 2017.
- MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.
- MENON, S. et al. Convergence of a diabetes mellitus, protein energy malnutrition, and TB epidemic: the neglected elderly population. **BMC Infectious Diseases BMC series** – open, inclusive and trusted 2016 16:361.
- MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.
- SANCHEZ-GARCIA, S. et al. Anthropometric measures and nutritional status in a healthy elderly population. **BMC Public Health** 2007; 7: 2.
- SANZ PARIS, A. et al. Malnutrition prevalence in hospitalized elderly diabetic patients. **Nutricion Hospitalaria** 2013; 28: 592–599.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (SBNPE). Associação Brasileira De Nutrologia. Projeto Diretrizes. Triagem e avaliação do estado nutricional. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (AMB/CFM)**, 2011.

SOENEN, S.; CHAPMAN, I.M. Body weight, anorexia, and undernutrition in older people. **J AmMedDirAssoc**,2013; 14:642-8.

VERNY, C. *et al*/ AND THE SFD/SFGG INTERGROUP. Prevalence of cognitive decline and associated factors in elderly type 2 diabetic patients at inclusion in the GERODIAB cohort **European Geriatric Medicine**, 6 (2015) 36–40.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on diabetes**.Geneva, 2016.

\_\_\_\_\_. **Global status report on noncommunicable diseases**. 2014. Geneva, 2014.

## **AGRADECIMENTO**

Agradecimentos especiais à Universidade de Fortaleza pelo apoio aos seus alunos nas áreas do ensino, pesquisa e extensão, à DPDI pelo apoio aos bolsistas de iniciação científica e a Profa. Maria Vieira pelo seu incansável desejo de tornar seus alunos pessoas do bem, melhores profissionais e excelentes pesquisadores.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA HIGIENE PESSOAL NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Idarlana Sousa Silva<sup>1</sup>, Camila Santos Reis<sup>2</sup>, Deyse Maria Alves Rocha<sup>3</sup>, Glauberiana Alves Lima<sup>3</sup>, Lígia Maria Alves Rocha<sup>4</sup>, Maria Gressy Soares de Farias<sup>5</sup>

*1 Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Pró-reitoria de Extensão, Universidade federal do Ceará, Fortaleza – Ceará – Brasil*

*E-mail: idarlanasilva02@gmail.com*

*Palavras-chave: Enfermagem. Educação em saúde. Higiene infantil.*

### INTRODUÇÃO

As ações educativas em saúde buscam promover a saúde por meio do incentivo a hábitos de vidas saudáveis e do compartilhamento de saberes. O âmbito escolar constitui-se como um espaço de grande potencialidade para a realização de práticas, pois representa um local de abrangência em que ocorre o convívio e a interação de diferentes pessoas e realidades, tornando-se propício para a aprendizagem.

De acordo com Maranhão et al. (2000) as doenças conceituadas como infecciosas e parasitárias encontram no espaço coletivo, condições favoráveis para serem difundidas e estão relacionadas à falta de uma higiene adequada e à pobreza familiar, em contraposição as mães asseguram que os filhos adoecem mais depois que entram na escola. Crianças na faixa etária pré-escolar e escolar precoce podem desenvolver doenças como enterobíase (oxiuríase), além de escabiose e pediculose, estas últimas adquiridas por contato íntimo interpessoal (MARQUES, 2009).

Sabe-se que é durante a infância que a criança vai incorporando em sua vida os hábitos de higiene, pois ela está numa fase que propicia o aprendizado, onde se acredita que as modificações nos hábitos de higiene aconteçam positivamente na realidade da criança e posteriormente, quando virar adulto. (PEDROTTI, 2012).

Crianças estão em constante desenvolvimento fisiológico e estão exposta a situações de risco que podem agravar sua saúde, principalmente quando se trata da falta hábitos higiênicos, o que pode acarretar em patologias decorrentes a infecções, muitas vezes presentes nas mãos contaminadas. Esse fato evidencia que as crianças necessitam de cuidados especiais, como medidas de prevenção para contrapor a vulnerabilidades e situações de risco, como ações em educação em saúde (SOUZA et al, 2013).

Dessa forma, é imprescindível que sejam abordados nas escolas temas relativos à importância da higiene na prevenção de doenças, por meio da conscientização, permitindo que a criança aprenda e seja capaz de repassar esse conhecimento para os pais e a comunidade em geral. Para que se obtenha um retorno positivo, é necessário que sejam utilizadas técnicas e estratégias que ofereçam não apenas a transmissão de conhecimentos, mas que possibilitem o desenvolvimento de capacidades (SOUZA et al, 2010).

Nessa perspectiva de se ter resultados satisfatórios, antes de realizar uma atividade educativa, torna-se necessário identificar os determinantes de aprendizagem, que são eles: necessidade de aprendizagem, prontidão para aprender e o estilo de aprendizagem. Uma vez identificados, estes determinantes irão nortear a prática de educação em saúde que será trabalhada.

Partindo dessa análise, a intervenção escolhida abordou os hábitos de higiene na educação infantil de maneira prática. Para SOARES et al, 2011, o teatro proporciona uma aprendizagem através de uma forma lúdica de ensino, que pode servir como instrumento educacional para a abordagem de diversos temas.

O trabalho objetiva relatar a experiência de uma atividade de educação em saúde com crianças de uma creche com o intuito de sensibilizá-las para que cuidem de sua higiene pessoal. Sendo apresentado a elas, de forma lúdica a importância da higiene corporal e as consequências que a falta de cuidados causa e por meio de pinturas, reforçar o conhecimento assimilado na atividade anterior.

### METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, acerca de uma estratégia educativa realizada como atividade da disciplina de Educação em Saúde por acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará no ano de 2016. A abordagem teve como tema Higiene Infantil e foi realizada na Escola Creche Recanto Verde

da cidade de Fortaleza-CE, contemplando um público de 7 alunos entre 4 e 5 anos de idade, com duração de 1 hora. A princípio, realizou-se uma visita prévia, onde através de uma conversa com as professoras percebeu-se a necessidade de trabalhar a temática, pois observava-se que as crianças tinham poucos hábitos higiênicos, como por exemplo, não tomar banho. O momento também contribuiu para a análise dos determinantes de aprendizagem. As atividades aconteceram em cinco momentos diferentes, e a cada etapa utilizou-se métodos que facilitavam o aprendizado das crianças. A estratégia iniciou-se com um diálogo onde foi estimulada a participação das crianças com o intuito de observar o conhecimento que elas já possuíam sobre a importância de se ter hábitos higiênicos. Em seguida, foi apresentada uma dramatização como estratégia de tematização. A dramatização foi elaborada e apresentada pelos acadêmicos e teve como inspiração a história da Chapeuzinho Vermelho, pois é conhecida entre o público infantil e foi uma forma de chamar a atenção das crianças para que elas pudessem compreender o ensinamento que se pretendia repassar através da história. Posteriormente, como problematização utilizou-se uma atividade escrita, que se tratava de imagens de objetos diversos e as crianças deveriam marcar aqueles que estavam relacionados a hábitos higiênicos, como por exemplo, sabonete, toalha, chuveiro e etc. Por fim, para fixação do conteúdo aprendido foi apresentada uma música em que a letra abordava a temática trabalhada. A música escolhida foi "Chuveiro" da dupla Patati e Patatá, conhecida entre a turma. Foi um momento de interação e divertimento, pois as crianças cantaram e dançaram junto com as professoras e os acadêmicos. Realizou-se ainda a avaliação do momento, onde as crianças eram estimuladas a falar o que acharam da atividade e o que aprenderam com ela. E com o intuito de dar continuidade ao aprendizado, cada aluno recebeu um kit contendo uma cartilha com atividades relacionadas a importância da higiene pessoal e um sabonete para estimulá-las a ter uma rotina com mais higiene.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a intervenção em que a técnica de dramatização foi utilizada para discorrer sobre o tema higiene pessoal, houve dificuldade em fazer com que todas as crianças interagissem, pois algumas delas estavam bastante tímidas. Com apenas 1 hora para desenvolver todas as atividades planejadas, administrar o tempo parecia ser o maior desafio. Mas com cuidado e atenção a cada criança, principalmente aquelas mais retraídas, conseguimos com êxito fazer com que todas se envolvessem na atividade e administrar o tempo. A colaboração e a participação das professoras também contribuíram com o sucesso da atividade.

Durante a dramatização, as crianças tiveram a oportunidade de participar da apresentação, pois em vários momentos os personagens interagiam permitindo que elas opinassem nos acontecimentos da história.

Ao final da técnica, todas as crianças conseguiram responder as perguntas relacionadas a dramatização e ainda citaram o que elas costumam fazer para ficar limpas: "tomar sempre banho ao acordar", "escovar os dentes", "usar o sabonete".

Também se concluiu que geralmente os pais das crianças não ensinavam a elas hábitos higiênicos, julgando tal tarefa como responsabilidade da creche. Porém, além das brincadeiras, as crianças também foram estimuladas a conscientizar os pais a respeito da higienização.

Nazima et al. (2008) diz que o teatro é um jogo dramático, pois consegue alcançar a criança em toda a sua globalidade. Fato que foi bastante observado em nossa vivência, pois os alunos começaram tímidos e depois da peça estavam mais descontraídos, demonstrando uma grande aceitação à atividade.

O teatro e suas contribuições para educação infantil na escola pública publicado no XVI EndiPE - Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino (2012) visa analisar a importância do teatro como didática e prática pedagógica. Algo que tivemos a oportunidade de confirmar em nossa vivência na atividade, pois os professores que lá haviam tinham bastante interesse sobre o assunto do teatro e também puderam se envolver na ação.

Segundo Arcoverde (2008), o teatro essencialmente tem a função de prazer, alegria, algo essencialmente agradável, fato que também foi comprovado, já que os alunos além de aprender com o momento, acabaram se divertindo bastante.

Cuidar de crianças de diferentes condições sociais implica lidar com costumes diversos e reconhecer as limitações da creche frente aos problemas econômicos e culturais das famílias, associados à precariedade habitacional, às dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a bens básicos para o bem-estar infantil. (MARANHÃO, 2007).

## CONCLUSÃO

O enfermeiro, enquanto educador, deve atuar na promoção da saúde em diversos ambientes podendo se utilizar das estratégias de educação em saúde para despertar a autonomia e a independência do ser cuidado. Dessa forma, é necessário que estejamos sempre em busca de melhores meios de promover educação em saúde, mesmo com tantos desafios que rodeiam o ambiente em que iremos atuar. O profissional deve ter a sensibilidade de perceber que todo ser humano é único, é um ser dotado de necessidades que precisam ser atendidas, devendo

atuar não como alguém superior, e sim como um facilitador que irá estimular os educandos a envolver-se e a buscar novas informações.

Ressaltamos que são várias as técnicas que podem ser utilizadas em uma atividade de Educação em saúde, e que o segredo para o sucesso é o profissional ter a capacidade de identificar qual delas se enquadra as necessidades do grupo que será trabalhado. Tratando-se de crianças, é sempre necessário abordar as temáticas de uma forma que não se torne cansativo e que possa prender a atenção delas para aquilo que está sendo dado.

Nesse sentido, a dramatização que foi o maior foco da nossa ação, se destacou por ser uma estratégia eficaz ao despertar o interesse e a participação do público e proporcionar o aprendizado de forma lúdica, motivando o indivíduo para uma mudança de comportamento, além de ter proporcionado aos alunos e professores um momento de descontração.

## REFERÊNCIAS

SOARES, Sônia Maria; SILVA, Líliam Barbosa; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. *Anna Nery: Revista de Enfermagem, Minas Gerais*, v. 15, n. 4, p.711-711, 01out.2011. Disponível em: <[http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=711](http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=711)>. Acesso em: 04 jan. 2017.

SOUZA, Manoel Messias Alves de et al. A inserção do lúdico em atividades de educação em saúde na creche-escola Casa da Criança, em Petrolina-PE. *Revista de Educação do Vale do São Francisco, Petrolina*, v. 1, n. 1, p.39-49, jun. 2010.

NAZIMA, Tue Jollo et al. Orientação em saúde por meio do teatro: relato de experiência. *Revista Gaúcha de Enfermagem, São Paulo*, v. 1, n. 29, p.147-151, 28 mar. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5313>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

XVI ENDIPE - Encontro Nacional De Didática E Práticas De Ensino, 16., 2012, Campinas. O Teatro E Suas Contribuições Para Educação Infantil Na Escola Pública. Campinas: Junqueira&marin; Editores, 2012. 3 v. Disponível em: <[http://www.infoteca.inf.br/endipec/smarty/templates/arquivos\\_template/upload\\_arquivos/acervo/docs/3252p.pdf](http://www.infoteca.inf.br/endipec/smarty/templates/arquivos_template/upload_arquivos/acervo/docs/3252p.pdf)>. Acesso em: 04 jan. 2017.

SOUZA, Manoel Messias Alves et al. Promoção de comportamentos saudáveis em pré-escolares, *Rev Bras Promoc Saude, Fortaleza*, 26(3): 387-395, jul./set., 2013. Disponível em: [http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2013.3\\_artigo11.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2013.3_artigo11.pdf)

PEDROTTI, S.P et al. **Abordagem e aplicação de hábitos de higiene na educação infantil**. UNICRUZ, 2010. Disponível em: <<https://www.unicruz.edu.br/seminario/downloads/anais/ccs/abordagem%20e%20aplicacao%20de%20habitos%20de%20higiene%20na%20educacao%20infantil.pdf>> Acesso em: 09 set. 2017.

MARANHÃO, D.G.; SARTI, C.A. Shared care: negotiations between families and professionals in a child day care center. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.22, p.257-70, mai/ago 2007.

MARQUES, H.H.S; SAKANE, P.T. Infecções por protozoários na infância. *Pediatria Moderna*. São Paulo, Moreira Jr. Editora, V. 45, N.04, Jul/Ago 2009.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por sempre estar conosco e nos dar a oportunidade de estudar, por nos dar força para superar todos os obstáculos que surgem na vida. Agradecemos a diretora Marlúcia da Escola Creche Recanto Verde por ter nos acolhido tão bem e ter aceitado a proposta da nossa atividade. Às professoras da turma do Infantil V Carla Nayanna e Simone, pelo apoio que nos deram na realização da atividade e por terem participado de todos os momentos, contribuindo para que alcançássemos o objetivo da nossa ação. E por fim, às crianças que foram os principais agentes nessa atividade, agradecemos pela receptividade, por terem prestado atenção em cada momento da atividade, demonstrando todo o interesse em ouvir e aprender. Vocês são o futuro do nosso país.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## VISITA DOMICILIAR E O CUIDADO DA FISIOTERAPIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SISTEMATIZANDO EXPERIÊNCIAS

**Iraneide de Sousa Lima<sup>1</sup>, Antonio Dean Barbosa Marques<sup>2</sup>, Rochelle da Costa Cavalcante<sup>3</sup>, Maria Cecilia Cavalcante Barreira<sup>4</sup>, Maria Moura Santana Chaves<sup>5</sup>**

*1 Residente em Saúde da Família e Comunidade, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Fortaleza-C-Brasil*

*2 Doutorando Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE-Brasil.*

*3 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE-Brasil.*

*4 Mestranda em Ciências Médicas, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE-Brasil.*

*E-mail: iraneide.alegria@hotmail.com*

*Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Visita domiciliar. Fisioterapia.*

### INTRODUÇÃO

Há mais de três décadas o Brasil vem redigindo um novo perfil no que diz respeito ao sistema de saúde, redefinindo os papéis e funções dos órgãos públicos em relação a oferta e procura de serviços de saúde. Regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e por Leis complementares, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande legado da sociedade brasileira, definiu a saúde como sendo um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado o seu pleno exercício (BRASIL, 2011).

Dentre os grandes avanços da política de saúde, destaca-se a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente Estratégia Saúde da Família (ESF) - instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994. Ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no Hospital, este programa prioriza as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos da família de forma integral e contínua. A ESF trouxe significativas transformações no contexto da Saúde Pública no Brasil, principalmente no que diz respeito a mudanças na forma de como se deve conduzir a saúde e por apresentar potencialidades em somar para construção de um novo paradigma assistencial direcionado a prática humanizadora e holística- (NEVES; ACIOLE, 2011).

No contexto da Atenção Básica, o Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) é uma estratégia criada pelo MS, para qualificar e complementar o trabalho das Equipes de Saúde da Família (eSF), atuando de forma compartilhada no que diz respeito aos cuidados com a saúde. O profissional que atua no NASF tem como princípios básicos em sua atividade a integralidade, o conhecimento de território, a humanização, a educação popular e permanente em saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade direcionados para ações de promoção de saúde que interfiram diretamente na qualidade de vida dos cidadãos (BRASIL, 2011). O NASF é formado por equipe multiprofissional e atua junto às eSF, compartilhando e apoiando as diversas práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade. Tal composição é definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Atenção Básica, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2012).

Pontes et al., (2011), destaca que dentre os integrantes da equipe que compõem o NASF, o fisioterapeuta tem como papel atuar na modificação no perfil do atendimento domiciliar por meio de ações interdisciplinares, atividades em grupo com enfoque na promoção de saúde, acolhimento com qualidade e integrado nas ações de todos os profissionais, dentre outras. Dessa forma, deixa-se de restringir à prática da fisioterapia a reabilitação, dando ênfase a promoção da saúde, ampliando o campo de atuação.

Uma das atividades realizadas com maior frequência pelo fisioterapeuta no NASF é a visita domiciliar (VD), que proporciona ao profissional a possibilidade de adentrar o espaço da família e, assim, identificar suas necessidades e potencialidades. Portanto, a VD busca ampliar a visão das condições reais de vida do indivíduo, família e coletividade possibilitando a interação em ambientes familiares e sociais, por meio do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes e das crenças de determinado grupo social, tornando as vivências enriquecedoras para todos os sujeitos envolvidos (BRASIL, 2012).

A ESF pressupõe a VD como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, ao favorecer e estabelecer vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (TAKAHASHI, 2011). Nesse sentido, o vínculo possui papel de destaque, quando consideradas as dimensões da afetividade, da relação terapêutica e dos processos do cuidado. Ressalta-se a importância dos profissionais na formação do vínculo, com conhecimento do contexto de vida do usuário e da comunidade, para que não aconteça o abandono do processo terapêutico e favoreça a realização de plano terapêutico e de cuidados efetivo, com responsabilidade mútua (SOUZA et al., 2010; VIEGAS, 2010).

O Interesse por esta temática tem início durante a atuação do pesquisador principal desse estudo, enquanto fisioterapeuta residente em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Observou-se as evoluções de pacientes que, a partir do contato com o profissional por meio de VD recorrentes, estreitavam laços de confiança com os mesmos, modificando, paulatinamente e positivamente, sua postura diante da enfermidade e dos hábitos cotidianos que interferem no processo saúde-doença. Através das abordagens associadas à aproximação do profissional adequada a cada família, a VD facilitou o fortalecimento do vínculo e, a partir disso, os usuários demonstravam melhor adesão ao tratamento.

Nesse contexto, objetivou-se com esse estudo relatar as experiências vivenciadas durante as visitas domiciliares como fisioterapeuta residente em saúde da família e comunidade na cidade de Maranguape- Ceará.

## INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório do tipo Relato de Experiência sob a égide da abordagem qualitativa, realizado por uma fisioterapeuta, residente em Saúde da Família e Comunidade, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outubro de 2015 a abril de 2016 no município Maranguape-Ce, da região metropolitana de Fortaleza.

O relato de experiência em Saúde Pública no Brasil é de muita importância, pois possibilita o compartilhamento de práticas inovadoras e diferenciadas que promovem o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), além de proporcionar novos conhecimentos teóricos e práticos que qualificam e direcionam a atuação dos profissionais nos serviços de saúde, fazendo com que estes reflitam sobre suas práticas, a fim de melhorar cada vez mais nossa realidade no que diz respeito a saúde pública (HOLLIDAY, 2006).

A aplicação da metodologia deste trabalho nos conduz, além da descrição da experiência vivenciada, ao confronto com aspectos trazidos pela literatura sobre o assunto, com a intenção de fortalecer o papel desse profissional no NASF e de gerar a transformação dos seus processos de trabalho, a partir da reflexão sobre as experiências realizadas, uma vez que compreender o que se faz é situar o sentido com que esse fazer é orientado.

Para a sistematização das experiências, tomou-se como base o modelo de Oscar Holliday (2006), o qual está estruturado em cinco etapas: o ponto de partida, as perguntas iniciais, a recuperação do processo vivido, a reflexão de fundo e os pontos de chegada. O referido modelo promove o ordenamento e a reconstrução dos processos vividos, com o objetivo de gerar uma interpretação crítica sobre a experiência, o compartilhamento dos aprendizados e a produção de conhecimentos a partir de práticas sociais concretas.

Para a interpretação e análise das experiências, Holliday (2006) utiliza-se da Concepção Metodológica Dialética, que é uma maneira de compreender a realidade social como um processo histórico, mutante, e produto da atividade transformadora dos seres humanos. A partir da perspectiva dialética, é possível aproximar-se das experiências vivenciadas, compreendendo-as como produtos históricos, contraditórios e inseridos em um contexto social amplo. Assim, os fenômenos retratados na sistematização não estão dissociados dos contextos histórico, social, econômico e político aos quais pertence, e os sujeitos que os descrevem foram participantes ativos no desenvolvimento das práticas.

## METODOLOGIA

O processo de trabalho das VD, eram realizadas mensalmente em reunião de planejamento com toda a equipe de profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) no intuito de construir a agenda de trabalho. Nessa ocasião, era proposto cronograma com as atividades individuais e coletivas que iriam ser executadas durante cada semana. Tal agenda era construída de acordo com as necessidades de saúde que eram detectadas no território, principalmente pela eSF e, por isso, não eram fixas. Ou seja, o cronograma de atividades poderia ser alterado de acordo com as necessidades de saúde da comunidade.

Foram estabelecidos alguns critérios definidores de prioridades para a seleção das famílias que seriam visitadas e que posteriormente se tornariam alvos desse estudo, tais como: adultos jovens e idosos restritos ao leito ou ao lar ou, ainda, com mobilidade prejudicada devido à sequela de acidente vascular cerebral; doença de Parkinson, Alzheimer ou outras patologias que levam à demência; idosos vítimas de fratura do colo do fêmur; pacientes com lesão medular ou traumatismo crânio encefálico, crianças com paralisia cerebral ou com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor. A relevância de tais demandas também foi identificada após o processo de territorialização realizado no início das atividades da Residência Integrada em Saúde, com o objetivo de gerar subsídios para a construção de estratégias de cuidado em saúde, por meio do mapeamento das áreas de abrangência da Equipe de Saúde.

A partir das demandas descritas acima se evidencia que a Fisioterapia atua junto a todas as fases do ciclo de vida. Entretanto, o público que mais demanda assistência fisioterapêutica são os idosos. É exatamente nessa faixa etária que surgem muitos problemas de mobilidade, os reumatismos, os problemas neurológicos e outros que



afetam a funcionalidade, dentre outros (LINHARES et al., 2010). Tais dados vão ao encontro da experiência descrita por Linhares et al., (2010) em relação à atuação dos fisioterapeutas do NASF em Sobral/CE.

AVD permite conhecer as condições de vida e habitação das famílias, as relações que estabelecem no ambiente doméstico, as condições de adoecimento daquela família, e, conseqüentemente, podem facilitar o planejamento e o direcionamento das ações da Equipe de saúde, visando à promoção da saúde e o fortalecimento do autocuidado. Desse modo, utilizada pelo fisioterapeuta para viabilizar o cuidado das pessoas com algum nível de dependência física ou emocional e com dificuldade para sair de seu domicílio, como um meio de promover acesso aos usuários e desenvolver os encaminhamentos e as orientações pertinentes a cada caso.

Para Abrahão e Lagrange (2007), a ESF prevê a atenção domiciliar à saúde como forma de assistência àqueles que precisam de cuidados contínuos, mas, sobretudo, como instrumento de diagnóstico local e programação das ações a partir da realidade. Estudos apontam o importante papel da VD no estabelecimento de vínculos com a população, bem como seu caráter estratégico para integralidade e humanização das ações, pois permite uma maior proximidade com o usuário e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais (ROMANHOLI; CYRINO, 2012; TESSER, POLI-NETO; CAMPOS, 2010). Geralmente as demandas eram detectadas pelos enfermeiros e médicos da ESF, mas, principalmente, por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS) e de outras categorias profissionais da Residência Multiprofissional. A visita ocorria junto a pelo menos um membro da equipe de referência responsável pela área adscrita, com os outros profissionais da equipe multiprofissional de residência ou somente com a presença do ACS.

As visitas contemplavam inicialmente conversas sobre as patologias, como ocorreu, o que foi realizado de tratamento até o momento, como o paciente se sente atualmente, o que mais o incomoda e quais atividades ele necessita de maior ajuda ou quais não consegue realizar sozinho. Procurava-se conhecer a dinâmica familiar, os cuidadores e as principais dificuldades envolvidas no cuidado. A frequência e a regularidade das visitas posteriores eram definidas considerando a avaliação e especificidade de cada caso.

Após a avaliação do paciente em domicílio, era construído em conjunto com o paciente ou cuidadores em casos onde o usuário possuía algum déficit cognitivo a conduta fisioterapêutica, abrangendo também o cuidador com o objetivo de prevenir ou minimizar a sobrecarga e o impacto emocional gerado muitas vezes com a tarefa de cuidar. Aos cuidadores eram direcionados: esclarecimentos sobre a patologia, prognóstico e suas implicações físicas; orientações quanto aos cuidados e prevenção de maiores comorbidades; orientações quanto ao manuseio adequado do paciente para diminuir a sobrecarga osteomuscular; bem como possíveis adaptações ambientais no domicílio, dentre outros. Aos pacientes com a cognição preservada a principal orientação oferecida nas visitas era a preservação ou o reestabelecimento da capacidade de realização de suas atividades de vida diária, promovendo dessa forma uma melhor qualidade de vida desses pacientes.

Visitar sistematicamente cada família ajudou a mergulhar na subjetividade de cada ator envolvido nesse processo, permitindo que, por meio desse vínculo, houvesse a construção de um novo olhar frente à reabilitação, visto que muitas vezes, a visão do profissional é baseada apenas em uma teoria distante da realidade do usuário, sendo difícil uma terapêutica que possibilitasse ao outro acreditar que a vida está para além da doença e que é possível cultivar qualidade de vida apesar das nuances que a vida oferece. Com a aproximação do cotidiano desses sujeitos, essa vinculação se faz possível. Do mesmo modo, apenas com essa inserção, faz-se possível incluir na proposta terapêutica atitudes de fato pertencentes ao contexto de vida dos usuários acompanhados.

Dessa forma a proposta de desenvolvimento de ações fisioterapêuticas no domicílio contribuiu de para a efetivação dos princípios básicos do SUS no âmbito da atenção básica no município de Maranguape, Ceará. A maioria das visitas no domicílio tiveram excelentes resultados vivenciados tanto pelos profissionais envolvidos quanto pelos usuários dos serviços da UBS. Segundo Formiga e Ribeiro (2012) a Fisioterapia vem aumentando experiências no sentido de propor um novo desenho assistencial na atenção básica com a construção de outras possibilidades de atuação, despertando para ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, ressignificando com isso a lógica do fisioterapeuta como agente exclusivamente reabilitador.

De acordo com Portes et al., (2011) em sua revisão da literatura brasileira sobre a atuação do fisioterapeuta na APS, apenas um dos artigos encontrados citava a realização de visitas domiciliares multiprofissionais. Isso indica que ainda precisamos avançar muito na concretização dessa prática na realidade nacional. A realização de visitas conjuntas, dessa forma, precisa ser entendida como uma ferramenta de grande potencial na promoção de saúde e, a partir disso, fazer parte das possibilidades de atuação na ESF.

## CONCLUSÃO

A aproximação do profissional com o usuário a partir do estabelecimento de vínculo atua de forma positiva na maneira como o usuário lida com o seu processo saúde-doença-cuidado. Porém, faz-se necessário observar os limites que essa aproximação precisa reservar, a fim de que não corra o risco da substituição de uma postura autônoma e responsável por parte do usuário por um comportamento de dependência e submissão.

Nesse contexto, percebe-se que o papel do fisioterapeuta na ESF no atendimento de uma clientela que necessita de cuidados em seu próprio domicílio vem aprimorando um novo modelo de atenção que promove uma melhor qualidade de vida da população. A visita domiciliar tem representado uma oportunidade de utilização de diferentes técnicas fisioterapêuticas capazes de promover, desenvolver e restaurar a funcionalidade do movimento humano, porém precisa estar associada a outras atividades na rede de cuidados, tais como desenvolvimento de atividades grupais, participação em campanhas, entre outras, para efetivamente trazer mudanças aos modelos de atenção à saúde relacionando as práticas de fisioterapia com as políticas de assistência à saúde dentro dos princípios do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L.; LAGRANGE, V. **A visita domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio**. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Orgs.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.151-71.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). **Política Nacional de Atenção Básica**. /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- FORMIGA, N. F. B., RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 113-122, 2012.
- HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. 2ª ed. Brasília: MMA, 2006.
- LINHARES, J. H. et al. Análise das ações da Fisioterapia do NASF através do SINAL no município de Sobral- CE. **Cadernos da Escola de Saúde Pública**, Ceará, v. 4, n. 2, p. 32-41, 2010.
- NEVES, L. M. T; ACIOLE, G. G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 37, p. 551-564, 2011.
- PORTES, L. H.; et al. Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Revista APS**, v. 14, n. 1, p. 111-119, jan./mar., 2011.
- ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.693-705, 2012.
- SOUZA, K. M. J.; et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 904-910, dez. 2010.
- TAKAHASHI RF, O. M. A. C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. In: Brasil IDS. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 43-6.
- TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W, S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, Nov. 2010.
- VIEGAS, S. M. F. **A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha-Minas Gerais [tese]**. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por minha família e amigos. A Escola de Saúde Pública do Ceará, seu corpo docente e administração pela oportunidade de conclusão da Residência Multiprofissional.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONSULTA DE ENFERMAGEM - TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO DO USUÁRIO HIPERTENSO

Kelvia Coelho Campos de Paula<sup>1\*</sup>, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup>, Ariane Pontes Soares<sup>3</sup>.

1 Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.

2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.

3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza- Ceará-Brasil.

E-mail: kelvia.cc Campos@yahoo.com.br

Palavras-chave: Consulta de enfermagem. Hipertensão Arterial Sistêmica. Tecnologia. Autocuidado. Educação em Saúde.

### INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome de natureza multifatorial, crônica não transmissível, na qual interações complexas entre fatores genéticos, ambientais e psicossociais causam elevação da Pressão Arterial (PA), como resultado do aumento da resistência arteriolar e da redução da capacidade do sistema nervoso. Está associada a alterações metabólicas hormonais, fenômenos tróficos e diversos fatores de risco como hereditariedade, tabagismo, sedentarismo, etilismo e obesidade (CHAVES *et al*, 2006).

A HAS é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associam-se, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (DBH, 2016).

No Brasil, ocorreram 150.000 internações por doenças cardiovasculares, com um custo global de 475 milhões de reais. Isto gera aumento dos custos sociais com absenteísmos ao trabalho, aposentadorias precoces por invalidez, licenças para tratamento de saúde, internações, óbitos e comprometimento da qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis (TOLEDO *et al*, 2007).

Estes dados revelam a necessidade do desenvolvimento de práticas com abordagem multidisciplinar na atenção à pessoa com HAS, com o planejamento de estratégias de cuidado que contemplem os diversos elementos envolvidos no processo de adoecimento da HAS tais como: as expressivas transformações na vida dos indivíduos nas esferas emocional, familiar, social e econômica, visto que a maioria dos indivíduos são usuários do SUS.

Diante deste cenário, a Consulta de Enfermagem (CE) enquanto tecnologia educativa para o autocuidado favorece progressos na área da saúde, já que interfere direta e indiretamente na estrutura, no processo, e nos resultados das organizações e serviços, promovendo diagnósticos e intervenções de enfermagem, através de formas de cuidado que venham a favorecer a qualidade de vida dos usuários e que sejam compatíveis às necessidades dos indivíduos e das comunidades (CROZETA *et al*, 2009).

A CE foi criada em 1968, segundo Santos e Silva (2002), pela Fundação de Ensino Especializado de Saúde Pública (atual Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ) no Rio de Janeiro. A Resolução Nº 159/1993, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dispõe sobre a CE como um processo de prática do enfermeiro na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às necessidades de saúde da população.

A prática de enfermagem durante a CE deve-se fundamentar em um referencial teórico- metodológico, para nos guiar em aspectos referentes à visão de mundo do enfermeiro e o seu conhecimento técnico-científico, aplicada a uma metodologia para o cuidado, a teoria possibilitará ao enfermeiro conhecer e trabalhar com problemas de saúde potenciais e reais, a partir da compreensão das necessidades de saúde identificadas.

A realização deste estudo demonstra a necessidade de compreender a importância da CE como valioso instrumento de acompanhamento e controle da HAS, com grande importância do papel dos enfermeiros da Atenção Básica no controle dessa síndrome, favorecendo a prevenção de complicações associadas, adesão ao tratamento proposto, diminuição da mortalidade e diminuição significativa dos gastos que incorrem ao SUS.

Nesta perspectiva, objetivou-se identificar e descrever a Consulta de Enfermagem (CE) ao usuário com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) enquanto tecnologia educativa disponível na literatura.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, do tipo Revisão Integrativa da literatura. Segundo Andrade (2009), o estudo bibliográfico tem como objetivo proporcionar familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses.

Para a seleção dos estudos, realizou-se um levantamento prévio de dados, no mês de fevereiro de 2017, localizados por meio de busca eletrônica no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO), na Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e no Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Os descritores utilizados foram hipertensão, consulta de enfermagem, selecionados conforme a temática em estudo após ter sido realizada consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS).

Os critérios de inclusão utilizados foram os artigos completos publicados nas bases de dados citadas no período de 2011 a 2016, em revistas nacionais e internacionais publicados em três idiomas português, inglês e espanhol bem como, trabalhos quantitativos e qualitativos. Os critérios de exclusão foram os artigos que não se enquadravam na temática, embora tivessem tais descritores, bem como aqueles que se repetiram ao compilar todas as bases de dados, artigos de revisão e relatos de experiência.

Foram encontrados 101 artigos, sendo excluídos os que não se enquadravam nos critérios propostos. Após filtro permaneceram 41 artigos, com a realização da leitura flutuante desses artigos, selecionaram-se estudos, iniciando leituras exaustivas de textos, fazendo uma síntese de cada conteúdo e identificando os instrumentos utilizados durante a consulta de enfermagem ao usuário hipertenso sobre a leitura dos resultados dos escritores com análise dos trabalhos.

Com relação aos dados coletados, foram organizados em quadros com base em achados em autores e por títulos, buscando suas congruências e incongruências, com posterior análise e condensamento dos resultados encontrados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da apresentação e análise dos trabalhos selecionados uma das principais atividades relatadas foi a CE. O Enfermeiro como integrante da equipe, na Estratégia Saúde da Família (ESF), deve desenvolver sua prática voltada para a reorganização da assistência básica ao cliente hipertenso, abrangendo o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde do indivíduo. A CE proporciona excelência no cuidado, pois avaliar as necessidades do indivíduo continuamente, desempenhando um papel fundamental por ser propagadora de informações e de esclarecimentos acerca da importância dos hábitos saudáveis para o controle da PA e na implantação de intervenções favoráveis à saúde (VIEIRA *et al*, 2014).

Cabe ao Enfermeiro à liderança na execução e avaliação de todas as fases do PE, com a definição de intervenções a partir de um Diagnóstico de Enfermagem (DE), de modo a classificar o cuidado prestado com uma linguagem padronizada para propiciar uma sistematização das informações e da assistência de enfermagem. Dessa forma, o planejamento e a implementação do cuidado de enfermagem são individualizados, auxiliando efetivamente na melhoria do bem-estar do cliente. As intervenções podem ser realizadas em diferentes ambientes do cuidado, com metodologias e ferramentas variadas, aplicadas a pacientes e familiares com diversos problemas de saúde (BARRETO; MARCON, 2014).

O CE é uma tecnologia que permite realizar, de forma sistemática e dinâmica, um cuidado humanizado, dirigido a resultados positivos e de baixo custo. Possibilita compreender, descrever e explicar como a clientela responde aos problemas de saúde e processos vitais, e determina que aspectos exijam intervenções de enfermagem (ALFARO-LEFREVE, 2005).

A adoção de teorias no cotidiano de enfermagem contribui para a construção do conhecimento científico e para a melhor elucidação do real papel do enfermeiro, com reflexo direto no processo de cuidar (OLIVEIRA *et al*, 2006). As teorias desafiam as práticas existentes, uma vez que possibilitam criar novas abordagens e remodelar normas e princípios vigentes, conhecendo e trabalhando com problemas reais e potenciais a partir das necessidades de saúde identificadas.

Estes elementos foram confirmados em alguns estudos, quando abordada a Teoria de Wanda de Aguiar Horta, através das necessidades humanas básicas, a Teoria de Dorothea Orem, que aborda a teoria do Autocuidado e apenas um trabalho abordando a Teoria Crítica da Linguagem, a partir da aplicação da Análise do Discurso Crítico (ADC), não incluído na análise.

Observou-se após análise que as CE predominam sobre as consultas médicas na atenção primária aos usuários hipertensos, sendo conduzida a partir de queixas apresentadas de modo semelhante à consulta médica, o que reflete forte influência do modelo assistencial biomédico, com predomínio ao seguimento do tratamento farmacológico.

A CE, entendida como uma metodologia do processo de cuidar envolve as fases de levantamento de dados, DE que nos trabalhos analisados em nenhum momento basearam-se na Taxonomia da NANDA e na taxonomia CIPE, planejamento, implementação e avaliação da assistência sendo, portanto fases contínuas e inter-

relacionadas. Porém, após análise dos dados evidenciou que nem todas as fases da CE, tidas como essenciais para o acompanhamento adequado ao usuário HAS foram contempladas ou os foram de forma parcial.

Com relação aos instrumentos utilizados na prática da CE ao usuário com HAS observou-se quanto ao exame físico, à aparência do usuário e a verificação da PA, que deve ser realizado com a propedêutica adequada que pode ser aperfeiçoado com a prática clínica da enfermagem, pois são atividades e procedimentos que permitem avaliar a semiologia do aparelho cardiovascular, guiando a condutas terapêuticas eficazes ao tratamento anti-hipertensivo (COLARES *et al*, 2009).

## CONCLUSÃO

O estudo bibliográfico possibilitou conhecer a relevância da CE enquanto tecnologia para o autocuidado, inclusive na promoção da saúde do usuário hipertenso, sendo de fundamental importância o acompanhamento da enfermagem, pois promove ações educativas individuais, em grupos e com familiares, garantindo conhecimento acerca da patologia e de sua qualidade de vida, adesão ao tratamento, ao comparecimento às consultas, tornando-se agente de seu autocuidado e multiplicador destas atividades na família e na comunidade.

O estudo capacitou-nos a compreensão de que o enfermeiro necessita está centrado e focado no CE, colocando em prática todas as etapas do processo, a fim de que se possa traçar um plano de cuidados adequado para cada usuário, na tentativa de diminuir o alto índice de morbimortalidade da HAS, promovendo assim a saúde, sensibilizando os clientes, traçando metas e planos de como dar seguimento ao tratamento.

Cabe ressaltar que a CE é uma atividade primordial na assistência, pois estabelece uma interação terapêutica do usuário e do profissional de saúde, mas ainda pouco aplicada na ESF.

## REFERÊNCIAS

- Alfaro-Lefreve R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Trad.: Regina Garcez. 5ª Ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2005.
- Andrade, MM. Introdução à metodologia do trabalho científico. 9ª Ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- Barreto MS, Marcon SS. Participação do familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto contexto enferm.* 2014; 23: 38-46.
- Chaves, ES et al. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, Nº 59, v. 4, p. 543-547, jul/ago, 2006.
- Colares LG, Bernardino LM, Barbosa JPA, França LB, Medeiros MF, Lima MAF et al. Estudo comparativo da pressão arterial sistêmica aferida por três métodos distintos não invasivos. *Rev Med Minas Gerais.* 2009; 19 (3):214-9.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Nº 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. [internet] [Acessado 2010 Set 10]; [cerca de 2p.]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>.
- Crozeta K, Truppel T, Meier M, Danski M. Determinantes e condicionantes para a implementação da consulta de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2009; 14 (1): 120- 6.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de gestão estratégica e participativa. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Oliveira TC, Lopes MVO, Araujo TL. Modo fisiológico do modelo de adaptação de Sister Callista Roy : análise reflexiva de Meleis. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2006; 5(1).
- Santos ZMSA, Silva RM. Consulta de enfermagem. In: Santos ZMSA, Silva RM. *Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado.* Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2002. P.39-42.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010; 95:1-51.
- Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para o velho problema. *Texto Contexto Enferm* 2007 abr/mai; 16 (2):233-8.
- Vieira RQ, Oliveira EC, Lima JV, Rubbo AB. História da assistência de enfermagem brasileira acerca da hipertensão arterial (1949-1988). *Hist Enf Rev Eletr (HERE).* 2014; 5: 67-82.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus pelo Dom da vida, pela oportunidade de estar aqui neste mestrado, aos meus familiares, a minha querida orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, pelos ensinamentos e pelo carinho de sempre, e por fim, à instituição UNIFOR por disponibilizar o evento.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AValiação DE Indicadores DE Qualidade PARA REorientação DO Serviço NA Promoção DA Saúde: Relato DE Experiência

**Mayara Mesquita Mororó Pinto<sup>1\*</sup>, Thaís Rogério dos Santos<sup>2</sup>, Velma Dias do Nascimento<sup>3</sup>, Geise Moreira Sales de Oliveira<sup>4</sup>, Rejane Maria Carvalho de Oliveira<sup>5</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim<sup>6</sup>.**

*1 Enfermeira, Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem – UNIFOR.*

*2 Enfermeira, Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem – UNIFOR.*

*3 Enfermeira, Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem – UNIFOR.*

*4 Enfermeira, Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem - UNIFOR;*

*5 Enfermeira, docente da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Doutora em Saúde Coletiva - UECE,, Fortaleza-CE;*

*6 Enfermeira, PhD pela Universidade de Rouen - CHU/Rouen, França. Coordenadora do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).*

*Email: mayarammp@yahoo.com.br*

*Palavras-chave: Recém-nascido. Extubação. Cuidado de Enfermagem. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.*

### INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é equipada com tecnologias muito avançadas, focando a assistência principalmente em aspectos biológicos dos recém-nascidos, contribuindo para a sobrevivência destes em condições críticas.

O período neonatal é definido como o estágio da vida do ser humano que vai do nascimento até o 28º dia de vida. Esse período é considerado uma adaptação da vida intra-uterina para extrauterina, na qual existe um processo contínuo de mudanças fisiológicas. A classificação de recém-nascidos de acordo com a idade gestacional podem ser atermo, cuja idade corresponde ao período entre 37 e 41 semanas; pré-termo, que são todos os nascidos vivos antes de 37 semanas, e pós-termo, que corresponde aos recenatos com mais de 42 semanas de idade gestacional (REZENDE, 2013).

Estudos estimam que cerca de 15% das admissões em UTIN são seguidas da ocorrência de eventos adversos, complicações indesejáveis resultantes da assistência ao paciente (CARVALHO; VIEIRA, 2002). Entre os eventos adversos mais frequentes, destacaram-se os erros de medicamentos, infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e eventos relacionados aos cuidados com a respiração do paciente, como as Extubações Não Programadas (ENP).

As IRAS podem ser apontadas como uma das principais causas de morbimortalidade a nível terciário, tornando-se um quadro especialmente grave quando encontrado em recém-nascidos, sendo o diagnóstico e a terapêutica precoce de extrema importância. Estima-se que a mortalidade neonatal (óbito nos primeiros 28 dias de vida) corresponde a um terço da mortalidade infantil global, sendo as infecções relacionadas à assistência à saúde responsáveis por cerca de 40% dos óbitos neonatais em países em desenvolvimento (MEIRELES, 2011).

Os lactentes e os recém-nascidos (RN), principalmente os de muito baixo peso, têm maior risco para ENP, em razão do comprimento mais curto da traqueia e da imaturidade cognitiva (LANZILLOTI, 2015). Porém, ainda há poucos estudos na literatura que avaliam a incidência e as principais causas de ENP em UTIN.

As complicações potenciais da ENP abrangem falhas respiratórias, riscos associados à reintubação, aumento no tempo de ventilação mecânica (VM) e internação, como também risco de hipóxia, pneumotórax, pneumonia, displasia broncopulmonar, traumatismo de vias aéreas superiores e déficit do desenvolvimento neuropsicomotor (OLIVEIRA, 2012).

As ENPs elevam os riscos de infecções associadas à procedimentos invasivos, denotam impacto negativo na qualidade da assistência aos recém-nascidos e no reconhecimento técnico-científico e humano dos profissionais envolvidos. A redução destas diminui o risco de complicações nos neonatos, bem como os custos hospitalares e tempo de internação.

O objetivo do estudo é relatar a experiência de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal na utilização de um indicador de qualidade para a reorientação do serviço e promoção da saúde de neonatos, como foco deste trabalho o índice de extubações não programadas, que podem trazer uma série de complicações aos neonatos, necessitando assim, a partir da avaliação do indicador de qualidade, reorganizar o serviço para promoção da saúde no local em estudo.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma pesquisa realizada em um hospital de grande porte, pertencente à Secretaria do Estado do Ceará, referência no município de Fortaleza-CE, tendo a missão de prestar assistência terciária à criança e ao adolescente, de forma segura e humanizada, sendo instituição de ensino e pesquisa.

O cenário da pesquisa foi o centro de terapia intensiva neonatal (CETIN) com capacidade para 12 leitos de atendimento aos recém-nascidos, com até 28 dias de vida, em estado de saúde crítico, considerados de alto risco. A unidade de estudo é composta por uma equipe de Enfermagem, formada por 27 técnicos de Enfermagem e 17 enfermeiros, sete deles com especialização *lato-sensu*, duas mestrandas, quatro mestres e dois enfermeiros com doutorado.

Um dia da semana de uma das autoras, que é enfermeira assistencial, é destinado à consolidação e atualização dos indicadores de qualidades do setor, bem como estudo da realidade e observação do indicador que mais precisa ser trabalhado no momento. O indicador de qualidade é avaliado juntamente com a gestora da unidade e, quando necessário, em conjunto com a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital em questão. Em agosto de 2017 foi avaliado o período de Julho de 2016 ao mesmo mês de 2017, referente ao número de extubações não programadas, para posterior avaliação extenuantes dos dados e reorientação do serviço para a necessidade de promoção da saúde dos recém-nascidos internados em um centro de terapia intensiva neonatal.

A incidência de ENP também foi estabelecida por meio do número de extubações para cada 100 dias de intubação. Essa taxa foi obtida por meio do seguinte cálculo: número de extubações não planejadas x 100/número de dias em ventilação mecânica (PIVA et al., 1997).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise extenuante da consolidação dos indicadores de qualidade do setor, no período de julho de 2016 a julho de 2017, observa-se a necessidade da reorganização do serviço e uma sensibilização dos profissionais como forma de garantia da promoção da saúde dos recém-nascidos internados no centro de terapia intensiva neonatal em estudo.

Nesse período de um ano, a autora consolidou um total de sessenta (60) extubações não planejadas (ENP). Destas 60, encontrou-se quatro delas por excesso de manuseio, 13 ocasionadas por retiradas mecânicas do TOT por rolha de secreção, 20 decorrentes de agitação e 23 sem Boletim de Ocorrência (B.O.) ou causa definida. Compreendendo este número total, utilizou-se um cálculo mensal para avaliação da quantidade de extubações por 100 dias de recém-nascidos intubados, resultando em uma média de 2,6 por 100 dias de pacientes intubados, sendo o maior índice em maio de 2017, com 5,3 por 100 dias de recém-nascidos intubados e o menor em dezembro de 2017, com 0,5 por 100 dias de pacientes intubados.

Foram registradas como causas das ENP nesse período: excesso de manuseio no RN, agitação, retirada mecânica do TOT por rolha de secreção. Encontrou-se alguns dados em que havia o registro do evento, porém não havia registro da causa, sendo identificado como sem B.O.

Encontra-se nas evidências, uma sugestão de padrão de uma, no máximo duas, extubações para cada 100 dias de pacientes intubados (LORI MERKEL et al., 2014). Observou-se que o CETIN em estudo tem um índice que ultrapassa o padrão desejável do indicador de qualidade.

O excesso de manuseio foi apontado como responsável por 7% das ENP neste período. O manuseio adequado do RN diminui o risco de ENP, visto que os recém-nascidos têm a traqueia mais curta do que outras crianças, e qualquer manuseio inadequado aumenta o risco de deslocamento do TOT (CARVALHO et al., 2010).

Encontrou-se a retirada mecânica por rolha, responsável por 22% das ENP nos RN. Quanto a causa por agitação, correspondeu a 20% dos casos, o que nos leva aos questionamentos de motivos da agitação (dor, hipersecreção, sedação inadequada). Destaca-se que 23% do total das ENP, não estão registradas corretamente pelos profissionais enfermeiros, ou seja, encontramos uma lacuna quanto às causas de 23 ENP no período avaliado, ficando estes sem B.O., e conseqüentemente sendo impossível identificar as causas destas ENP anteriores. Tal resultado reflete a necessidade de conscientização desses profissionais quanto a importância dos registros completos dos eventos adversos ocorridos no CETIN, ressaltando, inclusive, que já existe o impresso para esse tipo de registro, porém muitos ainda não são preenchidos pela equipe.

Os dados encontrados foram discutidos com a coordenação do setor, juntamente com a enfermeira da CCIH do hospital em estudo, percebendo-se a necessidade de reorganização do serviço para uma melhor assistência e promoção da saúde dos recém-nascidos. Buscou-se a sensibilização de todo o time de enfermagem do serviço para a redução deste número, alertando quanto a importância do exame físico do recém-nascido, adequado manuseio, contenção dos membros do RN, posicionamento e fixação do TOT, avaliação da necessidade de aspiração, ou mesmo rotina de aspiração dos recém-nascidos hipersecretivos.



A unidade possui um *bundle* de prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV), no qual são instituídas medidas de boas práticas para a redução destes índices de infecção. A ENP é um evento adverso que predispõe o paciente à uma PAV e por isso os profissionais também devem ser sensibilizados quanto a adequada utilização deste *bundle*.

## CONCLUSÃO

A análise da incidência de ENP em um CETIN proporcionou a identificação das principais causas deste evento adverso na unidade, auxiliando gestor e equipe assistencial no planejamento dos cuidados necessários à prevenção dessas extubações e, conseqüentemente, uma melhor assistência e promoção da saúde dos recém-nascidos internados no setor.

A ausência do registro do B.O. foi apontada como uma oportunidade de melhoria para o serviço, sendo realizado a sensibilização dos profissionais para o registro completo do evento adverso, a fim de investigar outras possíveis causas para a ENP, assim como para a implementação das boas práticas de prevenção da PAV nas rotinas da unidade.

Experiências como essa devem ser realizadas em outros serviços de cuidados ao recém-nascido de alto risco, contribuindo para a reorganização do serviço a partir da análise de indicadores, incentivo às boas práticas assistenciais de prevenção de ENP e para a promoção da saúde dos recém-nascidos.

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, F.L. et al. Incidence and risk factors of accidental extubation in a neonatal intensive care unit.

**Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.86, n.3, p.189-195, 2010.

\_\_\_\_\_, M.; VIEIRA, A. A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 261-268, 2002.

CESARIN, H.C.S.; CESARIN, S.J. **Pesquisa científica: da teoria à prática** Curitiba: InterSaberes, 2012.

FARACO, M.M. **Eventos adversos associados a ventilação mecânica invasiva no paciente adulto em uma unidade de terapia intensiva**. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

LANZILLOTTI, L.S. et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.937-946, 2015.

LORI MERKEL, K.B. et al. Reducing unplanned extubations in the NICU. **Pediatrics**, v.133, n.5, p.67-72, 2014.

MEIRELES, Luciano de Assis; VIEIRA, Alan Araújo; COSTA, Carolina Roella. Evaluation of the neonatal sepsis diagnosis: use of clinical and laboratory parameters as diagnosis factors. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 33-39, mar, 2011.

OLIVEIRA, P.C.R. Incidência e principais causas de extubação não planejada em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v.24, n.3, p.230-235, 2012.

PIVA, J.P.; GARCIA, P.C. Ventilação mecânica em pediatria. In: PIVA, J.P.; CARVALHO, P.; GARCIA, P.C.

**Terapia intensiva em pediatria**. 4ªed. Rio de Janeiro: Medsi; 1997.

REZENDE, FJ., MONTENEGRO CAB. *Obstetrícia fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 12ª ed.; p. 483-492, 2013.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimento ao hospital de estudo e ao setor avaliado, pela contribuição com os dados; ao Convênio CAPES/COFEN, pela oportunidade do Edital que financia o Mestrado, permitindo nossa qualificação profissional; à Universidade de Fortaleza pela parceria e pela estrutura de ensino; à nossa querida professora orientadora pelo apoio, incentivo, amor e maestria em conduzir nossa turma do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, nossa gratidão.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERCEPÇÃO, CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PESCADORES SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE

Julyane Queiroz Martins<sup>1</sup>, Neide Rodrigues dos Santos<sup>2</sup>, Pedro Oliveira Pinheiro<sup>3</sup>, Mirtes Aparecida Alves<sup>4</sup>, Sammy Lorayne Oliveira Moura<sup>5</sup>, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro<sup>6</sup>

*1 Fisioterapeuta pela CentroUniversitario Estácio do Ceara*

*2 Administradora, especialista em Bioética pela UNB*

*3 Acadêmico de medicina, Centro Universitário Estácio de Angra dos Reis*

*4 Fisioterapeuta, especialista pela UniChristus, docente da Fametro*

*5 Mestranda do Programa do Mestrado Profissional em Estratégia Saúde da Família (MPSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral-Ceará-Brasil*

*6 Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela AAA UECE- UFC- UNIFOR, Mestre em Educação em Saúde, docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasi*

*Palavras-chave: Câncer de pele, Pesca, Fisioterapia, Prevenção, Homens.*

### INTRODUÇÃO

O câncer é uma patologia de etiologia causada por vários fatores que resultam, principalmente, de alterações genéticas, fatores externos e do estilo de vida da população. Entre os vários tipos de câncer, destaca-se o câncer de pele, que se apresenta de duas formas: melanoma e não melanoma cutâneo (ALMEIDA; HIRATAS, 2013).

O melanoma cutâneo tem origem nos melanócitos (células que produzem a melanina — substância que determina a coloração da pele), predominante em adultos de pele clara e expostos à radiação ultravioleta. O melanoma cutâneo representa 4% das neoplasias malignas da pele, apesar de ser o mais grave por causa da alta possibilidade de espalhar-se em todo o corpo.

O câncer de pele do tipo não melanoma é o mais frequente no Brasil e corresponde a 25% de todos os tumores malignos. Quando diagnosticado precocemente, há uma grande chance de cura, por ter menor índice de mortalidade. O câncer de pele não melanoma divide-se em carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular. O basocelular é o mais frequente na população brasileira — e também o menos agressivo, responsável por 70% dos diagnósticos, com incidência em adultos de pele e olhos claros, acima dos 40 anos. Já o espinocelular representa apenas 25% dos casos.

O fisioterapeuta, devido à natureza de sua atividade laboral é capaz de detectar uma lesão de pele suspeita. Esse profissional tem a oportunidade de observar as áreas expostas do corpo, e o seu conhecimento acerca de lesões benignas e patológicas, facilitando o encaminhamento para avaliações, diagnósticos e tratamentos.

A identificação dos estágios iniciais do câncer pode reduzir as taxas de morbidade e mortalidade. Existem três níveis de prevenção: a primária, que previne a ocorrência da doença; a secundária que consiste no diagnóstico precoce no rastreamento; e a terciária, que previne deformidades, recidivas e mortes.

Assim, é de extrema importância a realização da prevenção do câncer de pele — prevenção essa que tem como principal característica o uso da fotoproteção, pois há íntima relação entre elevada exposição a raios ultravioleta e maior incidência de câncer de pele. Faz-se necessária, portanto, a conscientização da população sobre as causas e os hábitos que as levam a adquirir esta afecção, para que haja redução da ocorrência dessa patologia.

Em se tratando de contextualizar o câncer de pele em pescadores expostos diretamente ao sol, surgem diversos questionamentos: qual o nível de conhecimento dos pescadores acerca do câncer de pele? Quais as medidas preventivas utilizadas por eles para prevenir-se desse tipo de câncer?

Pesquisas como esta podem auxiliar nos três níveis de atenção à saúde, além de sensibilizar gestores desse tipo de serviço sobre a importância da conscientização da prevenção do câncer de pele, prevenindo mutilações e as complicações secundárias.

Este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento dos pescadores em relação ao câncer de pele, e como objetivos secundários caracterizar a população alvo do estudo identificando seus hábitos para a prevenção desta enfermidade. Cientes que com os resultados desta pesquisa possa-se contribuir para um diagnóstico precoce deste tipo de câncer que é o de maior incidência no Brasil.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvido na Associação dos Pequenos e Médios Armadores de Pesca de Fortaleza, situada na Rua Benedito Macedo N° 50 Cais Pesqueiro,

Mucuripe, desenvolvido no período de Fevereiro a Dezembro de 2015. Como critérios de inclusão definiu-se por homens com idade acima de 18 anos integrantes da Associação dos Pequenos e Médios Armadores de Pesca de Fortaleza, que estivessem exercendo regularmente sua profissão, independente de raças, estado socioeconômico ou estado civil e que aceitassem participar da pesquisa, através da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. Foram excluídos aqueles que, dentre os incluídos, desistiram de participar no momento da coleta por alguma espécie de constrangimento ou impossibilidade e as mulheres que também atuassem na associação na qualidade de pescadoras.

A coleta de dados se deu através da aplicação de uma entrevista com roteiro semiestruturado com perguntas norteadoras sobre o câncer de pele e com dados de identificação pessoal como idade, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar, cor, história familiar, hábitos de exposição solar e questões norteadoras relacionadas à percepção do homem pescador acerca do conhecimento da existência e prevenção do câncer de pele.

Estas perguntas nos deram suporte para ampliar nossa relação (pesquisador-pesquisado) e criar interrogações quanto ao conhecimento e prevenção dos homens pescadores em relação ao câncer de pele. Também foram consideradas as observações e as visitas ao local de funcionamento da associação onde os pescadores trabalham.

As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas de maneira tranquila, individualizada, livre de qualquer tipo de preconceito e com tempo médio de 20 min, sendo gravada com aparelho gravador de voz *sony icd-px312* em ambiente silencioso e reservado, após o consentimento dos participantes. A coleta de dados foi suspensa após as entrevistas com 10 pescadores por termos observado congruência nas respostas, saturando os dados e satisfazendo, assim, ao objetivo proposto.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e lidas repetidas vezes com a finalidade de proceder à ordenação das ideias e dos conteúdos convergentes e divergentes capazes de identificar o conhecimento e prevenção em relação ao câncer de pele com os Pescadores participantes da pesquisa. Para a organização sistemática dos dados e a busca de uma descrição coerente de todo o material levantado, optamos por usar o método de análise de conteúdo, especificamente a técnica de análise temática também esboçada por autores de área (MIANAYO, 2010). Desta forma, procedemos à pré-análise das entrevistas, buscando assinalar as colocações semelhantes e aquelas diferenciadas, mas que representavam o conhecimento e prevenção que os pescadores têm sobre o câncer de pele. Os dados foram se organizando com o sentido de expressar ideias, sentimentos, valores e crenças dentre outros.

Com a exploração do material coletado, elaboramos leituras minuciosas, com a intenção de encontrar as unidades de significados, tendo em vista o contexto do estudo. Agregamos os depoimentos em temáticas abrangentes e depois selecionamos temáticas específicas e congruentes com os significados atribuídos pelos participantes e foram denominados de: conhecimento insuficiente dos pescadores sobre o conhecimento e prevenção do câncer de pele e a prática inadequada dos pescadores para a prevenção do câncer de pele.

Os dados, uma vez organizados em temáticas, foram analisados e com o suporte teórico sobre o tema, provocando uma discussão com os autores que pesquisam a temática.

Para a interpretação dos resultados, priorizamos os recortes dos depoimentos e subsidiados pelos conteúdos observados, enfatizando aqueles mais significativos e coerentes com a expectativa dos participantes da pesquisa.

A pesquisa foi submetida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Estácio do Ceará, recebendo aprovação sobre o Protocolo Nº 094152/2015 e seguiu todos os preceitos éticos da pesquisa que envolve os seres humanos como preconiza a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Desta forma foi considerado e assegurado aos participantes do estudo as informações em relação a realização da pesquisa e a garantia que teriam preservado o anonimato, bem como a análise dos dados que ocorreu de forma global para resguardar os sujeitos do estudo.

## **RESULTADO E DISCUSSÕES**

**Conclusão** Com o propósito de identificar o conhecimento e prática dos pescadores sobre a existência e hábitos preventivos do câncer de pele, procedemos à análise dos dados oriundos das entrevistas a partir das questões norteadoras. Consideramos o conhecimento e a prática dos hábitos preventivos enfatizando uma interpretação consciente dos pescadores sobre o assunto interrogado e a literatura disponível sobre o câncer de pele.

### **Caracterização dos participantes do estudo:**

A partir das entrevistas, foi possível identificar a caracterização sóciodemográfica dos pescadores participantes do estudo, que como definido no critério de inclusão todos os entrevistados eram do sexo masculino, excluindo assim as mulheres pescadoras que também atuam na associação, cenário do estudo.

Identificou-se, igualmente, que a faixa etária predominante era entre 24 e 71 anos de idade, sendo estes 20% brancos, 40% pardos e 40% morenos. Quanto ao estado civil, cinco eram casados, dois solteiros e três viúvos. No que se refere ao nível de escolaridade, dois eram analfabetos, seis tinham ensino fundamental incompleto, um de ensino médio incompleto e um de ensino médio completo.

De acordo com a histórico familiar de câncer, foi constatado que dos 10 pescadores entrevistados, 4 apresentaram parentes que já tiveram algum tipo de câncer, inclusive o de pele e 6 não apresentaram nenhum caso na família da doença.

Em relação ao horário de exposição solar pode-se observar que 4 pescadores se expõem das 7h00 da manhã às 17:00 da tarde, 2 de 5h00 da manhã às 07:00 da tarde, 1 de 05:00 da manhã às 11:00 da manhã, 2 de 04:00 da manhã às 17:00 tarde e 1 de 05:00 da manhã às 15:00 da tarde. Sobre a quantidade de vezes na semana que eles se expõem ao sol, todos os pescadores mencionaram que se expõem de 5 à 7 vezes por semana. Quanto à renda salarial podemos observar que dos 10 pescadores, 9 recebem apenas um salário mínimo e apenas um recebe um salário e meio, o que por muitas vezes não é descontentamento, pois mesmo recebendo pouco, os pescadores são felizes por trabalhar e poder conseguir se auto sustentar e sustentar também a sua família.

Apesar do câncer de pele ser o mais frequente no Brasil e corresponder a 25% de todos os tumores malignos registrados no país, o melanoma cutâneo representa apenas 4% das neoplasias malignas da pele, sendo o mais grave devido à sua alta possibilidade de metástase (GUIRRO; GUIRRO, 2002). O prognóstico desse tipo de câncer é considerado bom, se for descoberto nos estágios iniciais. As mulheres com melanoma têm um melhor prognóstico do que os homens, já que elas apresentam melanomas nas extremidades, com marcas mais finas e menos ulceradas. Pacientes com tumores de extremidades apresentam, estatisticamente, melhor taxa de sobrevivência do que aqueles com tumores de cabeça e pescoço (ALMEIDA, HIRATAS, 2013).

O câncer de pele não melanoma é o de maior incidência e menor mortalidade. Como a pele, maior órgão do corpo humano, é heterogênea, esse tipo de câncer pode apresentar tumores de diferentes linhagens. O mais frequente é o carcinoma basocelular, de maior incidência em adultos de pele e olhos claros acima de 40 anos, localizando-se preferencialmente nos 2/3 superiores da face, na cabeça e no pescoço. Apesar de ser o mais frequente, é o que apresenta menor potencialidade maligna entre os cânceres de pele.

Já o carcinoma espinocelular representa 25% dos casos e ocorre com mais frequência no sexo masculino e no idoso, localizando-se geralmente no lábio inferior (representando cerca de 90% das neoplasias orais existentes), na face, nas orelhas, no dorso das mãos e na genitália. São considerados como fatores de risco para este tipo de câncer fumo; álcool; sífilis; deficiências nutricionais; sol; traumatismo; má higiene; e irritação por bordas pontiagudas de dentes ou dentaduras.

Mediante a abordagem do nível do conhecimento dos pescadores sobre a existência e prevenção do câncer de pele, estes destacaram em suas falas alguns pontos-chaves conhecidos como núcleo do sentido. O que nos levou a formular categorias para serem analisadas mediante o confronto de suas falas e das vertentes expostas por diversos autores da área. Podendo-se destacar: conhecimento insuficiente dos pescadores.

Apresentamos a seguir as análises e discussões com a caracterização dos pescadores participantes e as categorias temáticas que emergiram:

Diante à pesquisa esperamos buscar os impactos emocionais que a cirurgia de reconstrução da mama pós mastectomia causa nas mulheres. Assim como identificar os fatores psicológicos envolvidos após a reconstrução da mamãe e compreender melhor essas mulheres psicologicamente pós reconstrução mamária em suas relações tanto com o outro como consigo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FA, HIRATA S. **Câncer Cutâneo**. In: **Petri V, organizador. Dermatologia clínica**. Barueri:

Manole; 2013. p. 157-63.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde**. 2017. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12/06/2017. COSTA, M; López, E.

**Educacion para La salud**. Madrid: Pirâmide, 1996. p.25-86.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

GUIRRI & GUIRRO, R. **Fisioterapia Dermato Funcional: Fundamentos, Recursos, Patologia**, 1.v. ed. São Paulo: Manole, 2002

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na Saúde**. 2.ed. Florianópolis: Pallotti, 2002. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

## AGRADECIMENTOS

A Universidade de Fortaleza pela honra, oportunidade e incentivo à produção de novas formas de conhecer através da pesquisa. Aos pescadores, participantes da pesquisa, por suas colaborações no desenvolvimento da pesquisa e da ciência.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## MAGNITUDE DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE PULMÃO ENTRE MULHERES NO ESTADO DO CEARÁ

Sérgio André de Souza Júnior<sup>1</sup>, Fábio Rocha Fernandes Távora<sup>2</sup>, Rosa Livia Freitas de Almeida<sup>3</sup>, Adriana Rolim Campos<sup>4</sup>, Denise Nunes Oliveira<sup>5</sup>, Juliana Carneiro Melo<sup>6</sup>

*1 Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Membro da Liga Acadêmica de Patologia (LIPAT), Bolsista de Iniciação Científica no Programa de Apoio a Equipes de Pesquisa da Diretoria de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação da UNIFOR - DPDI/FEQ/UNIFOR.*

*2 Departamento de Pneumologia, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.*

*3 Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR.*

*4 Docente do Curso de Medicina e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Ciências Médicas da UNIFOR.*

*5 Docente do Curso de Medicina, Orientadora da LIPAT, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UNIFOR.*

*6 Docente do Curso de Medicina, Orientadora da LIPAT, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR, orientadora do Programa de Iniciação Científica da Fundação Edson Queiroz (PROBIC/FEQ/UNIFOR).*

Email: sergioandre@edu.unifor.br

Palavras-chave: Câncer de Pulmão. Mortalidade. Mulheres. Epidemiologia.

### INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão é um dos tipos de neoplasia mais comum em termos de mortalidade e incidência, estando entre os três tipos de câncer diagnosticado com maior frequência. Projeções indicam um aumento de 2% ao ano na sua incidência mundial configurando-se como um grande problema de saúde pública (FERLAY *et al.*, 2012 e MALTA *et al.*, 2016). Recentemente, ultrapassou o câncer de mama como principal causa de morte por neoplasia em diversos países desenvolvidos, incluindo Estados Unidos, Suécia, Holanda e Reino Unido (BELANI *et al.*, 2007; BRAY e WEIDERPASS, 2010). Entre as mulheres é a segunda principal causa de mortalidade por neoplasia no mundo, com um número estimado de 583.100 casos e 491.200 óbitos contabilizados em 2012 (FERLAY *et al.*, 2013).

Na população brasileira, o câncer de pulmão é a primeira causa de óbito por neoplasia maligna entre homens e a segunda entre mulheres. Em 2011 resultou em 22.424 mortes, sendo 13.698 homens e 8.726 mulheres (MALTA *et al.*, 2016).

Até a década de 80, houve um grande aumento na mortalidade, contudo vem sendo observada uma redução das taxas de óbito em alguns países desenvolvidos como consequência da alteração do hábito tabagista. No entanto, entre as mulheres, a mortalidade por câncer de pulmão continua em ascensão nas últimas décadas (PAUK *et al.*, 2005; SILVA *et al.*, 2008). Na Europa, nos últimos anos, há um aumento constante na mortalidade entre a população feminina, com crescimento de 4,6% anual (BOSETTI *et al.*, 2008). A incidência de câncer de pulmão em mulheres é mais alta na América do Norte, no norte da Europa e na Austrália/Nova Zelândia. Embora as taxas de incidência tenham atingido um platô nas regiões acima, tanto a incidência como a mortalidade continuam a aumentar em todo o mundo (BOSETTI *et al.*, 2008; FERLAY *et al.*, 2012; NORTH e CHRISTIANI, 2013). No Brasil, a incidência de CP tem aumentado nas últimas décadas e sua mortalidade permanece elevada, tendência seguida ao que acontece no restante do mundo, porém é observado um aumento nas taxas de mortalidade no gênero feminino quando comparado com a população masculina (MALTA *et al.*, 2007.).

A diferença na incidência de câncer de pulmão entre gêneros deve ter relação com o padrão de consumo e hábitos distintos relacionados com a exposição ao tabagismo entre homens e mulheres (SILVA *et al.*, 2008).

Diante do aumento da incidência associado às altas taxas de letalidade e à escassez de dados acerca da epidemiologia do câncer de pulmão no Ceará, ressalta-se a necessidade de reconhecer o perfil epidemiológico da população feminina, para que medidas de prevenção e diagnóstico precoce possam ser elaboradas de acordo com as peculiaridades locais. Baseado nisso, esse estudo tem como objetivo avaliar os aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de pulmão entre mulheres residentes do Estado do Ceará.

### METODOLOGIA

Estudo ecológico de série histórica, analisou para o Ceará, a mortalidade por câncer de pulmão, em mulheres acima de 18 anos no período de 2000 a 2015. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS), coletados no sítio do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Considerou-

se no estudo mulheres residentes no Estado do Ceará cuja causa básica do óbito foi codificada na CID-10 com o código C34, câncer de pulmão e/ou brônquios. As taxas de óbito foram calculadas por faixa etária e ano, utilizando as informações censitárias e as estimativas intercensitárias, disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Na análise exploratória, variáveis contínuas foram expressas como média, desvio padrão, variáveis categóricas foram descritas pelas distribuições de frequências e apresentadas em tabelas e gráficos. A idade foi categorizada nas seguintes faixas: 20-29 anos; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; maior ou igual a 80. A análise de tendência foi conduzida usando-se regressão linear simples. Utilizou-se na análise os softwares, Excel e SPSS versão 23.0.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de óbitos de câncer de pulmão no Ceará, segundo o SIM no período compreendido entre 2000-2015 foi 4.906 entre a população feminina com idade maior que vinte anos. As medidas estatísticas de tendência central e dispersão dos óbitos mostraram que a distribuição da idade aproximou-se da normalidade, com média e mediana de 65,9 e 66,0 anos, respectivamente, e desvio padrão de 12,5 anos.

Houve aumento de casos não ajustados de mortalidade durante o período avaliado. GUIMARÃES, 2007 sugere que a melhoria dos sistemas de informação possa contribuir com o aumento do registro de óbitos observado nos últimos anos.

No Ceará, o coeficiente não padronizado de mortalidade por neoplasia de pulmão entre mulheres apresentou um comportamento ascendente. No período compreendido entre os anos 2001 e 2004 houve uma tendência à estabilização, porém, nos anos seguintes, ocorreu um incremento evidente, especialmente, entre 2013 e 2015. Os coeficientes de mortalidade variaram de 5,27 (ano 2000) a 15,17 (ano 2015) por 100 mil habitantes conforme observado na Tabela 1. Os resultados do presente estudo seguem condizentes com levantamentos apontados por BRAY e WEIDERPASS, 2010; JEMAL *et al.*, 2011 e MALTA *et al.*, 2016 que corroboram a tendência observada nos demais estados do país e em outros países com a propensão de aumento entre mulheres.

Tabela 1. Número total de óbitos, população feminina residente e coeficiente de mortalidade por câncer de pulmão em mulheres maiores de 20 anos. Ceará, 2000-2015.

Ano	Óbitos registrados	População feminina residente	Coeficiente de Mortalidade
2000	136	2.581.756	5,27
2001	164	2.645.124	6,20
2002	169	2.708.419	6,24
2003	182	2.771.255	6,57
2004	182	2.833.172	6,42
2005	231	2.893.827	7,98
2006	253	2.953.219	8,57
2007	291	3.011.341	9,66
2008	317	3.068.124	10,33
2009	337	3.123.581	10,79
2010	382	3.177.761	12,02
2011	363	3.230.713	11,24
2012	435	3.283.334	13,25
2013	470	3.335.588	14,09
2014	472	3.387.991	13,93
2015	522	3.440.079	15,17
<b>Total</b>	<b>4906</b>		

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-MS/DATASUS) e IBGE.

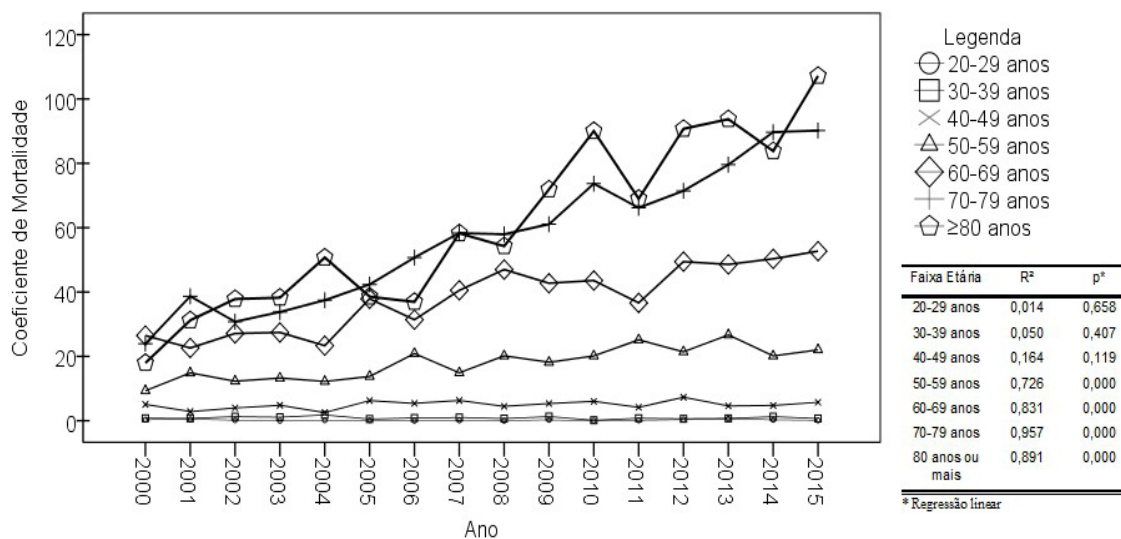
<sup>a</sup> Taxas não padronizadas por faixa etária

<sup>b</sup> Coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes

A tendência heterogênea do coeficiente de mortalidade por câncer de pulmão entre faixas etárias é demonstrada na Figura 1. A mortalidade por neoplasia de pulmão entre mulheres apresentou comportamento ascendente durante o período estudado. Os dados para as faixas etárias acima de 50 anos (50-59; 60-69; 70-79; maior ou igual a 80 anos) ajustaram-se à equação linear ( $p < 0,05$ ) diferentemente dos demais grupos etários ( $p > 0,05$ ).



Figura 1 - Coeficiente de mortalidade por câncer de pulmão (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária, em mulheres maiores de 20 anos. Ceará, 2000-2015.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM-MS/DATASUS).

É observado também, o aumento dos coeficientes de mortalidade ajustados por faixa etária em mulheres acima de 60 anos, especialmente em septuagenárias e no grupo acima de 80 anos, o que pode explicitar a associação entre o câncer de pulmão e a prevalência do tabagismo. O tabagismo é o principal fator de risco para o aumento expressivo dos casos de câncer de pulmão, e segue como um dos responsáveis pelas altas taxas de mortalidade nesta população. Acredita-se, segundo STABILE e SIEGFRIED, 2003 e RIVERA, 2013, que as mulheres possuem maior predisposição à carcinogênese pulmonar induzida pelo tabaco.

De acordo com MALTA *et al.*, 2007 e SOUZA *et al.*, 2012, a tendência atual da mortalidade reflete o hábito tabagista de gerações passadas com conseqüente aumento do consumo entre as mulheres. Segundo GUIMARÃES, 2007 e MALTA, DC *et al.*, 2016, no Brasil, o incremento no consumo ocorreu nas décadas de 60 e 70 em função da promoção do tabagismo através de forte apelo cultural das mídias, da indústria tabagista e do empoderamento feminino.

NORTH e CHRISTIANI, 2013 e MALTA *et al.*, 2016 apontam que o ápice da prevalência do consumo do tabaco impactará as taxas de mortalidade cerca de 30 anos depois o que corrobora com o incremento das taxas de mortalidade nas faixas etárias acima de 60 anos no presente estudo.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer o panorama epidemiológico da mortalidade por câncer de pulmão em mulheres no Estado do Ceará. O padrão observado, condizente com a tendência global, demonstra crescimento das taxas, principalmente, em faixas etárias avançadas, o qual exige intervenções preventivas direcionadas, em destaque, para o combate do hábito tabagista, principal fator de risco associado à incidência e à mortalidade do câncer de pulmão. O levantamento procurou contribuir para o maior conhecimento da mortalidade de uma doença crônica prevalente e evitável, enfatizando a importância dessa neoplasia como um problema de saúde pública na população feminina.

## REFERÊNCIAS

- BELANI, C. P. *et al.* Women and lung cancer: epidemiology, tumor biology, and emerging trends in clinical research. **Lung Cancer**, 2007. v. 55, n. 1, p. 15–23.
- BOSETTI, C. *et al.* Cancer mortality in the European Union, 1970-2003, with a joinpoint analysis. **Annals of Oncology**, 2008. v. 19, n. 4, p. 631–640.
- BRAY, F. I.; WEIDERPASS, E. Lung cancer mortality trends in 36 European countries: Secular trends and birth cohort patterns by sex and region 1970-2007. **International Journal of Cancer**, 2010. v. 126, n. 6, p. 1454–1466.
- FERLAY, J. *et al.* GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase. No. 11 [Internet]. **Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.**, [S.l.], 2013.

- GUIMARÃES, C. A. Mortalidade por câncer do pulmão. **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 5, p. xxix-xxx, 2007. ISSN 1806-3713.
- GUIMARAES, R. M.; SANTOS, T.S.C. Mortality distribution due to tracheal, lung, and bronchial cancer by gender, Brazil, 1980-2010. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 633-635, Oct. 2013.
- JEMAL, A. *et al.* Global cancer statistics. **CA Cancer J Clin**, 2011. v. 61, n. 2, p. 69–90.
- MALTA, D. C. *et al.* Lung cancer, cancer of the trachea, and bronchial cancer: mortality trends in Brazil, 1980-2003. **J. Bras. Pneumol.**, 2007. v. 33, n. 5, p. 536–543.
- MALTA, D. C. *et al.* Tendência das taxas de mortalidade de câncer de pulmão corrigidas no Brasil e regiões. **Rev Saúde Pública**, 2016. v. 50, n. 33, p. 1–10.
- NORTH, C. M.; CHRISTIANI, D. C. Women and Lung Cancer: What is New? **Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery**, 2013. v. 25, n. 2, p. 87–94.
- PAUK, N. *et al.* Lung cancer in women. **Lung Cancer**, 2005. v. 48, n. 1, p. 1–9.
- RIVERA, M. P. Lung cancer in women: differences in epidemiology, biology, histology, and treatment outcomes. **Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine**, 2013, Thieme Medical Publishers. p.792-801.
- SILVA, G.A. *et al.* Diferenças de gênero na tendência de mortalidade por câncer de pulmão nas macrorregiões brasileiras. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 411-419, Sept. 2008.
- SOUZA, M. C. DE; VASCONCELOS, A. G. G.; CRUZ, O. G. Trends in lung cancer mortality in Brazil from the 1980s into the early 21st century: Age-period-cohort analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, 2012. v. 28, n. 1.
- STABILE, L. P.; SIEGFRIED, J. M. Sex and gender differences in lung cancer. **J Gend Specif Med**, 2003. v. 6, n. 1, p. 37–48.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao apoio científico para o desenvolvimento deste estudo, oferecido pela Diretoria de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação vinculada à Universidade de Fortaleza e à Fundação Edson Queiroz através da concessão de bolsa de iniciação científica.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CAMPANHA 05 DE MAIO PELO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

**Emanuela Diniz Lopes<sup>1\*</sup>, Gabriela de Almeida Ricarte Correia<sup>2</sup>, Felipe Moreira de Paiva<sup>2</sup>, Ana Paula Soares Gondim<sup>3</sup>, Octavio Vital Baccallini<sup>4</sup>, Jade Oliveira Brito Peixoto<sup>4</sup>.**

*1 Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Graduação em Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

Email: emanueladlopes@gmail.com

Palavras-chave: Uso Racional de Medicamentos. Promoção da Saúde. Saúde Mental. Educação em Saúde.

### INTRODUÇÃO

O conceito de saúde evoluiu ao longo da história, isso se deu devido às mobilizações sanitaristas que aconteciam no Brasil e no mundo ao longo da década de 70. A Reforma Sanitária resultou na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005). As medidas preventivas de saúde, seja ela individual e coletiva, são feitas de acordo com o curso natural da doença. Leavell e Clark (1965) expandiram as ações preventivas para além do modelo biológico, ele passa a incluir também o contexto social e estilo de vida dos indivíduos.

De modo que, esses autores propuseram medidas de intervenção nos diferentes estágios da doença, (WESTPAL, 2006): 1) Aquelas voltadas para a prevenção primária, dizem respeito à promoção da saúde e proteção específica: são medidas gerais que envolvem o bem estar físico e mental dos indivíduos, onde o objetivo melhorar a saúde e evitar o desenvolvimento de agravos à saúde; 2) A prevenção secundária tem seu foco no diagnóstico e tratamento precoce e limitação da invalidez: o objetivo é reduzir fatores de risco de agentes patológicos e ambientais que podem ser danosos à saúde; 3) E por fim, a prevenção terciária voltada para a reabilitação: objetiva a manutenção ou recuperação do equilíbrio funcional. (LEAVELL; CLARK, 1965)

O Uso Racional de Medicamentos (URM) configura-se como o envolvimento quanto ao recebimento dos medicamentos adequados pelo paciente, voltados para as suas necessidades clínicas, em doses adequadas, pelo período necessário e a um custo razoável. Assim, a prática do URM relaciona-se, assim, a necessidade do uso do medicamento, a melhor escolha, prescrição na forma farmacêutica adequada, com boa disponibilidade e que seja dispensado em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, além do cumprimento do regime terapêutico (World Health Organization, 1985). Assim, a prática do URM estende-se às ações de assistência farmacêutica, uma vez que envolve a dispensação e orientação quanto ao uso dos medicamentos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 50 % dos pacientes no mundo todo utilizam os medicamentos incorretamente, seja por falha na prescrição, dispensação ou outros (World Health Organization, 2012). O uso incorreto dos medicamentos, no Brasil, está ligado às práticas comuns de polifarmácia, o uso indiscriminado de antibióticos, a prescrição não orientada por diretrizes, a automedicação inapropriada e ao grande número de medicamentos disponibilizados comercialmente (BRASIL, 2012). Um estudo realizado por Franceschet-de-Sousa *et al.* (2009) demonstrou que acadêmicos de medicina foram capazes de visualizar a importância da prescrição racional de medicamentos após curso de capacitação profissional. Outro estudo, realizado por Pinto *et al.* (2011) também demonstrou que a realização de oficinas com promoção do URM foi capaz de disseminar o conhecimento acerca do tema em estudantes de escola do ensino fundamental. Desse modo, fica claro a importância da disseminação quanto à promoção do URM através de estratégias de ensino tanto para os profissionais quanto para a população, sendo profissional farmacêutico capaz de promover esse uso racional através de diversas práticas.

O presente trabalho tem por objetivo descrever uma atividade de promoção da saúde realizada pelo farmacêutico e por acadêmicos de farmácia sobre o Uso Racional de Medicamentos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

### METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência sobre a realização de uma atividade de educação em saúde em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) localizado na regional VI do município de Fortaleza – CE.

Através da dinâmica denominada “batata quente” conduzimos uma ação de educação em saúde sobre o tema do Uso Racional de Medicamentos. O método de condução da dinâmica deu-se através do modelo participativo descrito por Paulo Freire (1996), onde o processo ensino-aprendizagem tem ênfase no pensar, refletir e transformar todos os envolvidos. Os participantes, por sua vez, desenvolvem consciência crítica a partir de problemas concretos. Enquanto o educador age como facilitador, cogestor e propõem as situações de ensino aprendizagem baseado nas vivências dos participantes.

Após a realização da atividade, foram feitas anotadas nos diários de campo baseada nas observações, o que auxiliou para a elaboração deste material. Além de vários registros fotográficos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ação foi realizada devido a “Campanha 05 de Maio, pelo Uso Racional de Medicamentos” que tem por objetivo alertar os profissionais da saúde e a população em geral sobre os riscos causados pelo o uso indiscriminado de medicamentos e pela automedicação.

No mês de maio de 2017, a ação ocorreu em um dos turnos de atendimento do serviço, com os usuários aguardavam por atendimento. O público alvo foi: crianças, adolescentes, familiares e profissionais do CAPS i. Participaram da atividade 10 indivíduos, deles quatro eram crianças/ adolescentes e seis eram familiares (mães, avós, tias). Como condutor das atividades, tivemos a participação de um farmacêutico e dois acadêmicos de farmácia.

A ação foi dividida em dois momentos simultâneos:

### 1 Quiz sobre Uso Racional de Medicamentos

Utilizamos como estratégia para desencadear a discussão sobre o Uso Racional de Medicamentos (URM) o “*jogo da batata quente*”. Os participantes organizaram-se sentados em círculo e enquanto a música tocava eles iam passando o balão de um a um, dentro de cada balão tinha um número que correspondia a uma pergunta sobre a temática. Quando a música parava, quem estava com o balão nas mãos ia estourá-lo e responder a pergunta correspondente ao número do balão. Os temas abordados foram:

- Administração correta dos medicamentos;
  - Porque é importante seguir as orientações de dose e posologia descritas nas prescrições;
  - Interação medicamentosa;
  - Armazenamento medicamentos em casa;
  - Descarte de medicamentos vencidos; e
  - Uso racional de antibióticos.
- Compartilhamento da experiência sobre o uso de medicamentos:

Partindo do pressuposto que os usuários dos serviços de saúde são detentores de conhecimento, as respostas eram baseadas no dia a dia dos indivíduos sobre o uso de medicamentos. Esse momento foi importante, pois para os participantes era um espaço dentro do CAPS infanto-juvenil para compartilhar essas experiências sobre o uso dos medicamentos, lá eles podiam tirar suas dúvidas, ouvir outras experiências e, também, colaborar.

As orientações eram voltadas no sentido de sanar as dúvidas existentes no grupo, como a ingestão de medicamentos “antes ou após a alimentação?”, desconstruir estigmas e reorientar os hábitos sobre a automedicação, como buscar informação com o farmacêutico. Para os graduandos de farmácia esse contato direto com a população que utiliza os medicamentos foi fundamental para a construção de valores enquanto profissionais da saúde.

## CONCLUSÃO

Esse relato mostrou que as ações de promoção da saúde dentro de um serviço especializado de saúde mental, proporciona aos participantes um momento de descontração, aprendizagem e diálogo, principalmente quando o tema trazido para a roda de discussão é o Uso Racional de Medicamentos. Esse é um tema muito estigmatizado nesse campo da saúde, pois a medicalização da vida tornou-se algo comum e banalizado.

Enquanto que para o farmacêuticos e graduandos de farmácia é uma oportunidade de discutir as principais dúvidas sobre medicamentos que esses cuidadores carregam e que, devido a ausência do psiquiatra, não há outro profissional que possa tirá-las. Além de ser uma estratégia utilizada para a valorização dos usuários do serviço, uma vez que o mesmo passa a ser ouvido e participativo.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental Infantojuvenil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 2012.
- LEAVEL, H.; CLARK, E.G. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. Nova York: MacGraw Hill, 1965.
- FRANCESCHET-DE-SOUSA, Iane et al. Uso Racional de Medicamentos: Uso RRelato de Experiência no Ensino Médico da Unesc, Criciúma/SC. **Rev. Bras. Educação Médica**, v. 3, n. 34, p.438-445, jan. 2010. FREIRE, Paulo. **PEDAGOGIA DA AUTONOMIA: Saberes Necessários à Prática Educativa**. Editora Ega, 92 p. 1996.
- PINTO, Michelle Moreira de Matos *et al.* Experiência de utilização de ferramentas lúdicas na abordagem do tema uso racional de medicamentos para alunos do ensino fundamental. **Rev. Bras. Farm.**, v. 1, n. 92, p.23- 32, jan. 2011.
- WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doença. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Editora Fiocruz, 2006. Cap. 19. p. 635-668.
- World Health Organization (WHO), The rational use of drugs, Report of the Conference of Experts Nairobi, 25- 29 November 1985.
- \_\_\_\_\_. The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. 78p, 2012.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, por serem solícitos e abertos às atividades do grupo de extensão. Agradecemos também aos usuários do serviço de saúde mental, crianças, adolescentes e seus pais/ responsáveis por estarem ativos e envolvidos nas ações desenvolvidas no serviço. E também as instituições financiadoras, Pró Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (PREX/UFC) e CAPES.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONTRIBUIÇÕES DA GRANDE SAÚDE DE NIETZSCHE À PROMOÇÃO À SAÚDE A PARTIR DA EDUCAÇÃO POPULAR.

Mayana de Azevedo Dantas<sup>1</sup>, Maria Rocineide Ferreira da Silva<sup>2</sup>, Vera Lúcia de Azevedo Dantas<sup>3</sup>,

*1 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Professora do curso de enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

Email: anayamayana@gmail.com

Palavras-chave: promoção à saúde, grande saúde, educação popular em saúde

### INTRODUÇÃO

As diversas concepções de saúde adotadas ao longo da história têm se mostrado determinantes para a maneira com que atuam os serviços ligados a este campo, bem como seu financiamento e interação com outros setores. Um marco importante deste desenvolvimento foi o surgimento da Promoção à Saúde que, além de buscar superar a visão de saúde como ausência de doença, evidencia a necessidade de fortalecimento das potencialidades, não só no âmbito individual, mas comunitário.

Mesmo com tais avanços que culminam, na América Latina, com o surgimento da Saúde Coletiva, encontramos, nos serviços, predominantemente, ações que caminham no sentido do combate à doença - o que se revela ainda mais forte quanto ao financiamento. Este olhar, traduzido atualmente como biologicista têm suas raízes ligadas ao conceito cartesiano de corpo como máquina e à separação ainda mais antiga entre corpo-alma advinda desde a época da filosofia clássica grega, com Platão e Aristóteles.

A partir das reflexões de Nietzsche, filósofo da desconstrução, buscamos uma nova visão de saúde que compreenda a diversidade e singularidade dos sujeitos. Para ele, seria impossível termos êxito quanto às terapias que adotamos, tendo como referencial um conceito universal/ ideal ao qual todos devemos nos submeter, visto que isso implicaria a perda de nossa individualidade. Um dos caminhos possíveis, é o de sermos os criadores de nossa própria saúde.

O Espaço Ekobé parte de ações coletivas e individuais que buscam o cuidado do ser humano em sua integralidade corpo-mente-espírito, integrando a percepção das relações com o planeta e o universo, além de considerar os sujeitos como co-criadores da promoção e cuidado à sua saúde. Desta maneira, buscamos dialogar com o conceito nietzschiano de “Grande Saúde” a partir da experiência do Espaço Ekobé, para refletirmos acerca das ações de promoção à saúde sob o protagonismo e as singularidades dos sujeitos em seus processos de saúde-doença.

### METODOLOGIA

Para realização deste estudo, lançamos mão do relato de experiência do processo vivido no Ekobé envolvendo as práticas populares de cuidado estruturado segundo os passos da sistematização de experiência proposta por Holliday, (2006), considerando seus cinco passos estruturantes: o ponto de partida, a formulação do plano de sistematização, a recuperação do processo vivido, as reflexões de fundo e os pontos de chegada. Como ponto de partida, a necessidade de produção de reflexão sobre o vivido, sobre o protagonismo dos seus sujeitos cuidadores/ educadores. A formulação do plano de sistematização se ancorou no círculo de cultura onde pudemos delimitar os objetivos, os aspectos centrais da experiência e a formulação de questões-problematizadoras. A recuperação do processo vivido se fez com a construção de narrativas dos sujeitos em diversas linguagens a partir das quais se desenvolveu a análise e síntese-crítica sobre o vivido e a socialização dos aprendizados.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apredominância de ações voltadas ao combate à doença mesmo com os avanços que a perspectiva da Promoção à Saúde trouxe às políticas de saúde pode refletir uma visão hegemônica construída ao longo dos séculos marcada por dualismos maniqueístas que toma corpo na dicotomia saúde-doença. Partindo desta compreensão, a doença é, ainda, vista como algo separado do sujeito, devendo, portanto, ser combatida. A compreensão de processo saúde-doença apontou-nos uma relação direta entre ambos os aspectos e mostrou-se importante, inclusive, para

a melhoria de indicadores como o de mortalidade infantil. Nietzsche não só ressalta a interconexão entre saúde e doença como aponta uma dependência entre elas, trazendo-nos uma concepção de saúde que engloba os momentos de enfermidade, ou seja, que nos permite ter potência de vida mesmo quando enfraquecidos (Martins, 2004).

O Sistema Único de Saúde representa um marco na efetivação, no Brasil, de uma noção de saúde que insere princípios como integralidade e participação popular que apontam, por sua vez, para aspectos como autonomia e protagonismo na condução dos serviços. Apesar desta inclusão na sua dimensão conceitual, ainda é difícil efetivar, no cotidiano das ações de saúde, esses princípios, especialmente se considerarmos que a formação profissional continua pautada no modelo biomédico. Apesar das conquistas significativas trazidas pelo olhar de promoção à saúde, a pauta ainda é aquela criticada por Nietzsche, ideal, abstrata, apartada do mundo real e do cotidiano comum àquele que busca o cuidado. O que termina por se traduzir em atuações autoritárias na condução dos itinerários terapêuticos, deixando de levar em conta o contexto social, afetivo, econômico dos sujeitos, bem como seus saberes acerca da compreensão do seu processo saúde-doença e dos modos de cuidar. Segundo Nietzsche, existem incontáveis saúdes tanto quanto existem incontáveis corpos. Desta forma, seria preciso, abandonar a regra da normalidade para darmos conta das singularidades dos sujeitos nas políticas e ações de saúde.

O Espaço Ekobé, tendo um percurso pautado no protagonismo de cuidadores populares que ali se inserem pela via do cuidado, da formação ou do envolvimento nos movimentos de educação popular em saúde, tem proporcionado vivências com práticas populares de cuidado, referenciando-se na educação popular e em culturas tradicionais, tais como afro, indígenas, orientais, entre outras. Estas trazem como princípios a integralidade do ser, incluindo corpo-mente-espírito, as relações com o planeta e o universo como

caminho de harmonização e cura, além de considerarem os sujeitos como co-construtores da promoção e cuidado à saúde. Considerando que os atores que ali atuam, em sua grande maioria, não possuem formação no campo da saúde e alguns nem mesmo formação acadêmica, o cuidado que ali se produz se pauta por aspectos, tais como bem-estar, a espiritualidade, o viver bem nas comunidades, nas relações, não tendo a preocupação com o diagnóstico biologicista.

Tendo em vista que as práticas constituintes do sistema oficial de saúde estão pautadas em uma perspectiva de imposição sobre os modos de viver e cuidar da saúde, revelando uma visão fragmentada do ser, propomo-nos a refletir sobre as práticas integrativas e populares de cuidado e suas possíveis contribuições para a produção de autonomia dos cidadãos (Foucault, 1979) e para reafirmar a dimensão da integralidade proposta pelo Sistema Único de Saúde.

## CONCLUSÃO

Tais referências nos possibilitam pensar a integralidade e o protagonismo como princípios importantes na superação dos idealismos e padronizações historicamente consolidados no que diz respeito à saúde. No Ekobé, muitas pessoas que chegam para serem cuidadas, ao perceberem-se fortalecidas, passam a acessar práticas nas quais atuam mais ativamente como co-construtoras, tais como yoga, biodança e, em alguns casos, disponibilizam-se a se constituírem cuidadoras em práticas que o Ekobé oferta a formação, como Reiki, massoterapia, farmácia-viva. Essas práticas, no contexto do Ekobé, referenciam-se na integração das diversas dimensões do ser, tais como corporal, espirituais e mental, rompendo com a fragmentação do sujeito que reforça os dualismos e padronizações, possibilitando que o cuidado em saúde esteja menos pautado sob a ordem de um ideal a ser alcançado e que haja um maior protagonismo das singularidades dos sujeitos em seus processos de saúde-doença.

## REFERÊNCIAS

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

FAUSTINO, M. Da Grande Saúde. A Transvaloração Nietzscheana do Conceito de Saúde. Estudos Nietzsche, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 257-286, jul./dez. 2014

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2000. (Coleção Leitura)

HOLLIDAY, O. J. Para Sistematizar Experiências. tradução de: Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. – Brasília: MMA, 2006. (Série Monitoramento e Avaliação, 2)

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.21-32, set.2003-fev.2004.

NIETZSCHE, F. Obras Incompletas. Gaia ciência. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

\_\_\_\_\_, F. A gaia Ciência. Tradução Paulo César Souza. São Paulo: Cia. das Letras, 2001.

W HO 1986. Carta de Ottawa . In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Ade laide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

## **AGRADECIMENTO**

Agradecemos ao Espaço Ekobé, seus cuidadores e pessoas cuidadas que o compõem. À Universidade Estadual do Ceará que o acolheu, assim como a esta pesquisa no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. À Secretaria Municipal de Saúde pelo apoio ao espaço e a este trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DIFICULDADES NA SELEÇÃO DE JUÍZES PARA VALIDAR UM INSTRUMENTO DO TIPO INQUÉRITO CAP PARA MULHERES MASTECTOMIZADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Elisabeth Soares Pereira daSilva<sup>1</sup>, Diane Sousa Sales<sup>2</sup>, Paloma Vylena Braga de Paula<sup>3</sup>, Mônica de Sousa Araújo<sup>4</sup>, Cinara Sales Rabelo<sup>5</sup>, Ana Virgínia de Melo Fialho<sup>6</sup>

1 Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2 Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará Fortaleza-Ceará-Brasil.

3 Enfermeira pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR Fortaleza- Ceará- Brasil.

4 Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará Fortaleza- Ceará- Brasil.

5 Universidade Estadual do Ceará Fortaleza- Ceará- Brasil.

6 Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará Fortaleza- Ceará- Brasil.

Email:elisabeth.soares@outlook.com

Palavras-chave: Conhecimento, atitude e prática. Estudos de validação. Mastectomia. Cuidados Pós Mastectomia.

### INTRODUÇÃO

O câncer de mama vem se constituindo um tema de grande relevância nos debates na área da saúde da mulher. Após a mastectomia, depois da alta hospitalar, as mulheres necessitam de cuidados e orientações específicas voltadas para a melhoria na qualidade de vida, permitindo assim, que as mesmas retornem às atividades do seu cotidiano. Nesse sentido, as tecnologias educativas podem auxiliar essas pacientes e seus familiares ao longo do tratamento do câncer de mama. Dentre essas tecnologias, o inquérito CAP proporciona a exposição do que os indivíduos sabem, sentem e como se comportam frente a um tema determinado, previamente. A análise de conteúdo é realizada obrigatoriamente através de juízes, ou seja, baseada na apreciação e julgamento de peritos experientes na área, averiguando se o conteúdo referido é correto e adequado ao objetivo proposto. Os instrumentos são enviados para serem avaliados pelos peritos no assunto, podendo estes, sugerir, corrigir, modificar ou acrescentar itens.

Foi realizada uma busca nos bancos de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, a fim de detectar possíveis especialistas na temática referida.

Além dos juízes selecionados através do banco CAPES, foi necessário selecionar ainda através de rede ou bola de neve que representa uma estratégia utilizada para localizar amostras de difícil localização. Assim, ao selecionar um sujeito que cumpra os critérios de elegibilidade, o mesmo deverá sugerir outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK, 2011).

Tal estratégia foi necessária devido a não devolutiva dos profissionais selecionados pelo portal CAPES.

Este estudo tem como objetivo descrever as dificuldades encontradas em selecionar juízes para validação do conteúdo e a devolutiva dos materiais de avaliação.

O presente estudo seguiu os princípios éticos e legais previstos na Resolução do CNS N°466/2012 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) parecer N° 61014816.8.0000.5534

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência a partir do desenvolvimento da dissertação de mestrado no programa de cuidados clínicos em enfermagem e saúde que consistia na construção e validação de um instrumento que avaliasse o conhecimento, atitude e possíveis práticas (INQUÉRITO CAP) de mulheres pós mastectomia, o referido inquérito possui questões e itens voltados para cuidados mediatos e tardios após a realização da mastectomia.

Foi realizada uma busca eletrônica no site "www.bancodeteses.capes.gov.br", no painel de busca foram utilizados os unitermos "Mastectomia" e "Cuidados pós mastectomia" e obteve-se um total de 351 registros nas diversas áreas de atuação. Em seguida foi realizada uma filtragem por área de concentração, justificada pela existência de outras categorias profissionais entre os 351, como exemplo: veterinários.

A filtragem foi realizada a partir da própria plataforma de pesquisa: A enfermagem no cuidado à saúde humana (1); Aspectos funcionais em reabilitação( 2); Ciências clínicas(1); Ciências da reabilitação(1); Ciências médicas(1); Clínica cirúrgica- opção cirurgia(1); Cuidado em saúde(1); Cuidado em saúde e gestão de sistemas(1); Cuidados clínicos em enfermagem e saúde(2), Enfermagem(2); Enfermagem em promoção à saúde( 1); Enfermagem em



saúde pública(1); Enfermagem Fundamental( 2); Enfermagem na atenção à saúde( 2); Enfermagem na promoção da saúde(1); Estudos psicanalíticos( 1); Filosofia e cuidado em saúde e enfermagem (1); Mastologia /oncologia ginecológica(2); Métodos de avaliação e de intervenção oncológica(1); Oncologia ginecológica e mamária(3); Pesquisa aplicada em cirurgia( 1); Processo de cuidar em enfermagem(2); Promoção da saúde( 2); Psicologia( 1); psicologia clínica( 2); Psicologia clínica(1); Psicologia social(3); Saúde( 2); Saúde da família( 1); Saúde e meio ambiente( 2); Saúde humana(1); Tocoginecologia( 1); Tecnologia em saúde( 1).

Após aplicar o filtro emergiram 48 registros referentes as 48 teses e dissertações que foram selecionados por autoria.

Entre esses 48 registros ainda foram excluídos três possíveis juízes (um alocado em patologia e ciências clínicas-veterinária e dois alocados no mestrado em saúde e produção animal da Amazônia).

Após a exclusão totalizaram 45 registros de possíveis juízes.

Após um processo de busca dos e-mails dos 45 possíveis juízes por meio de sites como “escavador” e através de produções científicas realizadas com outros autores, foi contactado o autor principal do trabalho para que este indicasse o e-mail mais utilizado pelo juiz que era necessário para esta pesquisa.

Assim, o número de especialistas foi determinado pelo cálculo a seguir (JECJEL; ELMORE; KATZ, 2002 *apud* Oliveira, 2011):

Proporção mínima de 80% dos especialistas afirmando a pertinência de cada componente avaliado (P); Diferença de 20% quanto á proporção de especialistas que afirmam como adequada a pertinência de cada componente avaliado, incluindo um intervalo de 70 a 100% na referida proporção(d);

$$\text{Nível de confiança de 95\% } n = \frac{(Z_{\alpha})^2 \cdot P \cdot (1-P)}{d^2} = \frac{1,96^2 \cdot 0,8 \cdot 0,2}{(0,2)^2} = \frac{0,614656}{0,04} = 15,4$$

Realizou-se o cálculo da amostra, sendo o mínimo necessário para a seleção de 16 juízes que deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão e exclusão: Foi utilizada uma adaptação do sistema de pontuação de Fehring (1994) para o estabelecimento de parâmetros relativos à seleção dos juízes.

CRITÉRIOS FEHRING (1994)	PONTOS	CRITÉRIOS ADAPTADOS	PONTOS ADAPTADOS
Mestre em enfermagem	4	Mestre (Critério obrigatório)	3
Mestre em enfermagem:dissertação com conteúdo relevante na área clínica	1	Mestre com dissertação sobre cuidados com mulheres mastectomizadas	3
Pesquisa (com publicação) na área de diagnósticos	2	Pesquisa na área oncológica	1
Artigo publicado na área de diagnósticos em um periódico de referência	2	Artigo publicadona área de cuidados pós mastectomia	1
Doutorado em diagnóstico	2	Doutor com tese sobre cuidados com mulheres mastectomizadas	4
Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área de enfermagem em clínica médica	1	Prática clínica de pelo menos um ano com mulheres mastectomizadas	1
Certificado em área clínica médica com comprovada prática clínica	2	Certificado de especialização na área de oncologia/Saúde da família/ Saúde pública ou áreas afins.	1
Pontuação máxima	14	Pontuação máxima	14

A aquisição de um escore maior ou igual a cinco foi critério de inclusão para juiz deste instrumento. Foram excluídos do perfil para compor os juízes de validação: especialistas que tenham modificado sua linha de pesquisa nos últimos cinco anos e os que não trabalham mais com a referida temática.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira etapa do processo foi a busca nos bancos de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, a fim de detectar possíveis especialistas na temática referida, sendo enviado uma carta convite com todas as informações necessárias relativos a pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, instrumento de caracterização profissional, esclarecimentos a respeito de sua colaboração como juiz, instruções para o preenchimento da avaliação dos juízes, instrumento de avaliação piloto e os questionários na versão *on line* através da plataforma google formulários onde os especialistas deveriam registrar suas sugestões. E disponibilizado o prazo de 15 dias para a devolutiva dos instrumentos de avaliação. Porém, devido ao número reduzido de devolutiva de respostas enviadas pelos juízes (apenas 04 juízes) selecionados no banco CAPES, foram selecionados 17 profissionais por meio da técnica rede ou bola de neve que representa uma estratégia utilizada para localizar amostras de difícil localização. A amostra mínima de especialistas necessária para validação do instrumento pela técnica "bola de neve" foi de 16 especialistas de acordo com o cálculo estatístico realizado, porém, considerou-se 17 profissionais que responderam a primeira versão do inquérito CAP.

### Conclusão

Percebeu-se a dificuldade em realizar a adequação de palavras utilizadas na área da saúde, que por vezes estão enraizadas no nosso universo vocabular e torna-las acessível à população em geral, tentando fazer essa ponte entre conhecimento popular e conhecimento científico, bem como a devolutiva dos instrumentos entregue aos juízes para que fosse possível a validação deste inquérito CAP.

Dificuldade nas respostas(devolutiva) dos juízes acarretam atrasos nas pesquisas, compreendendo que os prazos das pós-graduações devem ser respeitados e os critérios de seleção do método também. Porém, observa-se o aumento dos estudos metodológicos e com isso a busca de juízes expertises na temática, assim provocando uma demanda alta(excessiva) para uma atividade complexa que não pode ser remunerada.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. PORTO ALEGRE: UFRGS, 2009.

KALIYAPERUMAL, I. E. C. Expert, Diabetic Retinopath y Project. Guideline for

Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **Community Ophthalmology**, v. 4, n. 1, p. 7-9, 2004.

LEOPARDI, C. L. C.; NIETSCHKE, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

OLIVEIRA, M. S. et al. Avaliação de manual educativo como estratégia de conhecimento para mulheres mastectomizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 9 telas, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de PESQUISA EM ENFERMAGEM: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7°. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011. 330 p.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimento ao órgão de fomento CAPES, ao grupo de pesquisa GRUPESME e em especial a todos os juízes envolvidos neste estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## COMPORTAMENTO SEXUAL DE GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE QUIXADÁ

Gerema Keyle Teles de Souza<sup>1</sup>, Dayane Amabyle Brito Ferreira Sales<sup>2</sup>, Antônia Imaculada Santos Serafim<sup>3</sup>, Francisca Averlânia Dutra de Sousa<sup>4</sup>, Liene Ribeiro de Lima<sup>5</sup>, Paulo Jorge de Oliveira Ferreira<sup>6</sup>.

*1 Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Quixadá-Ceará-Brasil. gerema.teles@yahoo.com.br*

*2 Enfermeira pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Quixadá-Ceará-Brasil.*

*3 Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Quixadá-Ceará-Brasil.*

*4 Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará/UFC. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*5 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo/USP. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*Emai: gerema.teles@yahoo.com.br*

*Palavras-chave: Comportamento. Sexualidade. Gravidez.*

### INTRODUÇÃO

A sexualidade compreende um aspecto central do ser humano do começo ao fim da sua vida e circunda sexo, identidade de gênero e papel, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Enfim, a sexualidade deve ser vivida e expressada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (OMS, 2010).

A sexualidade é um atributo geral experimentado por todo ser humano e não necessita de associação acentuada com o sexo, uma vez que ela se revela pela busca de prazeres, sendo estes não apenas terminantemente sexuais. Podem-se entender como componentes de sexualidade, admiração, gosto e o conhecimento pelo próprio corpo (INFOPEIDIA, 2012). Torna-se inerente a condição humana, fundamental em todas as etapas do ciclo de vida de homens e mulheres, a qual envolve práticas e desejos ligados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde (OMS, 2006).

A sexualidade na gestante dependerá, entre outros motivos, de como ela percebe, se avalia e se valoriza nessa fase. A assimilação da sexualidade com a reprodução deu origem a credences secundárias, como o risco de machucar o bebê, por exemplo, rodeadas de tabus, estigmas e preconceito (HERNANDEZ; HUTZ, 2008). Culturalmente, existe a ideia de diminuição do desejo sexual durante o período gestacional. Com isso, os casais passam a acreditar que a prática da sexualidade não condiz com a maternidade, excluindo esse ato da vida do casal (RODRIGUES, 2008). Tornando-se um problema, pois a mulher encontra-se carente e tem a necessidade de se sentir desejada mediante as modificações que acontecem no seu corpo.

No primeiro trimestre gestacional, observamos uma diminuição da atividade sexual, devido às alterações fisiológicas específicas desse período, bem como o temor da perda do feto. No segundo trimestre, observa-se um equilíbrio quanto aos sentimentos e alterações vinculadas à gravidez, favorecendo o retorno para uma prática regular da atividade sexual. Entretanto, o terceiro trimestre é caracterizado por uma diminuição da libido e da atividade sexual, devido às mudanças físicas que ocorrem no final da gravidez, bem como uma diminuição de sua autoestima decorrente de sua percepção alterada quanto sua imagem corporal (CANELLA, 2006).

Só há restrições ao ato sexual quando são diagnosticadas patologias específicas, por isso o casal deve estar atento para a intensidade das ações e para as posições sexuais adotadas nesse período, bem como para a ocorrência de uma doença sexualmente transmissível quando há prática sexual desprotegida (BRASIL, 2012).

As orientações fornecidas quanto à sexualidade, podem ser realizadas através da prática de educação em saúde desenvolvida pela atenção primária durante as consultas de pré-natal. Ressalta-se que quando este atendimento é bem estruturado, será possível capturar precocemente a gestante na comunidade em que se insere, além de motivá-la a manter seu acompanhamento regular e constante; e assim sejam alcançados bons resultados (VASQUES, 2006).

Para referida prática educativa sexual, é uma atividade que pode ser desenvolvida de forma individual ou com o parceiro. Ademais, é oportuno que a presença de um acompanhante nas consultas de pré-natal é um direito e favorece assim a assistência humanizada, proporcionando uma maior segurança à gestante e ao feto. Ao adotar a presença do parceiro nestas consultas, torna-se uma estratégia educativa, para introduzir conversas

sobre sexualidade e prevenção. Assim, possa, por conseguinte desconstruir a imagem da mulher assexuada no período gravídico e abordar a sexualidade de uma maneira holística para este casal.

Mediante as variadas modificações, sejam de caráter transitório ou persistente, que permeiam a vida sexual e reprodutiva desta gestante, pretendemos através deste estudo avaliar o comportamento sexual das gestantes atendidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no município de Quixadá.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de natureza transversal e descritiva, de abordagem quantitativa. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo e são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos de um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK, 2011).

O estudo foi realizado no município de Quixadá, localizado no sertão central cearense, em duas unidades de Atenção Primária à Saúde, que acompanham uma maior quantidade de gestantes cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRÉ- NATAL) do referido município, e sendo apresentadas como UAPS 1 e UAPS 2. De acordo com levantamento feito, em novembro de 2014 constavam 238 gestantes cadastradas no SISPRÉ-NATAL, dividindo-se em 150 na UAPS 1 e 88 na UAPS 2.

Os sujeitos da pesquisa passaram por cálculo amostral de população finita, onde foram selecionadas 74 gestantes como amostra do tipo aleatório simples. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, possuir vida sexual ativa, diagnóstico de gravidez confirmado e estar em qualquer período gestacional. Entretanto, foram excluídas as mulheres que fossem incapazes mentalmente de responder e compreender o instrumento, como também as que possuíssem doenças que contra indicassem a prática da atividade sexual.

A coleta de dados aconteceu nos meses de março e abril de 2015, onde foram abordadas gestantes que estavam na fila de espera para atendimento de pré-natal. De início houve uma apresentação sobre o estudo a ser realizado, sendo garantida a liberdade da pessoa em aceitar participar ou não.

No momento da coleta, as gestantes que aceitaram participar foram encaminhadas para um local privativo, onde ocorreu a aplicação do instrumento sobre sexualidade na gestação elaborado pelos autores Savall e Cardoso (2008), que de início continha 72 questões, mas que em 2009 foi reduzida para 29 questões por Sacomori e Cardoso, a fim de facilitar o processo de aplicação. Os sujeitos do estudo foram divididos em 3 grupos atentando-se para a idade gestacional trimestral, uma vez que de acordo com a literatura a percepção sobre a sexualidade muda de acordo com o trimestre gestacional (QUEIROZ et al, 2011).

Os dados foram digitados em dupla entrada em banco de dados eletrônico, no programa Excel® e, posteriormente, transportados para o programa EPIINFO 7.0 para proceder à análise.

Foram respeitados os princípios éticos quanto à pesquisa com seres humanos de acordo com a resolução 466/12. Referido estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Católica de Quixadá, onde obteve aprovação mediante o protocolo nº 988.014.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estudo contou com a participação de 74 gestantes, com idade média de 20 anos (DP 5,23), variando de 18 a 49 anos, predominando gestantes no primeiro trimestre (43,2%). No tocante da escolaridade, houve predomínio do 2º grau incompleto (35,1%) e 2º grau completo (35,1%). Observado que a maioria é solteira (66,7%) e com uma média de relacionamento de 12 meses. Quando indagadas se a gestação foi planejada, 77% revelam que não houve essa decisão prévia.

Dados levantados por Coelho, Andrade e Vitoriano (2012), em Salvador-BA com 191 gestantes, mostrou que 37,3% delas eram solteiras. Ao verificar a situação conjugal destas mulheres, observa a vulnerabilidade econômica e social, onde as mulheres solteiras demoram mais a aceitar a gestação e tem menos conhecimento. Os dados revelaram que as mesmas possuíam um nível de escolaridade estável 60,13% com o ensino médio completo. Sendo este um fator principal para a busca de conhecimentos por parte da mulher e companheiro.

Com relação à tomada de iniciativa, observou uma diminuição do interesse dessas mulheres em ter relações sexuais, principalmente no 1º e 3º trimestres. Vários estudos encontraram resultados semelhantes para redução na atividade sexual, decorrente de uma série de fatores: mudanças no corpo que afetam a autoestima, desconforto, medo de prejudicar o bebê e sintomas físicos como náuseas, sonolência e fadiga. A mulher passou a considerar desfavorável a relação sexual, dentre outros motivos, pelo fato de o companheiro não ter respeito ao seu corpo grávido e muito menos ao seu estado emocional (CAMACHO et al, 2010).

A frequência sexual e o gosto diminuíram consideravelmente para as gestantes do terceiro trimestre. A percepção quanto à disposição sexual do parceiro manteve-se acima da disposição da gestante em todos os

períodos. Em compensação, a disposição sexual pessoal modificou-se para menos com o passar dos trimestres, demonstrando tanto que a frequência pode ser influenciada pela disposição, aumentando ou diminuindo conforme acresce ou decresce a disposição da gestante e de seu parceiro. Bem como pode inversamente influenciar a disposição, resultando em maior disposição quanto maior a frequência durante este período.

Estudo realizado em hospital escola de Recife com gestantes atendidas no pré-natal mostra que as gestantes praticam sexo diariamente e outras não convivem mais com o parceiro. Foi observado também que a frequência sexual diminui devido à presença de dor ou desconforto causado pela barriga ou mesmo pelas posições adotadas no ato sexual (CARVALHO, TENÓRIO, ARAÚJO, 2011).

## CONCLUSÃO

Observou-se que a sexualidade é afetada em alguns aspectos como a frequência de atividade sexual, principalmente no terceiro trimestre, como também uma diminuição da disposição da gestante para a atividade sexual. Ressalta-se que a sexualidade ativa não deve ser interrompida em nenhum momento da gravidez, uma vez que não é apenas com a penetração que se atinge o orgasmo. É necessário desmitificar referida prática sexual durante a gestação, considerando a mulher com seus desejos, crenças e conceitos, de modo a tornar esse momento mais participativo para elas, para que essa mulher possa usufruir de forma holística o significado de qualidade de vida.

Este trabalho nos levou a concluir que é necessário refletir e aprender com os problemas cotidianos do casal grávido, ampliando a visão no manejo desse universo tão complexo, que é o universo gravídico. Exercitar a capacidade de interagir dialogicamente; perceber sua cognição e necessidades; habilitando-nos para trabalhar suas emoções e o modo particular de como cada casal vivencia sua sexualidade no período da gestação.

Ressalta-se, a importância da atuação do profissional Enfermeiro durante as consultas de pré-natal, onde este permite conscientizar as gestantes a viverem de forma plena e saudável a sua sexualidade, mediante esclarecimentos simples e diretos. Assim, referidas práticas intervirá na promoção da qualidade de vida e saúde sexuais no período gestacional.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- CANELLA, P. R. B. **O exercício da sexualidade durante a gestação**. Disponível em: < [http://www.brasilmedicina.com/especial/sexu\\_t9al.asp](http://www.brasilmedicina.com/especial/sexu_t9al.asp)> Publicado em 10 mar 2006. Acesso em 04 de Set 2014.
- CAMACHOI, K.G.; VARGENSII, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. **Adaptando-se à nova realidade: A mulher grávida e o exercício de sua sexualidade**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. v.18, n.1, p.32-37, 2010.
- HERNANDEZ, J. A. E.; HUTZ, C. S. Gravidez do primeiro filho: papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, DF. Vol. 24, n. 2, p. 133-141, 2008.
- INFOPEDIA. **Sexualidade das gestantes brasileiras**. Disponível em: <[www.infopedia.pt/língua-portuguesa/sexo](http://www.infopedia.pt/língua-portuguesa/sexo)> Acesso em 22 de Setembro de 2014.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- QUEIROZ, A.; CONDE, P.; CUNHA, V. **Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez**. Rev. Port. Clín. Geral. v.27, n.05, p.434-443, 2011
- RODRIGUES, D.P.; SILVA, R.M.; FERNANDES, A.F.C. **Sexualidade na Gestação**. Santa Catarina: Biguaçu-Universidade Vale do Itajaí, 2008.
- SAVALL, A.C.R.; MENDES, A.K.; CARDOSO, F.L. **Perfil do comportamento sexual na gestação**. Revista Fisioterapia em Movimento. v.21, n.2, p. 61-70, 2008.
- VASQUES, F. A. P. **Pré-natal um enfoque multiprofissional**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, amor, fé e graça incondicional que me direciona em tudo e me traz paz nos momentos em que eu mais preciso, orientando-me em cada passo, em cada momento de fraqueza. Seu folego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM: REFERENCIAL DE CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Carlton Washington Pinheiro<sup>1</sup>, Isabelle de Souza Costa<sup>2</sup>, Roseli Oliveira dos Santos<sup>3</sup>, Samuel Fernandes de Oliveira Souza<sup>4</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim<sup>5</sup>

*1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Enfermeiro. Especialização em Saúde Pública na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza- Ceará-Brasil.*

*5 Enfermeira. Post Doctoral em l'Humanisation des Soins em Néonatalogie l'Université de Rouen, France - CHU-ROUEN. Doutorado e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Desenvolve pesquisas na área da Humanização e Tecnologias na Complexidade do Cuidado. Saúde da Criança (com ênfase na Neonatologia e Saúde do Binômio Mãe-Filho). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

E-mail: karlarolim@unifor.br

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Enfermagem. Saúde Mental.

### INTRODUÇÃO

A Enfermagem demonstra, a cada década, um crescimento científico, qualificando seus conteúdos, princípios e criação de teorias que dão sentido aos fenômenos por ela examinados. A Teoria Humanística de Enfermagem surgiu na década de 1970, após observações e indagações das autoras acerca do modo como as enfermeiras interagem com os pacientes durante situações de Enfermagem. O conteúdo da teoria traz a influência do existencialismo, do humanismo e da fenomenologia, sendo citados autores como Husserl, Buber, Marcel, Nietzsche, entre outros (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O existencialismo foi uma resposta às filosofias dominantes do positivismo e do determinismo, uma abordagem filosófica para a compreensão da vida, desenvolvida no século XIX e encontrada nos escritos de Kierkegaard e Nietzsche. Aumentou sua popularidade durante o século XX, com as duas guerras mundiais e a ameaça de destruição nuclear como principais preocupações sociais, consolidando-se em uma ótica pós-modernista (PRAEGER et al., 2000).

A Enfermagem é entendida, pelas teóricas Paterson e Zderad (1979), como um diálogo vivo por meio do qual se compreendem e se descrevem as situações de Enfermagem. Para que um diálogo vivo esteja presente, há uma crescente necessidade do profissional enfermeiro possuir conhecimentos sobre Filosofia e Ciências Humanas e procurar autoconhecimento por meio de cursos, leituras e das artes.

O paradigma das relações interpessoais, do holístico e da transição para o campo do contexto psicossocial, são fundamentais para nortear a formação e práxis do enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental no Brasil. O método da enfermagem fenomenológica, descrito na teoria, contempla a valorização da intersubjetividade, do autoconhecimento, do conhecimento intuitivo, interpretativo e paradoxal, estando consoante com as demandas de formação do enfermeiro em âmbito nacional (SILVA et al., 2013).

A Enfermagem Psiquiátrica brasileira se insere atualmente, em um modelo psicossocial, contemplando os aspectos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, voltando-se para a desinstitucionalização, a atenção multiprofissional e humanização da assistência em saúde mental, estruturando-se em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela portaria número 3.088 de 2011 (DOMINGUES; JUNIOR, 2012).

A partir dessas considerações, o presente trabalho tem como objetivo relacionar a Teoria Humanística de Enfermagem, com elementos da prática assistencial do enfermeiro em Saúde Mental, com ênfase na metodologia da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

### METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo que propõe uma discussão acerca da utilização da Teoria Humanística de Enfermagem, de Paterson e Zderad, contextualizada com a prática de enfermagem em saúde mental, procurando desdobramentos para uma clínica de enfermagem voltada para a subjetividade, a partir de aberturas já presentes na metodologia da SAE. O ensaio teórico tem como fundamentos a exposição lógica e reflexiva, além da problematização e argumentação minuciosa, com grau elevado de interpretação e julgamento pessoal (SEVERINO, 2007).

O Processo de Enfermagem é um método sistemático de prestação de cuidados. Enfoca a obtenção de resultados desejados de modo sistematizado; é humanizado porque, à medida que se planeja e proporciona-se cuidados, deve-se considerar os interesses, os ideais e os desejos do paciente. Consiste em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

A elaboração de um Processo de Enfermagem é um dos meios de que a enfermeira dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. As atividades de competência e as funções da enfermeira cada vez mais ficam definidas pelas necessidades de organização da unidade de atuação, da práxis e, principalmente, do ser que precisa de seus cuidados (WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

Ainda consoante aos autores supracitados, o Processo de Enfermagem deve proporcionar evidências necessárias para embasar ações, apontar e justificar a seleção de determinados problemas e direcionar as atividades de cada um dos integrantes da equipe de Enfermagem, além de ser um método de registro das ações, tornando-o dinâmico, contínuo e visível.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA

A Enfermagem fenomenológica foi desenvolvida por Paterson e Zderad (1976) como metodologia para compreender e descrever as situações de enfermagem. Constitui um processo descritivo que busca compreender a experiência da enfermeira-cliente de forma que possa estar com ele de maneira humana e curativa.

Este processo é apresentado em cinco fases assim descritas por Paterson e Zderad (1988): Preparação da enfermeira para vir-a-conhecer; A enfermeira conhece o outro intuitivamente; A enfermeira conhece o outro cientificamente; A enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas; A sucessão interna da enfermeira de muitos para o único paradoxal.

A primeira fase, denominada de vir-a-conhecer, se faz necessária na relação de autoconhecimento que a enfermeira deve desenvolver consigo mesma, para aprimorar-se na sensibilidade e conhecimento da condição humana, adentrando seu íntimo, buscando *vir-a-conhecer* para melhor interagir, e ser capaz de conhecer subjetivamente o outro (ROLIM, 2003).

Na segunda fase a enfermeira conhece o outro intuitivamente, sendo que, esta fase não pode ser caracterizada como “investigação”, no sentido real do termo, pois utiliza em seu desenvolvimento a intuição. Na visão de Paterson e Zderad, deve ser considerada como uma investigação inicial, e se encaminha da seguinte forma: Ao perpassar esta fase, a enfermeira incluirá o cliente na situação humana, fase caracterizada pelo encontro empático, o início do relacionamento “Eu-Tu”, no qual a enfermeira compreende a experiência do cliente (PATERSON; ZDERAD 1979).

Durante a terceira fase, a enfermeira conhece o outro cientificamente, nesse momento haverá reflexão, análise, comparação, classificação e, no seu desenvolvimento, a enfermeira seguirá contrastando, relacionando, interpretando seus achados e, por fim, buscará por temas nos relacionamentos entre as partes (enfermeira/cliente; enfermeira/ambiente interno/ambiente externo) (ROLIM, 2003).

A quarta fase denominada de *síntese complementar das realidades conhecidas*, desenvolve-se quando, então, a enfermeira examina e analisa seus dados (suas descobertas de si) e do outro, do seu cuidado e dos ambientes interno e externo e, com conhecimento científico e subjetivo, compara as múltiplas realidades conhecidas (dados e experiências do cliente), sintetizando-as em uma visão mais ampla (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Por fim, a quinta fase, denominada: *sucessão de muitos para o único paradoxal*, desenvolve-se sob a luz da Enfermagem fenomenológica, quando se atenta para o significado da experiência do ser- cuidado. Neste passo do processo, a enfermeira compreenderá o ser-cuidado como pessoa, aceitando-o, buscando o *estar-com*, por meio de sentimentos similares, identificando objetivos comuns. Assim, conclui seu pensamento, refletindo sobre a experiência do outro. Esta conclusão tem significação para todos (ROLIM, 2003).

### AS POTENCIALIDADES DA ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA NA SAE

A partir do que já foi exposto, é possível notar que o método de enfermagem fenomenológico possui um foco na dialética, na intersubjetividade e na construção e avaliação do discurso, compondo elementos bastante significativos para a clínica de enfermagem em saúde mental. A teoria humanística se enquadra no eixo das grandes teorias do processo interacional, havendo muito a contribuir com o processo de enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2015).

Pode-se facilmente traçar um paralelo entre a sequência elencada pela SAE e pelas fases da enfermagem fenomenológica. A primeira etapa da SAE, a coleta de dados, pode contemplar duas fases do método fenomenológico, tanto o vir-a-conhecer, como o conhecer intuitivamente, porque viabiliza o autoconhecimento do enfermeiro para atuar junto ao outro e também favorece que a função intuitiva possa se estabelecer de forma mais eficiente, favorecendo uma coleta de dados primários junto ao paciente, estes dados ainda não possuem cunho interpretativo, porque encontram-se em uma suspensão fenomenológica (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A segunda etapa da SAE consiste em traçar os diagnósticos de enfermagem, sendo correspondente a fase do conhecer cientificamente ou objetivamente, sendo possível dar cunho interpretativo aos dados primários coletados, permitindo a saída da suspensão fenomenológica e o estabelecimento do julgamento clínico frente a experiência apresentada pelo paciente. Já o planejamento e implementação se encaixam na fase de síntese complementar, pois permitem avaliar e reavaliar a validade das interpretações feitas anteriormente, assim como, a eficácia das intervenções realizadas pelo enfermeiro (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Por fim, a última etapa da SAE engloba a avaliação de enfermagem, sendo um paralelo com a fase de sucessão de muitos para o único paradoxal. Isso porque, é evidente que no fim da assistência e da dinâmica intersubjetiva, o enfermeiro e o cliente possuam uma visão ampla de um com o outro, transcendendo seus papéis estereotipados do começo da relação e estabelecendo-se uma perspectiva de inteireza mútua (ROLIM, 2003).

É emergente a necessidade de se pensar novas formas de efetivar uma clínica de enfermagem voltada para a subjetividade do cliente, tendo em vista que, a formação do enfermeiro ainda possui muitas características biomédicas, organicistas e pouco se aprofunda nos conhecimentos sobre as teorias de enfermagem, as teorias da psique e sobre as teorias de cunho psicossocial (SILVA et al., 2013).

O estudo de Lima et al., (2014), buscou identificar os referenciais teóricos que norteiam a prática clínica de Enfermagem em saúde mental, nos CAPS do município de Fortaleza, Ceará. Percebeu-se que havia uma dificuldade dos enfermeiros em definir claramente os referenciais teóricos utilizados. As teorias de Enfermagem citadas eram principalmente das teoristas Florence Nightingale, Dorethea Orem, Wanda Horta e Imogene King. Notou-se que haviam limitações no conhecimento aprofundado dos conceitos das teorias, tornando superficial a abordagem e a contextualização com o sofrimento psíquico. Reforçou-se a necessidade da adoção de Teorias de Enfermagem de cunho internacionalista, como vistos pelas teoristas Hildegard Peplau e Joyce Travelbee.

## CONCLUSÃO

Ao voltar-se para o pensamento humanístico, foi possível reforçar que uma das finalidades primordiais do Processo de Enfermagem, encontra-se no significado da experiência pela qual o paciente se insere, direcionando o cuidado de Enfermagem ao ser humano de forma holística. Assim, podemos certamente delinear um cuidado diferenciado, reconhecendo as potencialidades de alcançar não apenas estar-bem do paciente, mas também seu estar-melhor.

Percebeu-se, de acordo com os elementos discutidos no presente trabalho, que o cuidado humanístico valoriza a relação humana efetiva e afetiva, pois, desta forma, estaremos mais facilmente preparados para responder ao chamado do outro, gerando confiança, segurança, dialogando e humanizando o cuidado, nutrindo e sendo nutridos. A utilização da Teoria Humanística e o consequente estabelecimento da relação “Eu-Tu” e “Nós” é de suma importância para o cuidar em saúde mental e imprescindível para que ocorra o cuidado humanístico.

## REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Art Med, 2005.

DOMINGUES, Priscila Silva; JÚNIOR, Osniir Silva Claudiano da. Enfermagem psiquiátrica/saúde mental nos congressos brasileiros de enfermagem de 1981 A 1990. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p.2859-2866, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2092/pdf\\_626](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2092/pdf_626)>. Acesso em: 06 mar. 2017.

LIMA, Deivson Wendell da Costa et al. Los referenciales teóricos que orientan la práctica de la enfermería en salud mental. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 336-342, June 2014. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000200336&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200336&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 22 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140049>.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 590 p. Tradução: Regina Machado Garcez.

PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. **Enfermería humanística**. México: Limusa, 1979.

\_\_\_\_\_. **Humanistic nursing**. New York (NY): National League for Nursing, 1988.

PRAEGER, S.G.; HOGARTH, C.R.; JOSEPHINE, E.; PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. In: GEORGE, J.

**Teorias de enfermagem**. Os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. cap. 17, p. 241-251.

ROLIM, K.M.C. **A enfermagem e o recém-nascido de risco**: refletindo sobre a atenção humanizada. 2003. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. São Paulo: Correz, 2007. 299 p.

SILVA, Nathália Santos et al. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 745-752, Oct. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000500016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500016&lng=en&nrm=iso)>. Access on 07 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500016>.

WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Editora, 2001.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e a Professora Dra. Karla Rolim, que me despertou o interesse por teorias de enfermagem e por grande parte do meu devir, enquanto acadêmico. Orgulho-me de ter tido a oportunidade de enxergar a imensidão e a solidez da disciplina de enfermagem, contemplando sua dimensão singular e sua relevância frente as disciplinas aplicadas.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DE SAÚDE NO SETOR TERCIÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA ATRAVÉS DA BIBLIOTERAPIA

Vanessa Feitosa Sampaio da Silva<sup>1</sup>, Íris Bonfim<sup>2</sup>

*1 Graduada do Curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Mestrado Profissional - Psicologia na Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: vanessafsdasilva@gmail.com*

*Palavras-chave: Promoção de saúde. Biblioterapia. Psicologia Hospitalar. Idosos.*

### INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade no Brasil está relacionado aos avanços científicos, principalmente, nas áreas médicas e educacionais, refletindo a necessidade de uma maior assistência aos idosos por parte de diversas organizações institucionais, entre elas, o hospital. De acordo com dados de 2017 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, atualmente temos mais de duzentos e sete milhões de brasileiros e as taxas de natalidade têm decrescido progressivamente. Os dados mostram pouco mais de 13% da taxa de natalidade em 2017 com estimativa de pouco mais de 10% em 2030. Já em relação ao índice de envelhecimento, os dados mostram cerca de pouco mais de 38% em 2017, com estimativa de mais de 76% até 2030.

Nesse contexto, considerando o que Fraiman (1995) afirma sobre os idosos terem uma maior fragilidade por conta dos desgastes físicos ficando assim mais propensos às doenças crônicas e debilidades orgânicas, é possível pensarmos sobre uma maior busca e necessidade de tal público para com os serviços das organizações institucionais de saúde. Nunes (2004) afirma que estudos brasileiros mostram que a partir da quinta década de vida a taxa de internação aumenta chegando a quadruplicar quando ao se atingir 80 anos ou mais.

Diante do exposto, desenvolver trabalhos direcionados aos idosos nos mais diversos lugares é causa real que todos devemos estar cientes. Para tanto, é de extrema relevância considerá-los além de suas condições físicas atuais. Fraiman (1995) afirma que estamos nos remetendo a um sujeito atravessado não apenas pelas marcas da idade cronológica, mas também pelas marcas das vivências sociais, pela evolução biológica e experiências pessoais acumuladas ao longo dos anos. Assim, o processo de envelhecimento é singular a cada um devendo ser considerado no desenvolvimento de projetos que abarquem esta temática.

A atuação do psicólogo no contexto hospitalar deve, segundo More et al (2009) e Tardivo (2008), buscar trabalhar o impacto de uma internação e do processo de adoecimento. Isto, visando dar apoio e potencializando os recursos emocionais do paciente propiciando espaço para que este reencontre o sentido que pode ter sido perdido através da doença e do sofrimento diante dela. Junto a isto, dar suporte à família do paciente e manter um diálogo constante com a equipe de saúde. A atuação do psicólogo hospitalar se constitui ainda de desenvolver iniciativas que objetivem um atendimento mais humanizado àqueles que estão submetidos à hospitalização. De acordo com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH, 2004) humanizar é considerar os aspectos subjetivos e sociais respeitando a singularidade e autonomia do paciente e do profissional sem dissociar tais fatores dos aspectos físicos na intervenção em saúde.

Podemos considerar a promoção de saúde como caminho a mobilizar os cuidados com os seres humanos, bem como, valorizar e fortalecer a participação dos mesmos neste processo. Com a Constituição Brasileira de 1988 tem-se “o conceito ampliado de saúde, em que esta é entendida como bem coletivo diretamente ligado às condições concretas de vida das pessoas, inova ao priorizar a promoção de saúde e ao introduzir a participação social no controle das ações nessa área (Gallo & Espírito Santo, 2009 apud SILVA-ARIOLI et al, 2013, p. 677).

Importante ressaltar que a promoção de saúde está presente em todos os níveis de atenção à saúde, inclusive no hospital, apesar deste ainda ter o estereótipo voltado ao cuidado biológico. Silva et al (2011) defende a ideia de que o hospital não é inevitavelmente um espaço só de práticas de cura, mas também, da construção de espaços coletivos que garantam o diálogo entre a equipe de saúde enfatizando a importância da escuta em relação aos pacientes, favorecendo o atendimento para com os mesmos e sua família.

Se para o idoso é difícil lidar com o estigma de inválido, a hospitalização pode vir a tornar esta situação ainda mais complexa. Isto devido a uma vivência em uma instituição total que Goffman (2003) afirma se caracterizar por uma barreira nas relações de alguém com o mundo externo como é o caso do hospital. Assim, pensamos no desenvolvimento do estágio de processos educativos e sociais na perspectiva da promoção de saúde para idosos no setor terciário ao considerarmos que todas as vivências podem ser espaços de aprendizados.

Nessa perspectiva, o projeto da Biblioterapia busca estimular no hospital possibilidades de ações de educação em saúde que não estejam centradas na doença e na incapacidade, mas na construção de sentido singular para a vida de cada idoso, em diálogo com os desafios do contexto cultural e histórico atual. Assim, as histórias selecionadas podem abrir espaço para que o idoso se repense como sujeito ativo, mesmo considerando as suas inúmeras limitações, não os limitando a estas.

Como possibilidade de execução de uma proposta de trabalho que desenvolva uma educação informal aos idosos hospitalizados utilizamos a Biblioterapia. Esta é caracterizada pela leitura mediada que permite o diálogo entre leitor e ouvinte. Faz com que este último se aproprie da história lida e faça relação com suas experiências de vida podendo, a partir disto, melhor elaborar a vivência atual. Assim, Ferreira (2003), apud Simões (2010, p.2) afirma que a Biblioterapia “se constitui, num processo interativo de sentimentos, valores e ações, tendo como resultado final um processo harmônico e equilibrado de crescimento e desenvolvimento das pessoas”.

Assim, este trabalho trata-se de um relato de experiência desenvolvido nos estágios de processos educativos e sociais do curso de psicologia da Universidade de Fortaleza, no qual o objetivo está sendo compreender o papel do psicólogo na promoção de saúde direcionada a idosos no setor terciário através da Biblioterapia.

## **METODOLOGIA**

Este relato de experiência foi originado a partir do estágio na Ênfase em Processos Educativos e Sociais, desenvolvido num hospital geral particular de Fortaleza. Tem repercutido em uma rica aprendizagem e diálogo com a diversidade de possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar, no que concerne a promoção de saúde através da Biblioterapia. A população de estudo para o desenvolvimento do trabalho são idosos que se encontram internados no hospital em questão. Dos critérios de inclusão para a escolha dos mesmos são: o tempo de internação de no mínimo uma semana, aqueles que estiverem

acordados e orientados, bem como, os que forem sugeridos pela equipe de saúde. Dos critérios de exclusão serão considerados: pacientes desorientados, entubados e em uso de traqueostomia.

Buscamos, através de revisão de literatura, selecionar histórias curtas no intuito de otimizar o tempo do atendimento, bem como, manter a atenção e participação do paciente idoso. Com esta atividade, tentamos colocar em prática uma maior humanização no setor terciário tentando provocar maior reflexão sobre a singularidade e subjetividade dos sujeitos atendidos. Silva et al (2011) colabora com esta perspectiva ao pensar no hospital, na perspectiva de promoção de saúde, havendo espaços de conversações onde se possa trabalhar com a arte, fala e escuta e a partir delas ser possível explanação de medos e angústias numa relação de confiança e cooperação entre paciente e equipe de saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Vários fatores se relacionam quando se trata da internação de um idoso. Primeiramente podemos falar dos procedimentos aos quais passa a ser submetido durante a hospitalização. Estes podem fazer com que o mesmo se torne ainda mais vulnerável a pensamentos depressivos a respeito de seu processo de envelhecimento. Se o idoso tem que lidar com a decadência de sua autonomia em relação a sua rotina diária, passando a depender de outro para atividades simples, no hospital, muitas vezes, as mínimas coisas que consegue realizar podem ser barradas pela internação como: não poder realizar sua higiene pessoal sozinho, comer em um horário que o seja mais conveniente, e, até mesmo, ficar restrito ao leito ou não poder andar sem acompanhante ou alguém da equipe de saúde por perto. Ao sentir-se desautorizado em relação à sua autonomia, Goffman (2003) caracteriza tal situação como “mortificação do eu” relacionando esta, à passagem de uma vida externa para uma vida em confinamento espacial e social.

Outro fator a ser considerado, diz respeito a realidade de muitas famílias dos idosos. Muitos familiares estão na busca do cumprimento das demandas profissionais numa constante tentativa de atualizar o conhecimento para se manter no mercado de trabalho. Realidade que caracteriza uma sociedade do excesso que segundo Chaves e Maia Filho (2015, p. 73), “contextualizaria a abundância de demandas e atividades característica da sociedade atual”. Tal realidade reflete a complexidade não apenas da manutenção do idoso numa vida ativa nesse sistema, já que, não tem mais a agilidade na execução de certas atividades, como também, da família conseguir dar assistência necessária ao mesmo nesta situação. Esse contexto torna-se mais complexo diante de uma rotina hospitalar.

Então, o idoso encontra-se dividido em: de um lado o declínio de algumas funções inerentes ao envelhecimento, e do outro a falta de assistência, atenção e compreensão de familiares que, por sua vez, estão ocupados na tentativa de ter renda para alimentação individual e, em alguns casos, do próprio idoso não mais ativo no mercado de trabalho. Nesse contexto, faz-se necessário que o psicólogo atue nesse espaço ressaltando as possibilidades que promovam saúde através de uma possível resignificação do momento vivenciado pelo idoso, ou fazendo com que este tenha possibilidades de passar por tal momento de forma menos dolorosa.

Possibilitar com que os pacientes da terceira idade tenham oportunidade de externalizar o seu sofrimento, compartilhar experiências e refletir sobre sua vivência como idoso na sociedade no momento em que está submetido a uma internação é de extrema relevância. Já que, tal público, como dito anteriormente, convive com a constante desvalorização de suas capacidades mentais e funcionais. Temos assim a Biblioterapia funcionando como recurso terapêutico ao qual permite trabalhar a expressão de sentimentos e subjetividade, além de promover espaço de entretenimento e o exercício de processos psicológicos básicos como memória e linguagem.

Em pouco mais de dois meses, ou seja, de julho à setembro de 2017, foram realizados doze atendimentos utilizando a leitura mediada como facilitadora do diálogo entre estagiária de psicologia e paciente, contemplando até aqui, três idosos. É importante ressaltar que diante da rotina intensa do hospital, fora os doze atendimentos com êxito, houveram cinco tentativas sem sucesso devido os pacientes estarem sendo atendidos por outros serviços da equipe de saúde no momento. Contamos também quatro tentativas com outros idosos que foram eliminados da continuidade no projeto de Biblioterapia por estarem fora dos critérios de exclusão já citados anteriormente. Há um total de 21 atendimentos incluindo tentativas e êxito na atividade.

Primeiramente, realizamos o atendimento utilizando os princípios da psicologia breve focal. Esta é mais apropriada diante da realidade hospitalar pois “trata-se de uma técnica que atua em condições muito especiais, determinadas claramente, e, das quais dependerá seu sucesso” (LUSTOSA, 2010, p. 263).

Buscamos avaliar o humor do paciente, verificar se o mesmo está sentindo dor, validar seus sentimentos e dar apoio psicológico. A depender do que o paciente verbaliza ou demonstra é feita a escolha da história que será lida. O objetivo disto é facilitar as relações que o idoso possa vir a fazer com sua história de vida. Percebemos, no entanto, que quando experimentamos ler uma história na qual não houve relação com o discurso anteriormente trazido, foi realizada também, uma construção de significados a partir do que foi lido e das vivências pessoais do paciente. Possivelmente, isto se deva ao fato de as histórias que foram escolhidas para a prática da Biblioterapia permitirem refletir sobre as diversas relações, aprendizado, trabalho, envelhecimento, dentre outros.

Em termos gerais, temos recebido *feedbacks* positivos tanto dos idosos como de seus familiares a respeito da satisfação que é o momento do atendimento psicológico. Discursos como: Idoso A: “Pode vir quantas vezes você quiser!” ou Idoso B: “Você já vai? Fique mais um pouco”.

Acrescenta-se a isto o discurso de familiares como: “É muito importante esse atendimento, pois ele fica muito tempo sem fazer nada e só fala em ir embora. Quando você vem ele se anima mais um pouco”.

Ressalta-se a isto o diálogo com a equipe de saúde que também tem apoiado o projeto indicando idosos que entram no perfil dos atendimentos, bem como, solicitam informações e colaborações acerca do paciente idoso contemplado.

Percebemos que um dos idosos demonstrou até constrangimento por conta do acompanhamento psicológico através da Biblioterapia. Nesta situação, tal idoso verbalizou muita gratidão parecendo que o atendimento era um favor que a estagiária de psicologia estava fazendo. Talvez, de acordo com Neri (2001), isto se deva ao fato da sociedade, apesar de vir mudando a perspectiva para uma velhice mais saudável, ainda dá ênfase às perdas e aos aspectos patológicos do idoso desde a década de 1950. Dessa forma, quando esse idoso foi atendido como sujeito potencialmente ativo, possivelmente sentiu estranhamento diante da situação.

Outros relatos importantes que surgiram após a leitura mediada, referem-se às vivências pessoais do idoso em relação ao trabalho exercido ao longo da vida. Na busca de conhecer e promover valorização de suas experiências, uma das histórias lidas se chama “A Fábula do milho premiado”. Esta trata sobre as relações de trabalho e de vizinhança. Assim, após a leitura o discurso dos idosos em termos gerais, nos faz perceber, até o presente momento, o quanto a temática sobre o trabalho impacta suas percepções acerca do sentido de vida. Ao verbalizarem sobre aposentadoria e não mais capacidade de trabalhar relatam sobre se sentirem impotentes e desnecessários frente às demandas da sociedade. Nesse momento citamos Galindo (2004) quando afirma sobre a importância do trabalho na identidade pessoal envolvida de valores subjetivos e de valores socialmente compartilhados. Uma das idosas relata: “Trabalhei muito a vida toda. Eu gostava muito do meu trabalho, mas hoje em dia não tenho mais saúde para trabalhar. [...] Sinto muita falta do meu trabalho”.

Além de possibilitar a reflexão sobre as vivências dos idosos, a Biblioterapia tem tido efeitos benéficos em relação ao humor dos mesmos ao funcionar também, como momento de entretenimento. Junto a isto, tal ação tem refletido, inclusive, num maior cooperativismo desses idosos com a equipe de saúde. Isto pode ser exemplificado através de uma das pacientes contempladas pelo projeto que se apresentou constantemente afirmando indisposição. Após um dos atendimentos em que utilizamos a Biblioterapia, a paciente demonstrou maior colaboração para com a fisioterapeuta que, havia tido no mesmo dia, uma recusa em relação ao exercício físico por parte da idosa. Recebemos o feedback de que a paciente se apresentou muito mais cooperativa, bem como, mais aberta ao diálogo com a outra profissional.

## CONCLUSÃO

Com os resultados que temos até o presente momento, consideramos fundamental que o psicólogo busque cada vez mais desenvolver projetos de humanização que foquem na perspectiva da promoção de saúde. Diante da rotina hospitalar, é nítido que o psicólogo é solicitado pelos demais profissionais para momentos em que a demonstração de sentimentos negativos, por parte de pacientes e familiares torna-se aparente prejudicando assim a evolução da recuperação. Trazemos com isso, a reflexão sobre o serviço de psicologia passar a ser associado, cada vez mais, à perspectiva da saúde. Isto favorece com que o ambiente hospitalar seja pensado por todos os profissionais, que nele atuam, como um espaço em que apesar de haver pessoas doentes há, junto a elas, potencialidade para construir significados não apenas aversivos à internação hospitalar.

Finalmente, consideramos ainda importante que para desenvolver esses projetos de humanização, seja necessário a busca de recursos que facilitem a promoção de saúde. A Biblioterapia entra nesse aspecto repercutindo em resultados positivos, pois tem facilitado o diálogo, a expressão de sentimentos, o enfrentamento emocional, o exercício cognitivo e a retirada, no momento do atendimento, do foco na doença.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: 1999.
- CHAVES, Hamilton Viana. MAIA FILHO, Osterne Nonato. Percepção de tempo e necessidade de atividade na sociedade do excesso: educação no contexto das tecnologias digitais. **EDT**. Campinas, v.18, n.1, p. 71- 82, 2016.
- FRAIMAN, Ana Perwin. **Coisas da idade**. São Paulo: Editora Gente, 1995.
- GOFFMANN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- LANGE, E. S. N. et al. Psicologia hospitalar e humanização do atendimento: intervenções com profissionais de saúde. In: LANGE, E. S. N. (ORG.) **Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas**. São Paulo: Vetor, 2008.
- LUSTOSA, Maria A. A Psicoterapia breve no Hospital Geral. **Rev. SBPH**, v.13 n.2, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n2/v13n2a08.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- Galindo WCM. A construção da identidade profissional docente. **Psicol Ciênc Prof**. 2004;24(2):14-23.
- MORE, Carmen L. O. et al. Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar. **Psicol. Estud**. v. 14, n. 3, Maringá, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722009000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300007&lng=pt&nrm=iso)> . Acesso em: 25 ago. 2017.
- NERI, A. **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais** (org). São Paulo: Papyrus, 2001.
- NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** 2 ed. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p 427-49.
- SIMÕES, Paula Eduarda Caetano. **Biblioterapia, ação que sensibiliza: uma revisão de literatura da produção brasileira de 2000-2010**. Trabalho de Conclusão de Curso. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/5950>> . Acesso em: 20 de abril de 2017.
- SILVA-ARIOLI, Promoção e educação em saúde: uma análise epistemológica. **Psicologia, ciência e profissão**. v.33, n. 3, 2013
- SILVA, Maria A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev. Bras. Enferm**. v. 64, n. 3, Brasília, 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300027)> Acesso em: 01 set. 2017.
- Tardivo, L. C. O encontro com o sofrimento psíquico da pessoa enferma: o psicólogo clínico no hospital. In: LANGE, E. S. N. (ORG.) **Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas**. São Paulo: Vetor, 2008.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade de Fortaleza por promover espaços em que trabalhos acadêmicos sejam divulgados promovendo a possibilidade de expansão de projetos como este. Agradeço em especial à professora Íris Bonfim, pela motivação dada à realização desse trabalho, bem como, as assertivas orientações no desenvolvimento do mesmo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR DO PARTO: REVISÃO NARRATIVA

Valéria Lima de Barros<sup>1</sup>, Jéssica Lange Leal da Rocha<sup>2</sup>, Marilene Alves Oliveira Guanabara<sup>1</sup>, Maria Alix Leite Araújo<sup>3</sup>

*1 Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza- Ceará-Brasil.*

*2 Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos-Piauí-Brasil*

*3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: valeriarbarros17@hotmail.com

Palavras-chave: Dor do Parto. Trabalho de Parto. Enfermagem. Enfermagem Obstétrica. Terapias Complementares.

### INTRODUÇÃO

O parto é o acontecimento final da gravidez e, do ponto de vista da gestante, esse momento é cercado de preocupação, sobretudo no que diz respeito à dor, intrínseca à natureza humana. Como consequência, as mulheres tendem a preferir o parto cesáreo (TOSTES; SEIDL, 2016).

Diante desse cenário, cresceu o número de métodos farmacológicos desenvolvidos para proporcionar tolerância à dor e ao desconforto do parto. No entanto, existem métodos não farmacológicos (MNF) capazes de diminuir a percepção dolorosa, proporcionando alívio da dor de parto, sendo considerados como não procedimentos invasivos (SILVA et al., 2016).

Os MNF são condutas claramente úteis e que devem ser incentivadas e utilizadas como estratégias para aumentar a tolerância à dor, durante o trabalho de parto (BRASIL, 2014). São métodos seguros e que levam a poucas intervenções e incluem movimentação livre, exercícios respiratórios e a utilização de água em banho de aspersão e imersão, entre outros. Além disso, essas medidas podem controlar o padrão das contrações uterinas e a duração do trabalho de parto (SILVA; NOGUEIRA, 2014).

A principal vantagem na aplicação de recursos não-farmacológicos é o fortalecimento da autonomia da parturiente e a garantia da sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento (GALLO et al., 2011). Dessa forma, estabelecem um cuidado baseado nas necessidades e individualidade de cada mulher, minimizando a dor e ansiedade, favorecendo, também, para que a equipe de enfermagem explore suas habilidades e possam proporcionar a humanização na assistência ao trabalho de parto (SILVA; NOGUEIRA, 2014).

Contudo, observa-se que no cotidiano da prática profissional da enfermagem, os MNF para o alívio da dor ainda são pouco empregados, ainda que eficazes (MAFETONI; SHIMO, 2014). Diante do exposto, esse estudo se propõe a analisar a produção científica brasileira inserida no período de 2011 a 2015, acerca dos métodos não farmacológicos utilizados pela enfermagem para o alívio da dor de parto.

### METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa, tomando como metodologia norteadora as etapas descritas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) para a revisão integrativa: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) Determinação dos critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3) Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados;

4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; e 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Para tanto, realizou-se uma busca em bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em setembro de 2016, utilizando os descritores dor do parto, trabalho de parto e enfermagem, em livre associação. A busca inicial resultou em 345 artigos. Aplicando-se os critérios de inclusão texto completo, em língua portuguesa, na modalidade artigo, publicados de 2011 a 2015, restaram 27 artigos. Foram excluídos aqueles em duplicidade e/ou que não conservassem relação com o tema principal. A amostra final resultou em sete artigos, disponíveis na LILACS (04) e BDNF (03).

Os estudos selecionados foram investigados quanto às características metodológicas, o papel do enfermeiro frente aos métodos não farmacológicos, bem como as sugestões apresentadas pelos autores. Para processamento e análise dos dados, foi utilizado o software Microsoft Excel for Windows®, versão 2010 e os resultados discutidos

à luz da bibliografia atual. Por se tratar de um estudo realizado com material de livre acesso, disponível em bases de dados virtuais, não foi necessário submissão a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou autorização dos autores dos estudos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto, publicados no período de 2011 a 2015, foram analisados quanto às suas características gerais (Quadro 1).

**Quadro 1-** Produções científicas sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto (2011- 2015).

Artigo	Autor Principal	Título do artigo	Periódico	Base	Ano
A01	OSÓRIO, S. M. B.	Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto	Rev RENE	BDENF	2014
A02	SILVA, E. F.	Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto	R Enferm UFSM	BDENF	2011
A03	MAFETONI, R. R.	O uso da acupressão para evolução do trabalho de parto e alívio da dor	Cogitare Enferm	BDENF	2013
A04	BARBIERI, M.	Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto	Acta Paul Enferm	LILACS	2013
A05	MAFETONI, R. R.	Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa	Rev Min Enferm	LILACS	2014
A06	WEI, C. Y.	Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas	Texto Contexto Enferm	LILACS	2011
A07	SILVA, L. M.	Uso da bola suíça no trabalho de parto	Acta Paul Enferm	LILACS	2011

Fonte: dados da pesquisa.

Acerca das revistas nas quais os artigos foram publicados, a revista Acta Paulista de Enfermagem se sobressaiu das demais, uma vez que publicou dois dos artigos analisados. As demais revistas apresentaram um artigo, cada. Ao se realizar uma investigação mais detalhada sobre os periódicos, foi possível inferir que a Acta Paulista de Enfermagem teve um maior número de publicações devido à integração positiva entre os fatores: Periodicidade e Classificação de Periódicos (Qualis). O referido periódico, assim como a Revista RENE, possui periodicidade bimestral. Porém, dentre as revistas analisadas, ela é a única com Classificação Qualis A2, o que a torna mais atrativa para os autores e, conseqüentemente, eleva o número de manuscritos submetidos à análise (ACTA PAUL ENFERM, 2016; BRASIL, 2016).

Observou-se predominância de estudos publicados em 2011, com três (42,9%) artigos. Tal fato pode decorrer da implantação da rede de atenção à saúde materno infantil, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011), estratégia do Governo Federal que busca a estruturação e organização da atenção à saúde materno-infantil, através de uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assegurando às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2012). Visando o atendimento humanizado à gravidez e ao parto, preconiza a adoção dos MNF para alívio da dor, classificados como: “práticas que são claramente úteis e que devem ser estimuladas” (BRASIL, 2011).

As características metodológicas dos estudos também foram analisadas (Quadro 2).



**Quadro 2-** Características metodológicas dos artigos científicos sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto (2011-2015).

Artigo	Tipo de estudo	Amostra	Local de realização da pesquisa	Período analisado ou ano de realização
A01	Revisão sistemática	07 artigos	Bases de dados: BDENF, Pubmed, LILACS e Cochrane Library	2007 a 2012
A02	Revisão integrativa	21 artigos	Bases de dados: LILACS e Scielo	2003 a 2009
A03	Revisão integrativa	10 artigos	Bases de dados: Scopus, Medline, Cinahal e SciELO	2002 a 2012
A04	Ensaio clínico randomizado	15 parturientes	Centro de parto normal intra-hospitalar, na cidade de São Paulo	2010
A05	Revisão integrativa	19 estudos	Bases de dados: LILACS, SCIELO, BDENF e PUBMED	2003 a 2013
A06	Estudo exploratório	35 mulheres	Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo	2006
A07	Estudo descritivo	35 enfermeiras	Serviços de atenção obstétrica do Município de São Paulo	2009-2010

Fonte: dados da pesquisa.

Do total de artigos analisados, quatro (57,1%) correspondiam a revisões, das quais três eram sistemáticas e uma integrativa. Portanto, predominaram pesquisas realizadas em bases de dados disponíveis em meio eletrônico (internet).

Foram ainda selecionados os achados sobre o papel do enfermeiro na orientação e implantação dos métodos não farmacológicos (MNF) para aliviar a dor durante o trabalho de parto e parto (Quadro 3).

**Quadro 3-** Papel desempenhado pelo enfermeiro acerca dos métodos não farmacológicos para aliviar a dor durante o trabalho de parto e parto (2011-2015).

Artigo	Papel do enfermeiro
A01	Assistência direta à parturiente, mediante a aplicação de MNF*.
A02	Fornecer orientação sobre os MNF para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto; Assistência direta à parturiente, mediante a aplicação de MNF.
A03	Assistência direta à parturiente, mediante a aplicação de MNF.
A04	Assistência direta à parturiente, mediante a aplicação de MNF.
A05	Assistência direta à parturiente, mediante a aplicação de MNF.
A06	Assistência direta à parturiente, mediante a aplicação de MNF.
A07	Assistência direta à parturiente, mediante a aplicação de MNF.

Fonte: dados da pesquisa.

\*MNF: Método não farmacológico

Foi possível verificar que 85,7% (6) dos artigos analisados apontaram o enfermeiro apenas como responsável por executar as atividades referentes aos MNF para alívio da dor do parto e parto. Apenas um artigo (A02) mencionou o enfermeiro também como encarregado de fornecer às parturientes, informações sobre os MNF disponíveis para o alívio da dor.

Neste sentido, estudo realizado na maternidade de uma instituição hospitalar localizada no interior do Estado do Rio Grande do Sul-RS concluiu que, do ponto de vista das participantes da pesquisa, o resultado das vivências foi positivo quando elas foram orientadas, esclarecidas e respeitadas quanto as suas necessidades e valorizadas nas suas individualidades (SCARTON et al., 2015).

O presente estudo buscou também elencar as principais propostas mencionadas pelos autores a respeito da utilização dos MNF para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto (Quadro 4).

#### Quadro 4- Principais propostas apresentadas pelos autores (2011-2015).

Propostas	Artigo(s)
Necessidade de realização de pesquisas clínicas, principalmente por parte da Enfermagem, focalizando o uso dos MNF* para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto	A01, A02, A03, A05 e A07
Não apresentou nenhuma proposta	A04
Necessidade de realização de pesquisas que foquem a preferência das parturientes nessas estratégias	A05
Necessidade de se levar em consideração a individualidade e a autonomia de escolha das mulheres quando ao uso dos MNF para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto	A06

Fonte: dados da pesquisa.

\*MNF: Método não farmacológico

A utilização de MNF para alívio da dor do TP e parto se configura como importante ferramenta para amenizar o estresse fisiológico e aumentar o grau de satisfação da parturiente. Além disso, muitas alternativas não farmacológicas são excelentes meios para envolver o acompanhante durante esses momentos (SILVA; STRAPASSON; FISCHER, 2011).

O respeito à individualidade e autonomia das parturientes está diretamente relacionado à qualidade da assistência. Neste sentido, é indispensável compreender que, para se atingir a humanização da assistência, se faz necessário respeitar o tempo de cada mulher no processo de parturição, evitando intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecendo os aspectos culturais próprios da mulher (MAFETONI, 2014).

Apesar da evidente necessidade de realização de novas pesquisas, os MNF para o alívio a dor de parto vêm ganhando força por meio dos movimentos a favor das práticas de humanização no atendimento. Nesse contexto, a dedicação do profissional de enfermagem que assiste a parturiente é um fator fundamental no que se refere ao atendimento holístico, sendo indispensável que a mulher seja consultada acerca de seus anseios, deixando assim de ser apenas alguém que obedece passivamente às ordens dos profissionais de saúde, sem qualquer questionamento (OLIVEIRA E SILVA et al., 2013).

Da mesma forma, é indispensável que os cursos de graduação em enfermagem elaborem ferramentas que estimulem os futuros profissionais a lançarem mão dos MNF para alívio da dor do parto e parto, a partir de suas experiências nos estágios. Assim, quando estiverem atuando como profissionais, já terão bagagem teórica e prática suficientes para ofertar medidas cada vez menos invasivas e medicamentosas para promover o conforto e alívio da dor às parturientes.

## CONCLUSÃO

Este estudo examinou as produções científicas brasileiras sobre esses métodos. Com base nos resultados obtidos, foi possível perceber que o uso dessas técnicas é um assunto que desperta interesse científico, especialmente entre os profissionais da enfermagem, uma vez que o uso dessas terapias se configura como excelente alternativa para a redução de intervenções medicamentosas.

Através da aplicação de métodos não farmacológicos (MNF) é possível proporcionar o alívio da dor durante o trabalho de parto (TP) e parto, minimizando a utilização de métodos invasivos. Desse modo, a adoção e implementação dessas técnicas junto aos profissionais que atendem a mulher, principalmente, durante o acompanhamento pré-natal, se configura como importante instrumento para a efetivação do atendimento humanizado.

Espera-se que este trabalho contribua para a reflexão e crítica acerca do modelo atual de práticas de assistência e cuidados de enfermagem, prestados durante o TP e parto, onde o enfermeiro e sua equipe devem focar na valorização da mulher, respeitando suas vontades e necessidades individuais, fazendo uso de equipamentos e técnicas não farmacológicas que promovam o relaxamento e o alívio da dor durante o TP e parto.

## REFERÊNCIAS

ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM (ACTA PAUL ENFERM). **Sobre a revista**. 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/revistas/ape/paboutj.htm> >. Acesso em: 19 dez. 2016.



ALMEIDA, J. M.; ACOSTA, L. G.; PINHAL M. G. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **Rev Min Enferm**, v. 19, n. 3, p. 711-717, 2015

AMORIM, A. T. C. et al. Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão. **Saude Coletiva**, v. 09, n. 56, p. 61-66, 2012.

BARBIERI, M. et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.5, p. 478-484, 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Rede Cegonha**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 19 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Universidade Aberta do SUS (UMA-SUS). **Você conhece as recomendações da OMS para o parto normal?** 2014. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

GAYESKI, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.4, p. 774-782, 2010.

GALLO, R. B. S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistência. **FEMINA**, v.39, n.1, p. 41-48, 2011.

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 2, p. 505-512, 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOTTA, S. A. M. F. et al. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 2, p. 593-599, 2016.

OLIVEIRA E SILVA, D. A. L. et al. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. esp, p. 4161- 4170, 2013.

OSÓRIO, S. M. B; SILVA JÚNIOR, L. G.; NICOLAU, A. I. O. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Rev Rene**, v. 15, n. 1, p. 174-184, 2014.

SANTOS, L. M. **Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal**. 2010. 277p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SCARTON, J. et al. “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. esp, p. 143-151, 2015.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 4, p. 585-590, 2008.

SILVA, A.; NOGUEIRA, L. D. P. A importância das estratégias não-farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão bibliográfica **Revista Hispeci & Lema On-Line**, v. 5, n. 1, p. 155-164, 2014.

SILVA, E. F. D.; STRAPASSON, M. R.; FISCHER, A. C. D. S. Métodos não farmacológicos do alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. **Rev Enferm UFSM**, v. 1, n. 2, p. 261-227, 2011.

SILVA, U. et al. O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n.4, p. 1273-1279, 2016.

SOUSA, A. M. M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016.

SOUZA, M. T. S.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

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**, v. 32, n. 3, p. 479-486, 2011.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## GRUPO CIRANDA DO CUIDADO: ESPAÇO DE APRENDIZADO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA ASSOCIADOS AO VÍRUS ZIKA EM MACEIÓ

Rosivania Silva do Nascimento<sup>1\*</sup>, Marilda Maria da Silva, Yana Aline de Moraes Melo<sup>1</sup>, Maria do Rosário Vasconcelos Lima<sup>1</sup>, Amanda de Lima Ferreira Acioly<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

E-mail: rosivanianascimento@hotmail.com

Palavras-chave: Promoção da saúde. Empoderamento. Participação social. Microcefalia.

### INTRODUÇÃO

A microcefalia é uma condição em que a cabeça da pessoa apresenta um tamanho menor do que o tamanho médio da cabeça de crianças do mesmo sexo e faixa etária. Podendo ser diagnosticada ainda na gestação, essa condição se dá devido ao crescimento insuficiente do cérebro durante a gravidez, ou após o nascimento do bebê (BRASIL, 2015).

Em novembro de 2015, o Ministério da Saúde confirmou a relação entre Zika vírus e o surto de microcefalia na região Nordeste, por meio da identificação do vírus em amostras de sangue e tecidos de um bebê nascido com microcefalia e outras malformações congênitas no Ceará.

O que culminou com a portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015, que declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. A relação da síndrome ao vírus Zika, tipo de arbovirose, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, deu as autoridades de saúde no país o alerta de que estávamos diante de um evento complexo com demanda de esforço conjunto de todo o Sistema Único de Saúde para adoção de ações, pautadas no emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública (BRASIL, 2015).

Em Maceió a partir das primeiras notificações em novembro de 2015 dos casos suspeitos de microcefalia associados ao Zika Vírus, foi instituído um trabalho integrado entre seus diversos setores de Assistência e Vigilância à Saúde, sendo incorporada articulação com a Assistência Social, visando identificar e realizar o acompanhamento necessário das crianças notificadas conforme a Linha de Cuidado estabelecida, com base no Fluxograma implantado, protocolos e portarias publicadas no decorrer do período pelo Ministério da Saúde e, no contato com as famílias, que norteava o ajuste do trabalho desenvolvido pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde.

Durante o desenvolvimento do trabalho a equipe técnica percebeu a necessidade de uma ação que ultrapassasse os limites sanitários e epidemiológicos com as famílias, que estavam fragilizadas e sedentas por informações, que contribuíssem com o cuidado e tratamento de seus filhos, originando assim a criação do Grupo Ciranda do Cuidado. Com o objetivo de facilitar o processo de empoderamento dessas famílias, a partir de um espaço participativo e de informação, troca de experiências e fortalecimento de vínculo tanto entre as famílias, quanto destas com a equipe técnica, em um processo de construção coletiva do conhecimento, frente às incertezas oriundas no contexto da epidemia.

A participação social constitui uma estratégia de empoderamento, centrado no processo de educação para cidadania, na socialização de informações, envolvimento no diagnóstico e na tomada de decisões e execução dos projetos sociais, tendo como resultado a corresponsabilidade na gestão da saúde (MOYSÉS, MOYSÉS, e KREMPEL, 2010).

A Carta de Ottawa chama atenção ao incluir na conceituação de Promoção da Saúde o fortalecimento das habilidades pessoais e comunitárias, além da incorporação do empoderamento, visando um maior controle e participação ativa em todo o processo de construção da saúde, enquanto produto social seja no âmbito individual ou coletivo. Nesse sentido, o trabalho em grupo constitui um espaço dinâmico, na identificação de aspirações e necessidades comuns, bem como em suas resoluções (BRASIL, 2002).

Nessa perspectiva, Carvalho e Gastaldo (2008), afirmam que o processo de empoderamento social, conduz a grupos distintos, legitimidade e voz por meio da participação social, com o aumento da capacidade de ação sobre seus problemas, bem como do desenvolvimento de suas habilidades para lidar com enfermidades, considerando o contexto do processo saúde doença a partir de suas próprias experiências. De acordo com Buss (2003, p. 26) "Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes de sua saúde".

Tal entendimento despertou na equipe técnica responsável pela efetivação do Plano de Enfrentamento à Microcefalia relacionada ao Zika vírus em Maceió, para a necessidade de criação de um espaço de compartilhamento e apoio às famílias, capaz de aprimorar suas habilidades de cuidado da saúde de seus filhos, por meio da aquisição de conhecimento sobre temas relacionados ao direito à saúde e proteção social, visando sua melhor qualidade de vida e a humanização do cuidado na perspectiva da clínica ampliada, enquanto dispositivo de trabalho multidisciplinar que compartilha conhecimento respeitando a singularidade do sujeito (BRASIL, 2009), como também, o uso de tecnologias leves, enquanto produto de interação e subjetividade, com desdobramento na mudança do processo de trabalho da equipe, visando favorecer a autonomia dos atores envolvidos bem como o fortalecimento de vínculos e de apropriação de mecanismos de produção de saúde (FERRI, S. M. N. et al, ).

## **METODOLOGIA**

O Grupo Ciranda do Cuidado teve início em abril de 2015, formado na época por doze famílias cujos bebês, tinham diagnóstico confirmado de microcefalia relacionada ao Zika vírus. Com frequência de encontros mensais, realizado na primeira terça-feira do mês.

Baseado em metodologia participativa, nos momentos do encontro são realizadas tanto rodas de conversa com temas sugeridos por mães e pais, tendo como facilitador um profissional especialista no tema, com oportunidade para retirada de dúvidas, e questionamentos, como também, por vezes, os facilitadores são outros usuários que vivenciam situações semelhantes o que gera um momento rico de compartilhamento de experiência e integração do grupo.

Além de oficinas que tem enfoque dinâmico no aprendizado de práticas, que possibilitem o aprendizado de técnicas e sua aplicação, no cuidado diário das crianças, a exemplo da Shantala e do uso do Sling, na perspectiva, das tecnologias leves, que podem ser acrescentadas ao processo do cuidado, pelas famílias.

Além do encontro mensal, a equipe também criou um grupo de WhatsApp, com a finalidade de facilitar a comunicação e identificação de demandas de forma rápida, para que sejam realizadas intervenções em tempo oportuno, o que proporcionou maior resolutividade nas demandas de assistência das crianças. Chama a atenção a participação dos pais, tanto nos encontros presenciais, como no grupo do WhatsApp na rotina dos filhos de forma conjunta com as mães. Percebe-se que a troca de experiências e a integração entre as famílias, contribuem para o cuidado diário dos bebês, para o estreitamento de vínculos entre elas, as quais declaram ser o Grupo Ciranda do Cuidado, sua segunda família.

Ao longo do período de sua implementação, o Grupo Ciranda do Cuidado, conta com a participação voluntária de diversos profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como psicologia, fisioterapia, pediatria, terapia ocupacional, nutrição, direito, assistência social e seguridade social, entre outras. Os quais são contatados pela equipe técnica, com base nas necessidades e demandas, apontadas pelas famílias e também observadas pela equipe.

Nos encontros são oferecidos também momentos de interação entre as famílias e seus bebês, com apresentações culturais, oficinas de dança materna, atividades de relaxamento e alongamento, sempre conduzidos por técnicos especialistas nas áreas, o que contribui para um momento de descontração e integração do grupo, auxiliando no bem estar e na melhoria de qualidade de vida.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com base no exposto, podemos relatar como resultado o aprimoramento institucional nas condutas de atenção à saúde das crianças com microcefalia relacionada ao vírus Zika, por meio da Linha de Cuidado estabelecida e do processo de trabalho participativo, o qual tem um enfoque que demonstra maior viabilidade para o alcance dos objetivos do grupo, por meio da integração entre as famílias e a equipe técnica, favorecendo aprendizado para prática da promoção e humanização do cuidado.

No que tange as oficinas, são facilitadoras em seu processo de construção do conhecimento, já que possibilita à reflexão, a discussão dialógica, a mediação, a socialização de conhecimentos e experiências prévias e sobretudo a capacitação a partir do protagonismo dos seus participantes.

O que contribui na tomada de decisão destes, baseada em uma visualização mais ampla e crítica sobre os problemas decorrentes da condição por eles vivenciada, bem como de soluções para sua melhoria de qualidade de vida, emergentes de maior empoderamento. Por fim, o uso da tecnologia digital, do grupo de WhatsApp, dar dinamicidade e agilidade em situações que necessitam de providências em tempo oportuno pela equipe, e pelos próprios participantes, que se ajudam mutuamente, seja com informações, dicas ou mesmo, palavras de incentivos entre si, o que contribuir no relacionamento dos mesmos.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que o Grupo Ciranda do Cuidado, constitui uma estratégia eficiente no processo de empoderamento das famílias de crianças com microcefalia associadas ao vírus Zika, a partir da informação qualificada que gera o conhecimento transformador que capacita as mesmas, para o cuidado e autonomia, frente a problemática da microcefalia na vida de seus filhos.

A apropriação das famílias pelo grupo, traduzida pelo sentimento de “segunda família” demonstra sua relevância enquanto espaço de fortalecimento de vínculos e aprendizado coletivo, capaz de gerar o cuidado qualificado, a partir do contexto sociocultural das famílias.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2002. 56 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.** In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.
- CARVALHO, S. R. GASTALDO, D. **Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2029-2040, 2008.
- FERRI, S. M. N. ET AL. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família.** *Interface - Comunic, Saúde, Educação*, v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

## AGRADECIMENTOS

As famílias que fazem o Grupo Ciranda do Cuidado, aos Gestores pelo apoio e credibilidade do trabalho de nossa equipe, aos parceiros que estão sempre pronto a contribuir com trabalho e ajudam no desenvolvimento do projeto.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL: APLICABILIDADE NAS PESQUISAS CIENTÍFICAS

Elisabeth Soares Pereira da Silva<sup>1</sup>, Diane Sousa Sales<sup>2</sup>, Carla Suellen Sousa<sup>3</sup>, Priscila França de Araújo<sup>4</sup>, Isadora Marques Barbosa<sup>5</sup>.

*1 Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE) Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Mestre em Enfermagem Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza- Ceará-Brasil.*

*4 Mestre em Saúde Coletiva Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza- Ceará- Brasil.*

*5 Mestre em Saúde Pública Universidade Federal do Ceará(UFC), Fortaleza- Ceará- Brasil.*

E-mail: [elisabeth.soares@outlook.com](mailto:elisabeth.soares@outlook.com)

Palavras-chave: Teoria de Enfermagem. Enfermagem transcultural. Cuidados de Enfermagem

### INTRODUÇÃO

Ao longo do processo histórico, a Enfermagem vem se constituindo como ciência e arte na área da saúde com vistas a produzir um corpo de conhecimentos próprio que atenda aos interesses, necessidades e peculiaridades da profissão e do contexto social. O cuidado de enfermagem, para dar conta da complexidade e dinamicidade das questões que envolvem o estar saudável e o estar doente de indivíduos e/ou grupos populacionais, precisa abranger, além dos aspectos técnico-científicos, os preceitos éticos, estéticos, filosóficos, humanísticos e culturais (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

A enfermagem vem ganhando espaço com o advento da pesquisa e uso das teorias, passando a ser vista como uma disciplina importante na área de saúde, enquanto desempenha importante papel na promoção, prevenção e reabilitação da saúde (MELO ET AL, 2009).

Os conhecimentos dos pressupostos teóricos da Enfermagem sejam assimilados pelos enfermeiros, deve-se conhecer em profundidade as teorias em seus modelos e estruturas conceituais, bem como a que teóricos correspondem. A Ciência Enfermagem é constituída por um conjunto de conceitos advindos de quatro termos: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, que articulam-se para formar o metaparadigma da prática de enfermagem eficaz ( LOPES NETO, 2016).

McEwen e Wills (2009) complementam afirmando que o metaparadigma é a visão de mundo de uma disciplina e onde as teorias, o conhecimento e o processo para o conhecimento desta disciplina encontram significado e coerência. As teorias de enfermagem são desenvolvidas com o propósito de refletir os interesses da comunidade científica e da sociedade (HARD, 2009). É contínuo os esforços realizados para fortalecimento da enfermagem com conhecimentos científicos que subsidiem a prática, ao ensino e a pesquisa.

Na década de 50, Madeleine Leininger ao trabalhar num lar de crianças provenientes de diversas nacionalidades, verificou que as mesmas queriam ser cuidadas de maneiras diferentes. Desenvolveu, então, a teoria transcultural do cuidado, na qual considera que o cuidado ao ser humano é universal, isto é, o ser humano, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa ser cuidado, porém cada cultura, de acordo com seu ambiente e estrutura social, terá sua própria visão de saúde, doença e cuidado. A teórica afirma que existe um sistema profissional de cuidado e cura que é o sistema organizado, formalmente reconhecido, e oferecido pelos profissionais de saúde. Neste sistema profissional, considera-se que o cuidado é a essência da enfermagem. Além disso, ainda há o sistema popular que é o sistema local, onde se inclui a família (BOEHS, 2002).

A teoria do cultural transcultural proposta por Madeleine M. Leininger compreende a visão de mundo dos indivíduos e considera a influência das estruturas sociais e culturais no estado de saúde, bem-estar e doença. Com aplicação da teoria proposta a enfermeira busca reconhecer a situação cultural e seus influenciadores e utiliza esses recursos como instrumentos para prever as ações e decisões para o cuidado de forma congruente (LEININGER, 1985).

Para Leininger (1985) a cultura é definida como “os valores, crenças, normas e modo de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares e geram pensamentos, decisões e ações de forma padronizada” (LEININGER, 1985). Nessa perspectiva todos os grupos irão influenciar na determinação do comportamento do indivíduo, dentre eles podemos destacar família e amigos.

Na teoria foram propostas três formas para realizar o cuidado, levando em conta o modo de vida e crenças compartilhadas: preservação do cuidado, acomodação e repadronização. Preservação se constitui naqueles cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo, benéficos ou mesmo inócuos para a saúde. Acomodação são ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou negociar com provedores de saúde profissionais. Repadronização são ações e decisões para facilitar, dar suporte, que ajudam indivíduos, grupos a reordenar, trocar ou em grande parte modificar seus modos de vida para o novo, o diferente, beneficiando os padrões de cuidado à saúde (BOEHS, 2002).

Neste contexto, emergiu a necessidade de discutir a aplicabilidade da teoria de Madeleine Leininger a partir da produção científica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de revisão integrativa, realizada nas bases de dados LILACS, Pubmed, BDENF, CINAHL, CUMED, IBECs. A pergunta norteadora é “O que a literatura aborda sobre a aplicabilidade da teoria de cuidado transcultural da teórica Madeleine Leininger?” Os dados foram coletados em outubro de 2016, utilizando-se os descritores: Teoria de Enfermagem e Enfermagem transcultural disponíveis em DeCS/Mesh

– Descritores em Ciência da Saúde/ Medical Subject Headings – que contemplam a pergunta norteadora do estudo, e foram entrecruzados com o marcador booleano “and”. Não houve delimitação do temporal. Os critérios para inclusão dos artigos foram: responder à questão norteadora, serem estudos primários e artigos publicados após avaliação de pares, estar disponível na íntegra nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol, via servidor proxy da Universidade Estadual do Ceará (proxy.uece.br). Excluíram-se os editoriais e carta ao editor, revisões integrativas, artigos reflexivos, dissertações e teses.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram apresentados a caracterização dos estudos com base no instrumento de coleta de dados e classificação de grau de recomendação e nível de evidência científica. E a discussão é a análise crítica da aplicabilidade dos artigos baseados na teoria de Madeleine Leininger em relação com metaparadigma. A amostra do estudo foi composta por 07 artigos, os quais são apresentados em um quadro, conforme título, objetivo, método e resultados. Estavam disponíveis 04 artigos no idioma português, 02 em inglês e 01 em espanhol. Sendo que 04 estudos foram desenvolvidos no Brasil, um em Cuba, um na Itália e um nos Estados Unidos da América. Os artigos foram publicados em os anos de 2008 a 2016, sendo a distribuição de 03 artigos (2008-2009) e 04 artigos (2011-2016).

O método de pesquisa chamado etnoenfermagem foi desenvolvido pela teórica com base na antropologia com a finalidade de desvendar a diversidade e universalidade cultural e obter novos conhecimentos em enfermagem, conforme percebido ou experienciado pelas enfermeiras e indivíduos ou grupos. Os dados êmicos (locais) revelados pelos informantes culturais geram interpretações e explicações de comportamentos e valores culturais específicos e são comparados aos dados éticos, que refletem os pontos de vista e valores dos profissionais. Desse modo, as enfermeiras identificam e comparam os dois diferentes pontos de vista, o que ajuda a prevenir e reduzir as práticas de enfermagem impositivas, geradoras de possíveis conflitos éticos e morais (SEIMA et al, 2011).

A vida social e cultural apreendida em sua totalidade, desde a observação de como os diferentes aspectos da vida social se expressam em situações particulares, revelando valores, comportamentos, modos de vida e visões de mundo diferentes (NAKUMURA, 2011). Laplantine (2005) complementa, dizendo que o trabalho etnográfico envolve múltiplos sentidos na compreensão dos fenômenos e requer atenção flutuante para se deixar abordar pelo inesperado.

Tais características foram encontradas no estudo de Rissardo et al, (2013) quando os mesmos expressam as dificuldades vividas durante a convivência com a cultura indígena. Nesse contexto, os autores se questionam acerca da pluralidade cultural encontrada em nosso país nos confrontando com a nossa percepção do que julgamos como corretos e os costumes, incomuns, para os demais, daquela tribo. Nessa perspectiva, os pesquisadores demonstram, muitas vezes, uma sensação de incapacidade frente aos hábitos e costumes daquela tribo, que busca manter vivas suas crenças e tradições, dentre elas, a preservação da língua mãe. Assim, percebe-se que mantendo a tradição, conseqüentemente, a identidade daquele povo e a introdução de outro idioma repercute como uma imposição negativa por demonstrar uma imposição de outros costumes provenientes de outras culturas.

No entanto, a perspectiva de uma padronização de uma linguagem comum, é necessária para se desenvolver uma escuta ativa e acolhedora. Contudo, os profissionais de enfermagem devem compreender e respeitar os sistemas genéricos e tradicionais, proporcionando uma assistência holística e coerente com a cultura (PIMENTEL, 2009).

O agente comunitário de saúde (ACS) e o agente de saúde indígena foram citados nos estudos de Bittencour et al, (2011) e Rissato, (2013) como um componente facilitador desse processo, sendo necessário um elo entre a



comunidade e a equipe de saúde. Eles planejam, orientam e vivenciam a realidade do seu povo, compreendendo a importância dos profissionais de saúde no processo de adoecimento, bem como compreendem as limitações dos pajés ou curandeiros, incentivando aos atendimentos ambulatoriais como uma possibilidade de cura e não como uma garantia de cura, ou seja, incentivam o processo de repadronização definido por Leininger.

A assistência à saúde necessita de parcerias e de uma equipe multiprofissional, disponibilizando para a população recursos e estratégias que garantam a continuidade do cuidado (BITTENCOURT et al, 2011). Contudo, torna-se um desafio para os profissionais de saúde que atuam em populações específicas que enfatizam exclusivamente o conhecimento baseado no senso comum e sem evidências científicas.

Para Fernandes, Soares e Silva (2008) o conhecimento empírico e a influência do “senso comum” podem contribuir com a limitação de um olhar crítico e reflexivo acerca do cuidado em suas três formas, sendo estas a preservação do cuidado, acomodação do cuidado e repadronização do cuidado, condizendo com o que propõe a Teoria de Leininger. Portanto, promover ações que buscam uma reflexão ao cuidado necessita de formação de vínculos para que se desenvolva confiança e se efetive o cuidado.

O estudo de Pimentel (2009), demonstra que é possível os profissionais de enfermagem associarem os conhecimentos e crenças de sua população com seu conhecimento científico, pois, essas crenças não causariam danos à saúde dessas pessoas. São consideradas credices populares, como “andar descalço em período menstrual”, “não tocar a barriga de uma grávida se tiver um eclipse” e “orações contra mal olhado”. No entanto, o caráter biomédico da assistência nos direciona para uma imposição de condutas e ações divergindo muitas vezes do contexto social e cultural do sujeito.

Portanto, se o profissional de saúde acolhe, respeita e valoriza a cultura no seu contexto mais amplo, possibilitará a geração de vínculos, parcerias e conseqüentemente encontrará soluções para transmitir bem-estar a população. No entanto, para se gerar vínculos é preciso compreender a história de vida dessas pessoas, resgatando aspectos de todas as etapas de sua vida.

No estudo de Filippo Festini et al, (2009) informa que a imigração tem tornado esse processo mais árduo, pois diariamente os enfermeiros se deparam com a necessidade de compreender as razões que os fizeram abandonar suas origens e como esse processo repercutirá na sua assistência à saúde. Outros fatores agravantes para a relação usuário- enfermeiro são a religiosidade, a orientação sexual e identidade de gênero e hábitos de higiene.

O doente compreende a sua doença a partir do conhecimento adquirido pelo seu contexto social, que difere da definição fisiopatológica do profissional de saúde. Vários estudos sobre o tema demonstravam como o entendimento do leigo, no que concerne a sua doença, difere da concepção dos profissionais sobre a mesma doença.

Diante disso, os enfermeiros sentem-se limitados a exercerem a comunicação terapêutica, pois, para isso, exige-se a fluência em línguas estrangeiras, conhecimento mais profundo de culturas e do que é socialmente aceito em outros países. Portanto, é preciso buscar soluções que visem promover um elo entre enfermeiro-usuário nesse contexto, garantindo os direitos e conservando os costumes e atitudes dos usuários do serviço de saúde.

## CONCLUSÃO

Para obtermos resultados satisfatórios nesse processo comunicacional, necessitamos desenvolver habilidades que nos permitam compreender e ser compreendido. Portanto, faz-se necessário refletirmos acerca do processo de comunicação e da sua relevância frente ao cuidado.

## REFERÊNCIAS

- Chinn PL, Kramer MK. *Theory and nursing: a systematic approach*. 4th ed. St Louis (US): Mosby Year Book; 1995.
- CODY, W. K. *Nursing Theory-Based practice: What it is and what it is not*. In: CODY, W. K. (ed.). *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*. 4 ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2006.
- Hardy ME. *Theories: components, development, evaluation*. In: Reed PG, Shearer NC, Nicoli LH. *Perspectives on nursing theory*. 5th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 77-102.
- Leininger M. *Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade*. In: *Anais do 1º Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem*; 2000 maio; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1985.
- LOPES NETO, D. *Enfermagem: ciência e profissão com estatuto epistemológico* (editorial). *Nursing (São Paulo)*, v.17, n.220, p. 1167-1167, mar. 2016.
- MELO, E.M. et al. *Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos*. *Enferm. glob.*, Murcia, n. 17, oct. 2009.
- PHILLIPS, J.R. *What constitutes nursing science?* In: CODY, W. K. (ed.). *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*. 4 ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2006.

REED, P.G. Nursing, the ontology of the discipline. In: CODY, W. K. (ed.). *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*. 4 ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2006.

SCHAURICH, D; CROSSETTI, M.G.O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc. Anna Nery* [online]. v.14, n.1, p.182-188, 2010.

SEIMA, Márcia Daniele et al . A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 851-857, Dec. 2011.

SILVA, R. G. M. da; POSSAS, C. R. da S. S.; BARBOSA, M. R.; ARAUJO, H. F.; SANTOS, M. S. C. dos. Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 20, n. 2, p, 145-148, maio/ ago. 2016. Acesso em: 14/03/2017. Disponível: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5219/3307>

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a todos os autores dos artigos citados neste estudo por contribuir e difundir conhecimentos.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM AÇÃO: OFICINAS DE PLANEJAMENTO INTEGRADO SAÚDE E EDUCAÇÃO.

**Adriana Toledo de Paffer<sup>1\*</sup>, Maria Helena Pereira de Santana<sup>1</sup>, Kelly Walkyria Barros Gomes<sup>1</sup>, Christiane Teixeira Santos<sup>1</sup>, Zildene Rodrigues de Lemos<sup>1</sup>, Carmem Maria Rocha de Araújo<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Gerência de Promoção e Educação em Saúde (GPES), Maceió-Alagoas- Brasil*

*\*Nutricionista, Mestre em Nutrição Humana, na Universidade Federal de Alagoas.*

*E-mail: ces.sms@gmail.com*

*Palavras-chave: Programa saúde na escola. Promoção da saúde. Ações de saúde. Profissionais da saúde. Profissionais da educação*

### INTRODUÇÃO

A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se *locus* para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

A promoção da saúde escolar, baseada num amplo leque de pesquisas e práticas, tem evoluído durante as últimas décadas, acompanhando as iniciativas de promoção da saúde mundo afora. Durante os anos 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o conceito e iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde. Trata-se de uma abordagem multifatorial que envolve o desenvolvimento de competência em saúde dentro das salas de aula, a transformação do ambiente físico e social das escolas e a criação de vínculo e parceria com a comunidade de abrangência (STEWART-BROWN, 2006), o que inclui os serviços de saúde comunitários, como as Unidades Básicas de Saúde e equipes de Saúde da Família.

Nessa perspectiva, o Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, fruto do esforço do governo federal em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Nesse contexto, as políticas de Saúde e Educação voltadas às crianças, aos adolescentes, aos jovens e aos adultos da educação pública estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno deste público (BRASIL, 2015a).

O PSE visa contribuir para o fortalecimento de ações que integram as áreas de Saúde e Educação no enfrentamento de vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes brasileiros; ampliar as ações de saúde para estudantes da rede pública de educação básica e apoiar o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada (BRASIL, 2015b).

Segundo a Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, com a adesão ao PSE os municípios devem realizar no período do ciclo 12 ações prioritárias conforme demanda da escola, indicadores de saúde e demais indicadores sociais (violência, gravidez na adolescência, evasão escolar, etc.) e outras de interesse do município, pertinentes às questões locais que envolvam o público do Programa. As ações são as seguintes: Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável; Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS; Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos; Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas; Prevenção das violências e dos acidentes; Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor; Verificação da situação vacinal; Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; e Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (BRASIL, 2017).

Para que as ações sejam desenvolvidas, é necessária articulação entre os profissionais da saúde e da educação, objetivando realizar construções compartilhadas de saberes sustentado pelas histórias individuais e coletivas, com papéis sociais distintos – professores, educandos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, entre outros sujeitos – para que as práticas em Educação e Saúde formem cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade (BRASIL, 2015a).

Sendo assim, o presente trabalho teve o objetivo de promover oficinas para o planejamento integrado das ações de avaliação, promoção e educação em saúde no âmbito do PSE, a serem desenvolvidas nas escolas, através da formação de grupos de trabalho composto por profissionais da saúde e educação municipal e estadual.

## METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo, tendo como público alvo os profissionais da saúde (representantes da Estratégia Saúde da Família – ESF –, Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF –, e gestão) e da educação (diretores, coordenadores pedagógicos e gestão) do município de Maceió/AL.

A adesão ao PSE ciclo 2017/2018 deste município, foi realizada em junho de 2017, sendo composta por 79 escolas, das quais 30 pertencem a rede de ensino estadual e 49 a rede de ensino municipal, totalizando 34.042 educandos. Cada escola possui uma equipe da ESF como referência, sendo que algumas destas equipes estão vinculadas a um dos 08 NASF do município.

Foram realizadas 02 (duas) oficinas em momentos diferentes, sendo o primeiro dia para as escolas da rede de ensino estadual e o sendo dia para as escolas da rede de ensino municipal, cada um deles com duas etapas distintas. A primeira parte delas foi para apresentação do Programa Saúde na Escola (PSE) ciclo 2017/2018, suas 12 ações prioritárias e o sistema de monitoramento deste Programa, estabelecido pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Na segunda etapa houve a formação do grupo de trabalho (GT) de cada escola, sendo composto por profissionais da saúde e educação e coordenado por um técnico de Gerência de Promoção e Educação em Saúde (GPES) da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/AL (SMS). A seguir, este GT recebeu material contendo o resumo da Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017 (BRASIL, 2017), os modelos de preenchimento das fichas de atividade coletiva do e-sus para o monitoramento do programa, o termo de recusa de vacina do HPV, um modelo de lista de frequência para as atividades educativas e uma ficha de acompanhamento e planejamento das ações do PSE, para nortear o planejamento integrado das ações de avaliação, promoção e educação em saúde no âmbito do PSE.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As oficinas tiveram um total de 30 escolas e 33 equipes da Estratégia Saúde da Família, estando presentes 123 profissionais da saúde e da educação. A primeira oficina teve a participação de 53,3% das escolas e 95,4% das equipes de ESF, e a segunda teve 58,33% de escolas participantes e 70,6% de equipes de ESF, conforme Tabela 1.

**Tabela 1.** Perfil do público participante das oficinas de planejamento integrado das ações de avaliação, promoção e educação em saúde no âmbito do PSE, realizadas em Maceió/AL, no ano de 2017.

Oficinas	Equipes de ESF		Escolas		Total de participantes
	n	%	n	%	n
Oficina 1. Escolas Estaduais	21	95,40	16	53,30	66
Oficina 2. Escolas Municipais	12	70,60	14	58,33	57
Total	33	84,61	30	55,55	123

Durante a apresentação da primeira etapa da oficina, houve participação ativa dos profissionais da saúde e da educação, esclarecendo dúvidas quanto às ações a serem realizadas e sobre o sistema de monitoramento.

Na etapa seguinte, após a formação dos grupos de trabalho, os respectivos membros, de posse do material disponibilizado, iniciaram o processo de planejamento integrado das ações de avaliação, promoção e educação em saúde no âmbito do PSE, conforme alguns critérios, tais como: demanda da escola, níveis de ensino, indicadores de saúde e educação e demais indicadores sociais pertinentes às questões locais que envolvessem o público do Programa. Cada grupo discutiu sobre o diagnóstico situacional, avaliando as especificidades do ambiente escolar, social e de saúde do território.

Momentos de discussão como este, são necessários para implementação dos princípios e das diretrizes do PSE, fazendo com que o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações sejam realizados de forma efetiva e integrada, com o apoio da equipe gestora para garantir que as metas previstas no Termo de Compromisso Municipal sejam alcançadas.

A Política Nacional de Atenção Básica cita que a gestão do PSE é centrada em ações compartilhadas e corresponsáveis. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) – federal, estadual e municipal –, que são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do programa (BRASIL, 2012).

O processo de formação dos gestores e das equipes de educação e saúde que atuam no PSE é um compromisso das três esferas do governo, e através de oficinas como as que foram realizadas, o GTI Municipal promove

articulações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pela necessidade de formação para a transformação das práticas em saúde. Desta forma, é possível apoiar os atores envolvidos nas ações do território por meio de orientações dialogadas entre saúde, educação e demais políticas públicas na construção de um território saudável, além de contribuir para a inclusão dos temas relacionados a ações integradas de avaliação, promoção e educação em saúde nos projetos políticos-pedagógicos das escolas (BRASIL, 2015a).

## CONCLUSÃO

As oficinas promoveram e fortaleceram a articulação entre os profissionais das equipes de ESF, NASF e gestão da saúde e profissionais da rede de ensino estadual e municipal, contribuindo para a efetivação das ações integradas de avaliação, promoção e educação em saúde no âmbito do PSE. Além disso, contribuíram para a inclusão dos temas relacionados a essas ações nos projetos políticos- pedagógicos das escolas.

Através de momentos de discussão como estes, é possível dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e as adversidades identificados e vivenciados pela comunidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 68 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento orientador: indicadores e padrões de avaliação - PSE ciclo 2017/2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. 19 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento\\_orientador\\_monitoramento\\_pse\\_2017\\_2\\_018.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_orientador_monitoramento_pse_2017_2_018.pdf)>. Acesso em: 5 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 abr. 2017.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. *Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde*. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre, RS: Artmed - Pan-Americana, v. 3, p. 49-76, 2008.

STEWART-BROWN, S. **What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?** WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006. 26p. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/74653/E88185.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf)>. Acesso em: 5 set. 2017

## AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais da saúde (representantes da Estratégia Saúde da Família – ESF, Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF –, e gestão) e da educação (diretores, coordenadores pedagógicos e gestão) do município de Maceió/AL, pela participação ativa e contribuição para o sucesso das oficinas. À Secretaria Municipal de Educação de Maceió (SEMED) e à Secretaria Estadual de Educação de Alagoas (SEE) pelo apoio e mobilização das escolas participantes do programa, e por todas as contribuições das etapas de planejamento das oficinas. Aos secretários de saúde e educação do município de Maceió pela adesão ao PSE e apoio na realização das oficinas.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## AValiação da Qualidade de Vida sob a Ótica da Saúde em Participantes de um Programa de Atividades Físicas Corporativo

**Maria Nilde Plutarco Couto Bem<sup>1</sup>, Pedro Fernandez Fernandes de Oliveira<sup>2</sup>, Maria das Graças Viana Bezerra<sup>3</sup>, Luana Camelo Oliveira<sup>4</sup>, Sara Marques Silva<sup>5</sup>, Igor Gomes Rebouças<sup>6</sup>.**

*1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Divisão de Recursos Humanos, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Curso de graduação em Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*5 Curso de graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*6 Divisão de Recursos Humanos, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: nildebem@gmail.com

Palavras-chave: Qualidade de vida. Atividade física. Saúde do Trabalhador

### INTRODUÇÃO

Para a OMS (2011), Qualidade de Vida (QV) é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida do contexto cultural, assim como a percepção sobre o sistema de valores envolvido em suas metas, expectativas, normas e preocupações da vida. Assim, podemos perceber, que QV é um conceito complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente (PEREIRA et al., 2006).

O termo qualidade de vida engloba diversos aspectos da vida de uma pessoa; do ponto de vista positivo, essa expressão é feita a uma pessoa que tem um grau de satisfação elevado com a vida. Mas uma boa qualidade de vida depende de uma série de fatores, tais como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade (NAHAS, 2001).

Ou seja, a QV está diretamente relacionada com a saúde, no sentido de que se refere não só à forma como as pessoas percebem seu estado geral de saúde, mas também o quanto física, psicológica e socialmente estão e compreendem sua capacidade de realização das atividades diárias (TOSCANO; OLIVEIRA, 2009). Para SOUSA, GALANTE e FIGUEIREDO (2003), qualidade de vida inclui diferentes dimensões da vida, sendo que os modelos que a avaliam incluem desde a satisfação com a vida, bem-estar social, até modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Sendo assim, podemos inferir que a avaliação de qualidade de vida é importante para dimensionar as condições de vida de um sujeito ou grupo, e tem sido realizada basicamente pela administração de questionários, que é uma forma de exame objetivo e permite compreender situações relacionadas aos aspectos funcionais, sociais e emocionais (MONDELLI; SOUZA, 2012).

Um dos fatores que tem sido associado com a melhora da qualidade de vida é a prática de exercícios físicos (CHIPPERFIELD et al., 2008). A participação em atividades esportivas tem sido incentivada devido a seus benefícios à saúde, que predispõe o indivíduo a uma melhor qualidade de vida em contextos que variam desde o simples prazer de jogar até os benefícios físicos, psicológicos, sociais e, por isso, abrange diversas faixas etárias (BENEDETTI, SCHWINGEL, TORRES, 2011).

Considerando esses aspectos, este trabalho foi realizado no âmbito de um Programa Qualidade de Vida elaborado e gerenciado pela Divisão de Recursos Humanos, sob a aprovação da Vice-Reitoria de Administração de uma Universidade privada mantida por uma Fundação sem fins lucrativos. Entre os objetivos deste programa estão: promover a saúde, melhorar a qualidade de vida, assim como a integração entre os empregados, e possibilitar melhorias no clima organizacional, fortalecendo o vínculo com a Instituição. O Programa é dividido em seis eixos: Cultura, Educação, Integração, Meio Ambiente, Saúde e Solidariedade. O Eixo Saúde contempla ações que visam estimular e incentivar a melhoria e o cuidado com a saúde, através da participação dos empregados em atividades que incentivam a prevenção e manutenção da saúde. O Programa "Movimente-se", integrante desse conjunto de ações, tem como objetivo estimular a prática de atividade física, como mais uma forma de melhorar a qualidade de vida dos funcionários. O objetivo do trabalho foi avaliar a qualidade de vida, sob a ótica da saúde, dos participantes do Programa.

### METODOLOGIA

Foram aplicados questionários para avaliação da qualidade de vida sob a ótica da saúde em empregados participantes do programa de atividades físicas "Movimente-se", oferecido gratuitamente por Universidade

privada no contexto de seu Programa de Qualidade de Vida. O instrumento utilizado para mensuração da QV dos participantes do estudo foi o questionário SF-36 v.2 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey version 2*). Segundo Ciconelli et al. (1999) este é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O questionário apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado de saúde. Os resultados dos participantes foram comparados individualmente com os dados normativos brasileiros do questionário, publicados em 2013 na Revista Brasileira de Epidemiologia (LAGUARDIA et al, 2013), considerando o gênero e a faixa etária, para uma análise quantitativa das informações obtidas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram respondidos 36 questionários por empregados participantes, dos mais diversos setores da instituição, sendo 21 do sexo feminino e 15 do masculino. Os participantes tinham entre 24 e 53 anos de idade, com média de 36,9 ± 7,6 anos e mediana de 37 anos. O tempo de prática de atividade física e de participação no Programa também foi muito variado. Considerando o tamanho amostral pequeno, com grandes desvios padrões na maioria das variáveis avaliadas, para fins comparativos consideramos somente as informações das escalas ou componentes do questionário padronizado (SF-36 v.2), comparando os resultados individuais com o intervalo de confiança de 95% para a média da população naquele gênero e faixa etária, conforme publicação de Laguardia, J. et al (2013). Assim, determinamos para cada respondente se estava significativamente superior, inferior ou na média da população brasileira. Os melhores resultados no universo de participantes foram encontrados nos componentes “Limitação por aspectos físicos” e “Aspectos Emocionais”, onde 32 dos 36 (89% dos respondentes) estavam acima da média da população para seu gênero e faixa etária, com 11% abaixo. Quando analisamos separadamente por gênero, entre os homens, destacou-se isoladamente o resultado de “Limitação por aspectos físicos”, onde 93,3% dos respondentes estiveram significativamente acima da média para sua idade com relação à população brasileira do sexo masculino. Já entre as mulheres, teve destaque os “Aspectos Emocionais”, onde 90,5% das respondentes tiveram resultados significativamente acima da média para sua faixa etária na população brasileira feminina. O componente “Dores” foi o que obteve o pior resultado, com 75% apresentando escores significativamente abaixo da média brasileira por seu gênero e idade. Entre os homens, 80% apresentou-se com piores resultados em “Dores” do que a média para sua faixa etária em relação à população brasileira de seu gênero, enquanto entre as mulheres foram 71,4%.

## CONCLUSÃO

Em praticamente todas as escalas ou componentes avaliados no SF-36 v.2, a maioria dos participantes do programa “Movimente-se” do eixo Saúde do Programa de Qualidade de Vida da instituição apresentam resultados significativamente superiores à média brasileira para seu gênero e faixa etária. A análise dos dados nos permite direcionar o Programa de Qualidade de Vida para proporcionar intervenções focadas nos aspectos mais deficitários dos empregados em relação à média da população, através do entendimento das queixas, das carências e da valorização dos seus pontos fortes. Por exemplo, nessa população específica, é importante identificar a natureza e causa das “Dores”, afim de direcionar intervenções que melhorem esse aspecto. Outros estudos de natureza comparativa, como um coorte, podem permitir, não só o direcionamento do Programa, como a avaliação sua eficácia. Além disso, a ampliação da aplicação dos questionários em outras amostras de empregados da mesma instituição permitiria análises mais acuradas relacionando outros fatores possivelmente associados com resultados significativamente diferentes da média nacional, como cargo, função, setor, tempo de empresa, hábitos, gênero, entre outros.

## REFERÊNCIAS

BENEDETTI, T.R.B; SCHWINGEL, A.; TORRES, T.L. Physical activity acting as a resource for social support among older adults in Brazil. **Journal of human sport & exercise**, 6(2), 452-461, 2011.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, B.M.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36).

**Rev Bras Reumatol**, v. 39 - NE 3, Mai/Jun, 1999.

CHIPPERFIELD, J.G.; NEWALL, N.E.; CHUCHUMACH, L.P.; SWIFT, A.U.; HAYNES, T.L. Differential determinants of men's and women's everyday physical activity in later life. **Journal Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, 63(4), S211-S218, 2008.

LAGUARDIA, J. et al. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. **Rev Bras Epidemiol.** 16(4): 889-97, 2013.

MONDELLI, M. F. C. G.; SOUZA, P. J. S. Qualidade de vida em idosos antes e após a adaptação do AASI. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 78, n. 3, p. 49-56, maio/junho 2012.

NAHAS, M.V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida**. Londrina (PR): Midiograf. 2001.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **A atividade física**. Recuperado em 06 setembro, 2017, de: [http://www.who.int/topics/physical\\_activity/es/index.html](http://www.who.int/topics/physical_activity/es/index.html), 2011.

PEREIRA, R.J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

SOUZA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bemestar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 364-371, 2003.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C; Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade Física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 15, n. 3, p. 169-173, maio/jun. 2009.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos à Gerência de Recursos Humanos e à Vice-Reitoria de Administração da Universidade de Fortaleza, aos professores/instrutores e participantes do Programa Movimento-se.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECIMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS POR ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA

Gerema Keyle Teles de Souza<sup>1</sup>, Bruna Passos Vieira<sup>2</sup>, Carla Emanoela de Melo Brasilino<sup>3</sup>, Thecia Larissa da Silva Ribeiro<sup>3</sup>, Liene Ribeiro de Lima<sup>4</sup>, Lara Leite de Oliveira<sup>5</sup>

*1 Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Quixadá-Ceará-Brasil.*

*2 Enfermeira pelo Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Quixadá-Ceará-Brasil.*

*3 Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Quixadá-Ceará-Brasil.*

*4 Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará/UFC. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/UFC. Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). Fortaleza-Ceará-Brasil*

*Palavras-chave: Ambiente Escolar. Saúde do Adolescente. Educação Sexual. Prevenção.*

### INTRODUÇÃO

A adolescência é definida como um processo de ciclo vital, marcada pela qualidade e quantidade das transformações que acontecem nessa fase (GARBIN et al., 2010). Bechara et al. (2013) contribuem na definição da adolescência ao dizer que referido período compreende um processo que engloba a construção da identidade, a descoberta da sexualidade, a formação de grupo de amigos, a adoção de novos valores e uma experimentação de novos papéis importantes na construção de seu próprio mundo. Neste momento, este público começa a definir suas atividades, aspirações, relações afetivas e sexuais.

Esse período de transição entre a infância e a vida adulta é caracterizado por indecisões e sentimentos conflituosos principalmente relacionados a vivência da sexualidade. Nesta fase aparecem muitas dúvidas, por isso é um grupo que precisa de uma atenção diferenciada, pois muitos iniciam a vida sexual quando ainda não possuem conhecimento adequado sobre sexualidade, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e como preveni-las (JARDIM et al., 2013)

As IST são infecções transmitidas principalmente através do contato sexual e essas são causadas por vírus, bactérias e protozoários. Referidas patologias possui uma alta incidência e prevalência, estando essa associada a importante causa de morbimortalidade no mundo (THEOBALD et al., 2012). Ressalta-se que as DST constitui um grave problema de saúde pública, pois afetam muitas pessoas e os sinais e sintomas são de difícil identificação. Esses agravos à saúde estão relacionados à ausência de uma busca precoce por uma assistência especializada e qualificada por ainda existir tabus, desinformações, constrangimento e preconceito a tais patologias (JARDIM et al., 2013).

A maioria das IST ocorre em adolescentes, pois é nessa fase que se inicia a vivência da sexualidade, e caracteriza-se por práticas sexuais desprotegidas, problema que acontece devido à falta de informação, pouca comunicação com a família, ausência de uma educação sexual, mitos e tabus, assim como também pelo medo de assumir sua vida sexual. A curiosidade e a procura por novas experiências juntamente com a falta de orientação sobre as mudanças que ocorrem nessa fase permitem que esses adolescentes tornem-se mais vulneráveis às infecções por IST (CARLETO et al., 2010).

As IST apresentam grandes complicações reprodutivas para os adolescentes, pois quando estas patologias não são tratadas, podem causar esterilidade, câncer do colo do útero, Doenças Inflamatórias Pélvicas (DIP), gravidez ectópica, infecções puerperais e recém-nascidos de baixo peso, assim como também provocam problemas de autoestima, podendo influenciar na vida social do adolescente (GARBIN et al., 2010).

Segundo Theobald et al. (2012), as práticas preventivas de IST acontecem a partir do momento em que se possui conhecimento sobre estas. Como a adolescência é o período em que se desenvolvem muitas dúvidas, curiosidades e descobertas é o momento certo para buscar intervenção e orientação. As iniciativas de educação em saúde são uma forma de aumentar o nível de conhecimento desses adolescentes, o que pode influenciar nas atitudes, levando assim às práticas sexuais saudáveis. Referida educação sexual é de fundamental importância, pois permite que esses jovens possam conhecer seu próprio corpo e conseqüentemente cuidarem melhor de si mesmo.

Nesse contexto o enfermeiro é um dos profissionais de saúde capacitados para orientar estes adolescentes quanto à sexualidade e a importância do uso do preservativo, assim como na sua correta utilização. Orientação esta que pode ser feita desde o início da vida sexual, o que resulta em hábitos sexuais mais saudáveis. Também

faz parte do papel da enfermagem fazer orientações quanto à sexualidade assim como informar sobre os sintomas e tipos de IST, para que assim sejam informados sobre os riscos que correm caso não possuam práticas sexuais saudáveis (JARDIM; SANTOS, 2012).

Esse estudo permite identificar o conhecimento dos adolescentes acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, que foi realizada em uma escola estadual de ensino médio e profissional localizada no município de Quixeramobim no sertão central do Ceará, durante o período de março e abril do ano de 2015.

A população do estudo foi composta por adolescentes inseridos na faixa etária de 15 a 19 anos, no qual é a idade que estão cursando o 3º ano do ensino médio e estes estão saindo do ensino para atuar profissionalmente. A pesquisa em questão teve como requisito os estudantes da escola pública que estavam presentes em sala de aula no momento da abordagem; entretanto, foram excluídos os adolescentes que possuíam impossibilidade mental para compreender o instrumento.

Os sujeitos da pesquisa passaram por cálculo amostral de população finita, onde foram selecionadas 140 alunos como amostra do tipo aleatório simples. A amostragem do estudo em questão foi do tipo aleatório simples (POLIT, BECK E HUNGLER, 2011).

Para a coleta de dados, ocorreu inicialmente uma abordagem grupal com apresentação do objetivo e o convite para participar da pesquisa para os alunos, durante os intervalos das aulas, dentro de suas respectivas salas de aula. Para aqueles que tiveram interesse em participar do estudo, os adolescentes assinaram o termo de assentimento, como também encaminharam por estes adolescentes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde os pais tiveram ciência do estudo e assinaram referido documento.

Foi aplicado um questionário com questões fechadas juntamente com o instrumento adaptado proposto por Souza, Bona e Galato (2007), o qual permitiu avaliar o conhecimento das DST no público jovem universitário da região sul do Brasil.

O instrumento desse estudo investigou as variáveis socioeconômicas e o conhecimento sobre IST pelos adolescentes, através da indagação da ocorrência de IST, os sintomas nos órgãos sexuais e o conhecimento destes acerca dos métodos de prevenção.

Os dados obtidos analisados pelo programa estatístico EPI INFO 7.0, a fim de obter uma análise estatística descritiva (média, distribuição absoluta e relativa).

Apesquisa em questão obedeceu a todas as recomendações advindas da resolução nº 466/12 e foi encaminhado à Plataforma Brasil, para análise de um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), obtendo aprovação sobre o protocolo 962.151.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram do estudo 140 alunos com idade média de 17 anos ( $DP \pm 0,7075$ ), variando de 15 a 19 anos. Observa um predomínio de entrevistados do sexo feminino (55%), solteiros (97,2%) e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (31,4%).

Colaborando com os resultados, no estudo de Coelho et al. (2011) realizado em escolas públicas de Goiânia com 210 adolescentes, identificou que, maior parte dos adolescentes eram do sexo feminino (51%), com faixa etária entre 15 e 19 anos (97,6%) e serem solteiros (95,2%).

Ao questionar sobre as formas de transmissão de IST que os adolescentes conhecem, foi percebido uma grande prevalência do sexo sem camisinha em 97% dos entrevistados. No estudo de Carleto et al. (2010), realizado com 499 adolescentes em escolas públicas de Cuiabá-MT assemelhou-se aos resultados quando considerou 100% de acertos ao assinalarem as formas de transmissão de IST, incluindo sexo sem camisinha e compartilhamento de seringas e agulha.

Em contrapartida ao achado do estudo, a pesquisa de Costa et al. (2013), efetuado em Imperatriz- MA com 295 alunos de escolas públicas, verificou que os adolescentes relacionam como forma de transmissão das IST a transmissão sexual, sangue contaminado e transmissão vertical.

Foi visto que as IST mais conhecidas pelos adolescentes são a Aids (96,43%), Gonorreia (80%), Sífilis (79,29%) e Herpes Genital (79,29%). Percebe-se que as demais possuem uma baixa porcentagem de conhecimento. Colaborando com os resultados, no estudo de Theobald et al. (2012) realizado em Canoas- RS com 185 alunos em uma escola pública também identificou que com relação ao conhecimento geral das DST, 91% disseram conhecer alguma DST, dentre elas: AIDS, Sífilis e Gonorreia.



Quando indagados sobre os métodos que estes adolescentes conhecem para prevenir as IST, 51,43% informaram conhecer o preservativo, e os demais citaram o preservativo juntamente com outros métodos. Referido achado vai ao encontro do estudo de Jardim et al. (2013), que foi realizado com 30 adolescentes de uma escola pública de Diamantina em Minas Gerais, onde os adolescentes relataram que a principal forma de prevenção das IST é praticar o sexo seguro com camisinha

## CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que o preservativo é o método de prevenção mais conhecido pelos adolescentes e, aliado a essa orientação, é visto que a escola é a forma que esses adolescentes têm mais acesso para obter informações sobre sexualidade e IST, porém é percebido um desconhecimento acerca de algumas destas doenças.

Portanto, a escola é um importante cenário para a implementação de educação em saúde durante as aulas e o desenvolvimento de palestras através de ações do Programa Saúde na Escola desenvolvida pelos profissionais de saúde, onde se encontra a enfermagem com papel essencial na prevenção de doenças. Sendo necessário incluir uma ligação mais eficaz entre o trinômio educação-saúde-adolescente facilitando assim o empoderamento em saúde destes e por conseguinte a promoção e prevenção em saúde através de ações educativas direcionadas a prevenção das IST.

Como na adolescência ocorre uma iniciação da vida sexual, torna-se necessário a ampliação de informações sobre essas doenças, tendo como alvo a prevenção. Nesta fase de vida, é o período em que surgem muitas dúvidas, descobertas e curiosidade em relação ao sexo, por isso é importante intervir e orientar este público, a fim de reduzir futuramente a contaminação precoce por IST. Dessa forma, espera-se reduzir a vulnerabilidade e comportamento de risco durante a vivência da sexualidade na adolescência.

## REFERÊNCIAS

- BECHARA, A. M. D.; GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M.; FACUNDES, V. L. D. Na brincadeira a gente foi aprendendo: promoção de saúde sexual e reprodutiva com homens adolescentes. **Rev. Eletr. Enf.** v. 15, n. 1, p. 25-33, jan-mar. 2013.
- CARLETO, A. P.; FARIA, C. S.; MARTINS, C. B. G.; SOUZA, S. P. S.; MATOS, K. F. Conhecimentos e práticas dos adolescentes da capital de Mato Grosso quanto às DST/AIDS. **DST - J bras Doenças Sex Transm.** v. 22, n. 4, p. 206-211. 2010.
- COELHO, R. F. S.; SOUTO, T. G.; SOARES, L. R.; LACERDA, L. C. M.; MATÃO, M. E. L. Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de Goiânia. **Revista de Patologia Tropical.** v. 40, n. 1, p. 56-66, jan- mar. 2011.
- COSTA, A. C. P. J.; LINS, A. G.; ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. M.; GUBERT, F. A.; VIEIRA, N. F. C. Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz-Maranhão. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 3, p. 179-186. 2013.
- GARBIN, C. A.; LIMA, D. P.; DOSSI, A. P.; ARCIERI, R. M.; ROVIDA, T. A. Percepção de adolescentes em relação a doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos. **DST - J bras Doenças Sex Transm.** v. 22, n. 2, p. 60-63. 2010.
- JARDIM, D.P.; SANTOS, E. F. Uso de preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual. **Adolesc. Saude.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 37-44, abr-jun. 2012.
- JARDIM, F. A.; CAMPOS, T. S.; MATA, R. N.; FIRMES, M. P. R. Doenças sexualmente transmissíveis: a percepção dos adolescentes de uma escola pública. **Cogitare Enferm.** v. 18, n. 4, p. 663-8, out-dez. 2013.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Compreensão do delineamento da pesquisa quantitativa. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p.180.
- SOUZA, F. G.; BONA, J. C.; GALATO, D. Comportamento de jovens, de uma Universidade do Sul do Brasil frente à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** v.19, n. 1, p. 22-29. 2007.
- THEOBALD, V.D.; NADER, S. S.; PEREIRA, D. N.; GERHARDT, C. R.; OLIVEIRA, F. J. M. A universidade inserida na comunidade: conhecimentos, atitudes e comportamento de adolescentes de uma escola pública frente a doenças sexualmente transmissíveis. **Revista da AMRIGS.** Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 26-31, jan- mar. 2012.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter dado força e guiar a construção desse trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PREVENÇÃO DE HEMORRAGIA PERI-INTRAVENTRICULAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

**Juliana Alencar Moreira Borges<sup>1</sup>, Bruna Gessica Cavalcante Eduardo<sup>2</sup>, Cleudilene Alves Ribeiro<sup>2</sup>, Maria Janaídes Alves da Silva<sup>2</sup>, Thaís Marques Lima<sup>1</sup>, Selma Antunes Nunes Diniz<sup>3</sup>**

*1 Centro Universitário Estácio do Ceará. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem.*

*2 Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Enfermeira.*

*3 Prefeitura Municipal de Fortaleza, Enfermeira.*

*4 Faculdade Grande Fortaleza. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: julianaamoreira@hotmail.com*

*Palavras-chave: Doenças do Prematuro. Hemorragia intracraniana. Enfermagem.*

### INTRODUÇÃO

Entende-se por Neonatologia a arte e a ciência do diagnóstico e tratamento dos problemas do recém-nascido (RN) no período que se estende do nascimento ao 28º dia de vida. (SHIMITZ, 2005). O termo prematuridade é definido, segundo a Organização Mundial de Saúde, como o nascimento abaixo de 37 semanas de gestação. Ele pode ser classificado em prematuridade moderada (32 semanas a 36 semanas de idade gestacional), prematuridade acentuada (28 semanas a 31 semanas de idade gestacional) e prematuridade extrema (inferior a 28 semanas de idade gestacional) (LORENA, BRITO, 2009).

O baixo peso ao nascer e a baixa idade gestacional é um dos principais fatores de risco para hemorragia intracraniana, que é a principal patologia neurológica do recém-nascido. Sua manifestação mais comum é a hemorragia peri-intraventricular (HPIV), sendo as outras manifestações, a hemorragia subdural, a subaracnóidea e a cerebelar, menos frequentes. (VOLPE, 2008)

Entre outros fatores de risco para o recém-nascido está: Sexo masculino, prematuridade de membranas, ruptura de bolsa, infecção intra-uterina, sepse precoce, síndrome do desconforto respiratório, pneumotórax, tubo traqueal, frequentes aspirações, acidose metabólica e infusão rápida de bicarbonato de sódio, tipo de parto, tempo de bolsa rota maior ou igual a 24 horas, uso do corticosteroide pelo o RNP T, hipertensão materna, presença de corioamnionite, necessidade de reanimação do recém-nascido na sala de parto, uso de surfactante pulmonar exógeno, ventilação mecânica por mais de dois dias, doença da membrana hialina, RN's transferidos de outro serviço, uso de cateter venoso umbilical, uso de nutrição parenteral, hipoglicemia e complicações da prematuridade (LINDER. et al, 2003).

A HPIV é uma condição de alta incidência em RN pré-termo e ocasiona, em muitos casos, o desenvolvimento de hidrocefalia pós-hemorrágica (HPH) e outras sequelas neurológicas graves, com elevado custo social. A incidência da HPIV oscila em RN com peso inferior a 1.500g, dependendo da população estudada, do tipo de cuidados a ela oferecidos e da metodologia utilizada (BRASIL, 2012).

A principal estratégia para evitar o aparecimento da HPIV é a prevenção da prematuridade. Quando isso não é possível por causas maternas e/ou fetais, é importante que se tomem medidas com vistas a minimizar seus efeitos para que o RN possa se desenvolver de modo adequado ou no melhor de seu potencial (CARTEAUX. et al, 2003).

As sequelas neurológicas decorrentes da HPIV estão diretamente relacionadas ao comprometimento parenquimatoso cerebral e ao desenvolvimento da hidrocefalia pós-hemorrágica. As principais alterações neurológicas são as motoras. Geralmente a lesão é assimétrica, por acometimento das fibras motoras do trato corticoespinal descendente (VOLPE, 2008).

Com base nas considerações citadas acima, cabe aqui levantar uma questão de extrema importância aos propósitos deste estudo: Qual o conhecimento dos profissionais de enfermagem que trabalham com RNPT acometidos por HPIV? Assim o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento desses profissionais com base nessa temática. Sendo assim, a pesquisa justifica-se pela necessidade de novos estudos nesse contexto, visto que a HPIV em RNPT é muito comum, porém pouca explorada e estudada por profissionais que convivem com essa patologia no seu dia a dia.

O conhecimento do profissional da enfermagem no manuseio do RNPT é de suma importância na prevenção da HPIV, tendo em vista que é a enfermagem que presta a assistência direta ao mesmo durante a sua permanência na UTIN, sendo essencial na identificação dos fatores de riscos existentes, estabelecendo medidas e rotinas eficazes na sua prevenção.

A relevância do estudo encontra-se na possibilidade de proporcionar mais informações sobre esse assunto aos profissionais de enfermagem a fim de enriquecer o seu conhecimento. Outro aspecto a ser destacado, seria que este estudo pode contribuir para que esses profissionais, principalmente os enfermeiros, entendam a importância da prevenção dessa patologia e procurem explorar mais essa temática, pois durante o levantamento bibliográfico percebeu-se essa necessidade, já que até então, não foram encontrados artigos publicados da enfermagem a respeito desse assunto e também para sugerir a instituição capacitação com mais frequência para os profissionais sobre essa temática.

O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a prevenção da HPIV em recém-nascidos pré-termos internados na UTI neonatal.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo e de natureza quantitativa no qual foi analisado o conhecimento dos profissionais de enfermagem da UTI neonatal sobre a prevenção da hemorragia peri -intraventricular no recém-nascido pré-termo.

O estudo foi realizado nas UTIN da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, (MEAC), situada no município de Fortaleza, que está ligada diretamente a Universidade Federal do Ceará. Além da formação de profissionais ligados à saúde, a MEAC presta serviços assistenciais à comunidade através de convênios com o SUS, tanto para internações como para o atendimento ambulatorial.

O período da coleta de dados estende-se desde outubro de 2016 até novembro deste mesmo ano.

A população foi constituída por profissionais de enfermagem de nível médio e superior, que compõem a equipe de enfermagem da UTIN da MEAC, totalizando um quantitativo de 76 profissionais nos quais são 20 enfermeiros e 56 técnicos de enfermagem no qual participaram do estudo 47 profissionais e 29 entraram no critério de exclusão, folgas, abono, férias, licença saúde e tempo de serviço menor que 1 ano.

Os critérios de inclusão utilizados foram, profissionais de enfermagem que trabalham na unidade, que já cuidaram de pacientes acometidos pela HPIV, e que tenham no mínimo um ano de experiência na instituição. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam de licença saúde e folga no momento da coleta de dados.

Os dados foram coletados através de questionário semiestruturado (APÊNDICE A), no qual foi abordado aspectos relacionados ao conhecimento dos profissionais de saúde da UTIN da MEAC sobre prevenção de HPIV. Os profissionais foram abordados em um momento oportuno de seu horário de trabalho e individualmente nos períodos manhã, tarde e serviço noturno . Sendo convidados a participar da pesquisa, após lerem o termo de consentimento livre esclarecido e assinarem, foi entregue um questionário relacionado ao tema.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da MEAC sobre o parecer 1.771.800., obedecendo às diretrizes e normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), com observação e preservação nos princípios bioéticos fundamentais ao indivíduo, de autonomia, beneficência (incluindo não-maleficência) e de justiça. Os sujeitos abordados no estudo foram esclarecidos sobre seus objetivos, quando foi assegurado, de forma digna, o respeito ao anonimato, bem como a possibilidade deles se retirarem a qualquer momento. Os que concordaram com sua participação no estudo assinaram um termo de consentimento prévio, livre e esclarecido para a pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para a análise dos resultados foram expostas as variáveis categóricas dos profissionais de enfermagem que concordaram em participar da pesquisa. Inicialmente a coleta de dados teria uma amostra de 76 profissionais desses, 47 participaram da pesquisa e 29 entraram no critério de exclusão. Foram 34 profissionais de nível médio e 13 de nível superior, durante a pesquisa foram encontradas dificuldades de retorno do questionário por parte dos profissionais de nível superior e algumas dúvidas com relação à sigla HPIV.

Em relação às variáveis sócias demográficas dos participantes, verificou que a média de idade foi de 35 anos, com idade mínima de 21 anos e máxima de 65 anos, demonstrando a jovialidade entre os profissionais de enfermagem e a disponibilidade para o mercado de trabalho, estudos relata que a força de trabalho dos profissionais de enfermagem no Brasil é majoritariamente jovem, com 63,23% na faixa etária entre 26 a 45 anos, no auge na sua força produtiva e reprodutiva. No Ceará a faixa etária para os profissionais de enfermagem é de 26 a 30 anos(18,2%) . (BARRETO et al ,2011),(MACHADO,et al, 2015).

Em relação a formação profissional 34 (72,7% ).são profissionais de nível médio e 13 (27,3%) nível superior a em uma pesquisa realizada recentemente demonstrou que a enfermagem no Brasil é composta por sua grande

maioria por técnicos de enfermagem(80%) e enfermeiros (20%) no Ceará ,técnicos de enfermagem (74,8%) e enfermeiros (25,2), corroborando com os achados na pesquisa, (MACHADO, et al, 2015).

Quanto ao sexo, 46 (97,7%) do sexo feminino e 1(0,3%) do sexo masculino, corroborando com a pesquisa que traça o perfil da enfermagem no Brasil, predominando o sexo feminino na Enfermagem sendo composta atualmente por 84,6%mulheres e 15,4% de homens no ceará 11,2% é do sexo masculino e 88,2% sexo feminino. (MACHADO, et al, 2015).

Quanto ao tempo de formação desses profissionais a média é de 11 anos de formação, com tempo trabalho em média no setor de 8 anos, tempo mínimo de 1 ano e máximo de 26 anos.Com relação a carga horaria, 30 (68,2%) trabalham 36 horas semanais,12 ( 27,2%) 30 horas, 01 ( 2,3%) 40 horas e 01 (2,3%) 44 horas.

Quanta a especialização na área da neonatologia, 15 (34,1%) possui especialização em neonatologia, 01 (2,3%) residência em enfermagem, 05 (11,4%) mestrado e 01 (2,3%) doutorado.Com relação à participação de evento sobre o tema 100% já participaram de algum evento, 21 (47,7%) participaram de educação continuada e 11 ( 25%) participaram de aulas e seminário e 27,3 participaram de orientação sobre o tema.

A enfermagem atua direto na assistência na unidade de terapia intensiva (UTIN) ocupando um papel de destaque nos cuidados direto e contínuo no neonato grave. De acordo com a regulamentação do exercício de enfermagem no Brasil (Lei no 7.498/86 no Artigo 11) cabe privativamente ao enfermeiro o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Estudos demonstra que o perfil do enfermeiro intensivista é característicos do ambiente estudado marcado pelo os seguinte elementos: Predominio do sexo feminino, idade média em torno dos trinta e cinco anos, maioria com ao menos um curso de pós-graduação na modalidade Lato Sensu.(BRASIL, 1986) (RENATA, et al 2014).

#### RESULTADOS SOBRE O CONHECIMENTO NA PREVENÇÃO DA HEMORRAGIA PERI- INTRAVENTRICULAR

Quanto ao conhecimento dos profissionais de enfermagem da unidade de terapia intensiva neonatal sobre a prevenção de hemorragia peri-intraventricular, quando questionados como deve ser a frequência do manuseio e como deve ser realizado nos recém-nascidos pré-termo, 47 (100%) responderam corretamente que de acordo com o protocolo de manuseio mínimo o RNPT na UTIN somente deverá ser manuseado a cada 3 ou 4 horas. Mantendo o RNPT confortável e aninhado (útero) no leito, de preferência em posição fetal, estabelecendo horários de repouso para o RN, reduzindo a luminosidade excessiva e o barulho na unidade. Magalhães, et Al,(2011) em seu estudo objetivou verificar as respostas fisiológicas e comportamentais do recém-nascido internado conclui e verificou a interferência do excesso de manuseio para o bem-estar do RN, considerando como indicadores: respostas fisiológicas e comportamentais, favorecendo seu desenvolvimento neurocomportamental.

Quanto a qual tipo de posicionamento mais adequado aos recém-nascidos pré-termo a fim de prevenir a HPIV nas primeiras 72hrs de vida, 46 (97,7%) responderam manter em decúbito dorsal e a cabeça na linha media. A lateralização da cabeça aumenta estase venosa na região da matriz germinativa predispondo a hemorragia peri-intraventricular (VOLPE,2008).

Com relação as medidas preventivas utilizadas na prevenção da HPIV nas primeiras 72 horas de vida do RNPT, 43 (93,1%) responderam não realizar aspirações de TOT, manuseio mínimo, não pesar, manter temperatura 36,5° à 37°C. O manuseio constante no RNPT deve ser evitado sendo priorizado o manuseio mínimo e não pesar a fim de prevenir o estresse que pode comprometer o desenvolvimento neurocomportamental (BRASIL, 2012). A prevenção da hipotermia na UTIN é papel da enfermagem com o objetivo de manter um ambiente neutro e estável ao neonato, A Organização Mundial de Saúde define como faixa de normalidade a temperatura do RN de 36,5 a 37°C e classifica a hipotermia conforme a gravidade. A hipotermia leva à diminuição da produção de surfactante e aumento do consumo de oxigênio e causa depleção das reservas calóricas, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento de insuficiência respiratória , diminuição do débito cardíaco ,acidose metabólica ,dificuldade na adaptação à vida extrauterina ,hipóxia ,hemorragia peri-intraventricular , morte .(BRASIL,2012).

Quanto às medidas preventivas da HPIV, 12 (27,3%) responderam corretamente, que prevenção da prematuridade, parto cesáreo e uso de corticoides são essenciais na prevenção dessa patologia. Um pré - natal bem assistido, na maioria das vezes tem muita efetividade para evitar um parto prematuro, quando isso não é possível preconiza-se que a gestante seja transportada para centros perinatais especializados em alto risco, isto é, para uma unidade terciária. Estudos mostram que recém-nascidos, quando transportados intra-útero possui em menor probalidaes de serem acometidos por HPIV (ARAÚJO et al 2011). O tipo de parto também é muito importante na prevenção da HPIV, pois um parto vaginal principalmente se for muito demorado, traz maior risco que o cesáreo. O trabalho de parto leva ao aumento da pressão do crânio complacente do prematuro e aumenta o risco de HPIV (CROWLEY, 2006). Estudos comprovam que o uso de corticoide antenatal é uma medida de intervenção preventiva com comprovação na redução da incidência da HPIV, favorecendo a maturação pulmonar e respiratória (VINAGRE ; MARBA; 2010).

Quando perguntado sobre o período de maior risco para a ocorrência da HPIV, 33 (75%) responderam que é na primeira semana de vida, pois além da fragilidade vascular, os fatores hemodinâmicos, relacionados às alterações do fluxo sanguíneo cerebral e da pressão venosa central, agem na matriz germinativa, o que contribui para a ocorrência da HPIV. A maioria dos RN não apresenta sintomas ou apresenta manifestações clínicas inespecíficas, sendo possível sua detecção apenas com exames de imagem para diagnosticar as lesões. A ultrassonografia transfontanelar (USTF) é o principal método de para o diagnóstico in vivo. (VOLPE, 2008; MARGOTO, 2013).

Quanto ao RNPT que apresenta maior risco de desenvolver a HPIV de acordo com sua idade gestacional, 35 (79,5%) responderam corretamente pois a faixa de idade gestacional (IG) mais prevalente é de 25 a 32 semanas. Isto porque a matriz germinativa (MG) começa a involuir, isto é, desaparecer com 28 semanas de IG e até em 34 semanas é para está totalmente ausente (ANNIBALE; HILL, 2003).

Ferreira (2016) em seu estudo realizado nessa mesma unidade no período de 2015/2016 aplicou um bundle no grupo de intervenção e foi analisado o impacto da utilização de um conjunto de boas práticas com o objetivo de reduzir a incidência de HPIV em prematuros, após a realização do estudo foi demonstrado uma redução na incidência da HPIV principalmente nas formas graves demonstrando uma melhoria na qualidade do atendimento ao prematuro da UTINEO/MEAC com a diminuição da incidência de HPIV para 37,1% no grupo de intervenção aplicado, esse estudo corrobora com os achados nessa pesquisa aonde foi demonstrado o conhecimento da prevenção da HPIV pela a maioria dos profissionais que participaram da pesquisa, mostrando a aquisição do conhecimento e a eficácia das boas práticas na prevenção da HPIV na unidade.

## CONCLUSÃO

Esse estudo trouxe a reflexão sobre a importância da prevenção da hemorragia peri-ventricular em RNPT de baixo peso, em que os profissionais de enfermagem exerce um papel de suma importância na aplicação de boas práticas na UTIN visando sua prevenção.

O número de profissionais abordados pode ser apontado como limitações do estudo, visto que inicialmente buscou-se abordar 76 profissionais de enfermagem, sendo que somente 47 participaram do estudo. A coleta de dados foi realizada nos três turnos de trabalho, mas muitos profissionais entraram no critério de exclusão, e a não adesão ao estudo, diminuíram a amostra do estudo.

Destaca-se, como uma dificuldade encontrada durante o estudo a carência de artigos publicados por enfermeiros relacionado ao tema.

Os achados sugerem que os profissionais têm sim um conhecimento sobre a prevenção da patologia, podemos associar esse conhecimento ao estudo realizado na mesma instituição, no qual foi aplicado um bundle (um pacote de boas práticas) na prevenção da HPIV, visto que a instituição possui índices que comprovam uma redução do aparecimento dessa doença nos recém nascidos no último ano em relação aos anteriores.

Para um melhor desempenho na prevenção da HPIV é necessário a capacitação e a educação permanente desses profissionais, estratégias que visam qualificar a assistência, com a consequente minimização da HPIV. A redução da HPIV no neonato principalmente os mais graves traz benefícios enormes a esses bebês, proporcionando-lhe qualidade de vida favorável, tendo em vista que as sequelas da HPIV são sequelas neurológicas associadas a danos motores e cognitivos sofridos a longo prazo por esses sobreviventes.

## REFERÊNCIAS

ANNIBALE, D. J.; HILL, J. Periventricular Hemorrhage—Intraventricular Hemorrhage. Disponível em: URL: [www.emedicine.com/ped/topic2595.htm](http://www.emedicine.com/ped/topic2595.htm). acesso em: 22/11/16

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. Fundamentos de Metodologia: Um Guia para a Iniciação Científica. 3ª Ed. São Paulo: Makron Books, 2007.

BARRETO, Ivete Santos; KREMPEL, Márcia Cristina; HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. Revista Oficial do COFEN – Enfermagem em foco. v. 2, n. 4 p. 251-257. 2011 [SI]. Disponível em <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/195/131>. Acesso em 19/01/17

BRASIL. Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Normas e diretrizes regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria n. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 fev. 2004. Seção 1, p. 37-41

CARTEAUX, P. et al. Evaluation and development of potentially better practices for the prevention of brain hemorrhage and ischemic brain injury in very low birth weight infants. *Pediatrics.*, v. 111, n. 4 pt 2, p. 489-496, 2003.

CARTEAUX, P.; COHEN, H.; CHECK, J.; GEORGE, J.; MCKINLEY, P.; LEWIS, W. Evaluation and development of better practices for the prevention of brain hemorrhage and ischemic brain injury in very low birth weight infants. *Pediatrics* 2003; 111:e489-96.

FERREIRA, D.M. Estudo da aplicação de um bundle na prevenção da hemorragia periventricular em recém-nascidos pré-termos. 2016

LORENA, S.H.T.; BRITO, J.M.S. Estudo retrospectivo de crianças pré-termo no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. *Arq Bras Oftalmol.* 72(3):360-4. 2009;

MACHADO, M. H.; AGUIAR, W. F.; LACERDA, W. F.; OLIVEIRA, E.; LEMOS, W.; WERMELINGER, M.; et al. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Convênio: FIOCRUZ/COFEN). Rio de Janeiro: 28 volumes, NERHUS-DAPS-Ensp/Fiocruz e Cofen; 2015.

MALVEIRA, S.S.; MORAES, A.N.; CHERMONT, A.G.; COSTA, D.L.F.; SILVA, T.F. Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência. *Rev Para Med.* V 20, n1:41-6, 2006.

MARGOTTO, P. R. Assistência ao recém-nascido de risco. 3. ed. Brasília: Escola Superior de Ciências da Saúde, 2013.

MCLENDON, D.; CHECK, J.; CARTEAUX, P.; MICHAEL L.; MOEHRING, J.; SECREST, J. W.; et al. Implementation of potentially better practices for the prevention of brain hemorrhage and ischemic brain injury in very low birth weight infants. *Pediatrics.*;111:e497-503, 2003.

MIRANDA, A. M.; CUNHA, D. I B; GOMES, S. M.F: A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. *Rev. Min. Enf; jul, set., 2010.*

PALMER KG, KRONBERG SS, BARTON BA, HOBBS CA, HALL RW, ANAND KJS. Effect of inborn versus outborn delivery on clinical outcomes in ventilated preterm neonates: secondary results from the NEOPAIN trial. *J Perinatol* 2005;25:270

PAPILE, L.A.; BURSTEIN, J.; BURSTEIN, R.; KOFFLER, H.; Incidence and Evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: a study of infants with birth weights less than 1,500 gm. *J Pediatr*; 92:529-534; 1978

SEGRE CA, COSTA HP, LIPPI UG. *Perinatologia: fundamentos e prática.* São Paulo: Sarvier; 2009.

SCHERLOCK, Maria do Socorro Mendonça et al. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. 2011.

SCHIMITZ, E.M. *A enfermagem em pediatria e puericultura.* São Paulo: Atheneu; 2005.

VINAGRE, LUIS EDUARDO F. et al. Uso antenatal do corticosteroide e hemorragia peri-intraventricular. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 28, n. 3, p. 346-352, 2010.

VOLPE, J.J. Intracranial hemorrhage: germinal matrix-intraventricular hemorrhage of the premature infant. In: Volpe JJ. *Neurology of the newborn.* 5th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; p. 517-88, 2008.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## COMPORTAMENTO RELATIVO À EXPOSIÇÃO E PROTEÇÃO SOLAR DE ALUNOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR FAMETRO

Marcia Maria Gonçalves Felinto Chaves<sup>1</sup>, João Jaime Giffoni<sup>2</sup>, Mirtes Aparecida Alves<sup>3</sup>, Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho<sup>4</sup>

*1 Docente do Curso de Fisioterapia, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO, Fortaleza CE, Brasil.*

*2 Docente do Curso de Fisioterapia, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO, Fortaleza CE, Brasil.*

*3 Docente do Curso de Fisioterapia, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO, Fortaleza CE, Brasil.*

*4 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza–CE-Brasil.*

E-mail: marciagfchaves2@gmail.com

Palavras-chave: fotoenvelhecimento, raios ultravioleta, proteção solar.

### INTRODUÇÃO

O sol é essencial para a vida na terra e seus efeitos sobre o homem dependem das características da pele exposta, intensidade, frequência e exposição aos raios ultravioleta (UV), tais efeitos também vão depender da localização geográfica, estação do ano e período do dia (FLOR, DAVOLOS e CORREA, 2007).

Em certos aspectos pode ser benéfico à exposição solar, como no caso da síntese de vitamina D, mas por outro lado pode trazer grandes consequências à pele como, por exemplo, o câncer de pele e fotoenvelhecimento (VILAGRA, SCALCON e TAIJA, 2011).

A pele além de revestir a superfície externa do nosso corpo também tem funções de proteger, controlar a temperatura, sensorial, estética, absorção dos raios UV, síntese de vitamina D, absorção e eliminação de substâncias químicas (RIBEIRO, 2010).

Ainda sobre a pele Harris (2010), diz que, exposta a um ambiente externo extremamente agressivo, pode ser tida como uma fronteira mediadora entre o organismo e o meio ambiente.

A luz solar é composto de ondas eletromagnéticas de diferentes níveis de energia, ao atingirem a pele essas ondas penetram diferentemente nas camadas da pele, interagindo com as células causando processos degenerativos (HARRIS, 2010).

Os raios ultravioletas (UV) que são ondas de menor espectro são a mais propensa a induzir reações fotoquímicas. Os raios UV são divididos em: UVA (400 – 320nm), UVB (320 – 290nm) e UVC (290 – 200nm) onde o comprimento de onda é o que define suas características (RIBEIRO, 2010).

Sendo assim os raios UVA, de comprimento de onda mais longo, causam alterações na camada mais interna, a derme. Os raios UVB, de comprimento de onda mais curto, causam alterações na camada mais externa, a epiderme. Os raios UVC, não atingem a superfície terrestre, pois são absorvidos pela camada de ozônio (HARRIS, 2010).

Segundo Monteiro (2010), a pele humana possui naturalmente, mecanismos de defesa, como o aumento da pigmentação na pele devido ao aumento de produção de melanina pelos melanócitos, o espessamento do extrato córneo, constituem um dos mecanismos de ação mais eficazes, surgem após alguns dias após a exposição solar e a produção do ácido urocânico, sua distribuição é promovida pela sudorese e é estimulada por UVB, e possui alta capacidade de absorção de energia nesta mesma faixa, porém sua proteção não é duradoura devido à evaporação do suor e perda do ácido urocânico.

Os raios ultravioletas não podem ser sentidos ou vistos, mas podem causar danos à pele em qualquer estação do ano, ate mesmo nos dias nublados (MONTEIRO, 2010).

A exposição excessiva pode apresentar reações agudas (imediatas) como queimaduras, bronzeamento e produção de vitamina D, se desenvolvem e desaparecem rapidamente. Crônicas (em longo prazo) como fotoenvelhecimento e câncer de pele, tem aparecimento gradual e de longa duração (MONTEIRO, 2010).

Segundo Bertoli (2015), a exposição deve ser gradativa, em período de duração crescente (15 a 30 minutos – que serão aumentados aos poucos) e deve – se fazer uso de cosméticos protetores próprios. Não se expor ao sol entre 10h30 e 14h30, quando há predomínio das radiações UV.

O uso de o filtro solar é indicado a partir dos seis primeiros meses de vida, pois os efeitos dos raios UV são cumulativos, e para se ter bom resultado deve ser aplicado de forma correta, com distribuição homogênea e com uma boa camada do produto, devendo ser reaplicado ao longo do dia, a cada 2 ou 3 horas (VILAGRA, SCALCON e TAIJA, 2011).



Os protetores solares são capazes de diminuir os efeitos dos raios ultravioletas por reflexão, dispersão e/ou absorção de UV, estes conhecidos como filtros físicos (inorgânicos) e também como catalisadores, transformando a radiação UV em calor, conhecidos como filtros químicos (orgânicos) (HARRIS, 2010).

Segundo Vanzin e Camargo (2011), usar um fotoprotetor independente da estação do ano, fototipo de pele ou idade, deve ser tratado com a mesma seriedade nos tratamentos preventivos de doenças e, no caso de países tropicais como o Brasil deveria ser distribuído para toda a população gratuitamente, mas já existem projetos de proteção da pele em carteiros e lixeiros.

Diante do exposto, torna-se relevante conhecer o comportamento e os hábitos de exposição solar das pessoas e se estão fazendo a fotoproteção, bem como os possíveis danos cutâneos aos quais estão suscetíveis. Neste sentido, este trabalho objetivou conhecer os hábitos de fotoproteção dos alunos da entidade de ensino superior FAMETRO.

## METODOLOGIA

A pesquisa classifica – se como aplicada no que diz a natureza, em relação ao problema é classificada como quantitativa, quanto ao objetivo é exploratória e descritiva, caracterizou – se como estudo de campo.

O presente estudo foi realizado na entidade de ensino superior e tecnológico FAMETRO, localizada na avenida conselheiro Estelita, nº 500, Fortaleza – CE, No período de setembro a novembro 2016.

Participaram da pesquisa 100 alunos da entidade de cursos variados sem levar em consideração sexo ou idade, onde foram informados sobre o objetivo da pesquisa.

Foi distribuído um questionário para os alunos durante o intervalo das atividades em sala de aula no período noturno. O questionário foi elaborado pelo pesquisador deste trabalho e é composto por perguntas objetivas, onde constam de um cabeçalho onde inclui sexo, idade e profissão, questões incluindo comportamento e hábito relativos à exposição solar.

Diante dos resultados foi feito um levantamento do perfil de cada participante. Os dados obtidos foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva (n, %). O resultado analisado foi agrupado quanto ao perfil dos sujeitos da pesquisa, comportamento frente à exposição solar e a fotoproteção e aos agravos a pele em decorrência da exposição solar.

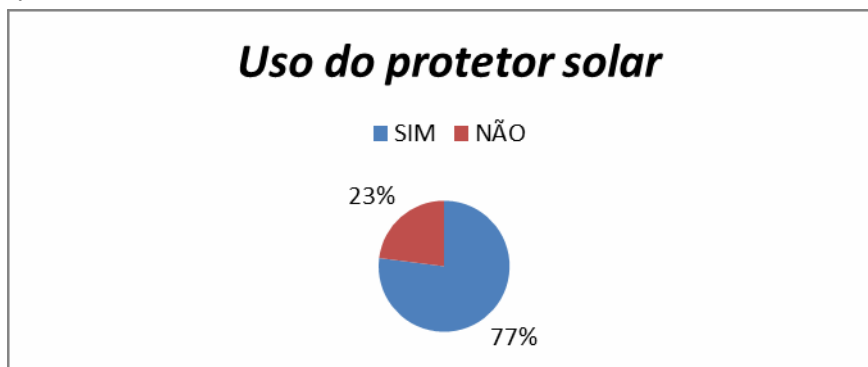
Todos os participantes foram comunicados sobre a pesquisa, qual o verdadeiro intuito e que seus dados seriam resguardados, somente seria levado em consideração às respostas do questionário e que seria mantido em sigilo a identificação de cada participante.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram respondidos 100 questionários, a amostra foi composta por 100 alunos, 73 do sexo feminino e 27 do sexo masculino.

Algumas características dos participantes desse estudo como período de exposição solar e os cuidados com a fotoproteção foram importantes para compreender os resultados desta pesquisa. Dos alunos que responderam o questionário 77% responderam que faz uso do protetor solar e 23% responderam que não faz uso de fotoproteção, assim como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 1: uso do protetor solar

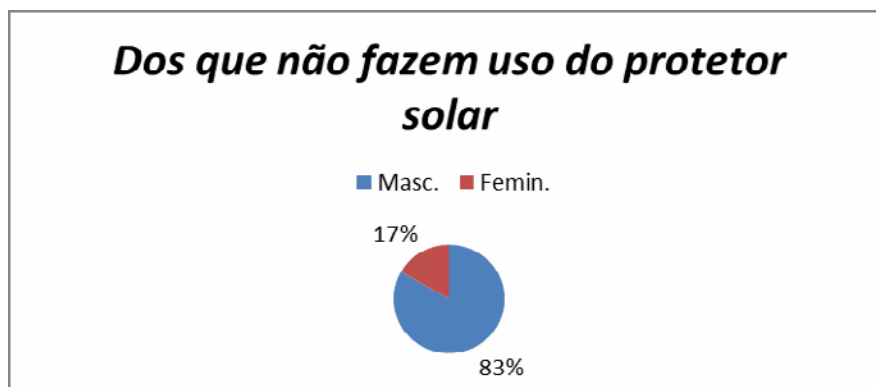


FONTE: autor

Diante do resultado anterior podemos verificar que uma quantidade menor de alunos respondeu que não faz uso do protetor solar e analisando este grupo de alunos o sexo masculino soma 83% e o feminino 17% deste grupo como mostra o gráfico abaixo:



Gráfico 2: sujeitos que não fazem uso do protetor solar



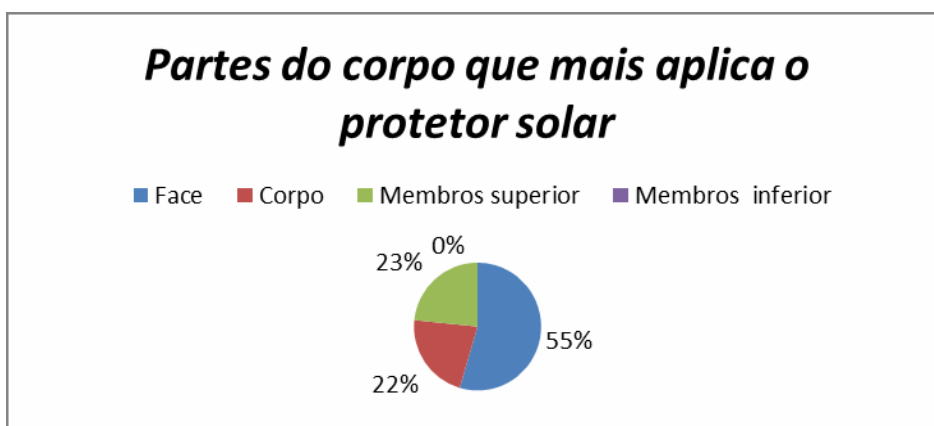
FONTE: autor

No presente estudo observou-se o predomínio do sexo feminino com relação ao uso do protetor solar visto que o sexo feminino procura mais se proteger por vários motivos. Pesquisadores como Hora (2003), em seu estudo constatou que uma quantidade do sexo feminino faz uso de fotoproteção mais que os do sexo masculino. Também Chorilli et al (2007), constatou em seu estudo que há diferença entre os sexos em relação ao uso do filtro solar, sendo que as mulheres fazem uso esporádico, na maioria da vezes, enquanto os homens não utilizou fotoproteção.

Estudos revelam que por preocupação com a beleza estética as mulheres utilizem mais o filtro solar uma vez que o método de fotoproteção química com o uso do protetor solar é uma estratégia eficaz para reduzir os agravos dos raios ultravioletas á qual a pele esta exposta (COSTA e WEBER, 2004).

Perguntou-se em que partes do corpo aplicam o filtro solar, a face foi a mais revelada com 55%, já que é a parte do nosso corpo que fica mais exposta, em segundo vem os membros superiores com 23% e o corpo todo com 22% os membros inferiores não somaram.

Gráfico 3: partes do corpo que não faz uso do protetor solar

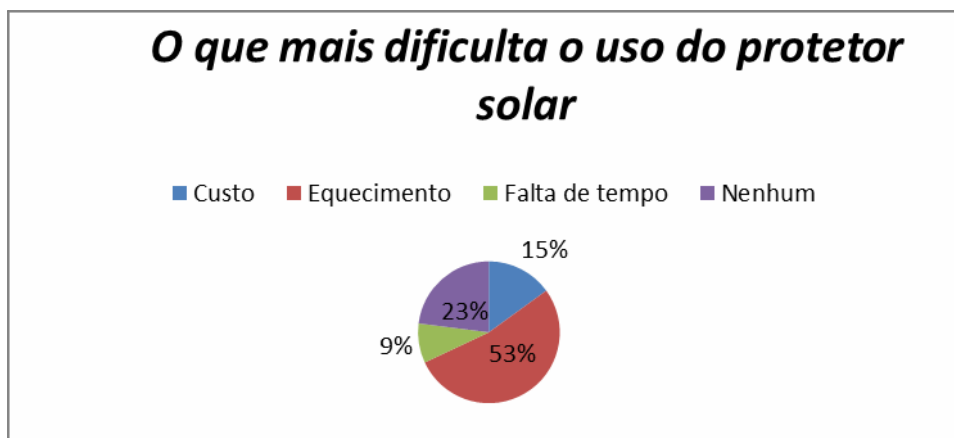


FONTE: autor

Hora et al (2003), em seu trabalho de avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer de pele e sua relação entrevistados com exposição solar, tem resultados diferentes, onde entrevistados protegiam tanto o rosto quanto o corpo, outros protegiam somente o rosto. Apesar das manifestações do fotoenvelhecimento e de câncer de pele serem mais frequentes na face, não se deve deixar de proteger as outras áreas do corpo, pois as radiações solares conseguem transpor roupas e agredir a pele (MENG e KRUTMAN, 2003).

Diferentes fatores interferem no uso do protetor solar como mostra o gráfico:

Gráfico 4: fatores indicados como dificultadores para adoção a fotoproteção



FONTE: autor

Constatou-se que 53% dos alunos não fazem uso do protetor solar devido a associação de fatores como esquecimento e falta de hábito, outros 15% relataram o custo do protetor solar como fator para não fazer uso de fotoproteção. Falta de tempo representou 9% e 23% relataram que nenhum fator interfere no uso do protetor solar.

CARVALHO et al (2008) corroboram o trabalho ao constatarem que indivíduos analisados em seu estudo não usou protetor solar, devido a falta de hábito ou esquecimento, mesmo tendo conhecimento da importância da fotoproteção. Apesar de esta pesquisa apresentar um número restrito de sujeitos, constata-se a necessidade de estabelecer estratégias educativas, bem como motivá-los ao uso da fotoproteção. A falta de implementação de ações de saúde com o intuito de sensibilizá-los sobre os danos a que estão expostos em relação a radiação solar.

## CONCLUSÃO

Neste trabalho avaliou-se o comportamento dos alunos referente a exposição e proteção solar e constatou-se que a maioria se expõe excessivamente ao sol sem o uso do filtro solar.

Questões como valor aquisitivo, esquecimento e falta de hábito, são relatados pelos participantes pela falta do uso do protetor solar.

Numa visão geral os participantes da pesquisa mostraram-se conscientes dos malefícios do sol, porém não utilizam os métodos de proteção da maneira adequada e o conhecimento adquirido não é o suficiente para conscientizá-los sobre os agravos provocados pelo sol.

Diante do exposto, pode-se concluir que se faz necessário a conscientização da população para o uso do protetor solar, pois, este é um procedimento de interesse de saúde pública, já que se pode observar os perigos a saúde relacionados a radiação UV, podem ser minimizados.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. S. A.; MARIA, M. D. B. Avaliação do conhecimento quanto à prevenção do câncer de pele e sua relação com a exposição solar na população da vila rural Ricardo Brunelli - Maria Helena/PR. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 10, n. 1, p. 29-33, jan./abr., 2006.
- BIOQUIMICA DA BELEZA. Curso de verão, versão revisada, net, São Paulo, abril, 2005. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAGQcAC/bioquimica-beleza>.
- BERTOLI, L. Estética. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- CARVALHO, K. D.; ALVES, R. R. S.; FUNGHETTO, S. S.; REIS, P. E. D. Estratégia de Educação em Saúde na Prevenção do Câncer de Pele por Agentes Comunitários de Saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem do UNIEURO. Brasília, v.1, n.3, set/dez, 2008.
- COSTA, F. B.; WEBER, M. B. Avaliação dos hábitos de exposição ao sol e de fotoproteção dos universitários da região metropolitana de Porto Alegre, R.S. Anbras Dermatol, 2004 ;79(20):149-55.
- CHORILLI, M.; OTTO, T.; ALVES I. F.; CAVALLINI M. E.; LEONARD, G. E. Avaliação do uso de protetores solares pela população rural de Piracicaba. Ver Brasfarm 2007; 88 (4):167-72.
- FLOR, J.; DAVALOS M. CORREIA M.A. Protetores solares. Rev Quím Nova, São Paulo, v. 30, n. 1, jan – Fev, 2007.

GARCIA, S. et al. Avaliação do FPS por método in vivo. *Cosmetics & Toiletries* 1992 4(1): 26-29 HAARRIS, M.I.N.C. *Pele: estrutura, propriedades e envelhecimento*. 3ª ed. São Paulo: SENAC, 2010.

HORA, C.; BATISTA, C. V. C.; BARROS, P.; SIQUEIRA, R.; MARTINS, S. Avaliação do conhecimento quanto a presença do câncer de pele e sua relação com a exposição solar em frequentadores de academia de ginástica em Recife. *And Bras Dermatol*: Rio de Janeiro, 78(6)693-701. Nov./Dez., 2003.

RIBEIRO, C. *Cosmetologia aplicada a dermoestética*. 2ª ed. São Paulo: Pharmabooks, 2010. Nov./Dez., 2003. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. *An Bras Dermatol*. 2006;81:533-9.

VANZIN, S. B.; CAMARGO, C. P. *Entendendo cosmecêuticos: diagnósticos e tratamentos*. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2011.

VILAGRA, J. M.; SCALCON, T. G.; TAIJA, N. Eficácia da utilização do filtro solar na prevenção do fotoenvelhecimento. *Rev Personalité*, São Paulo, n. 74, p. 14 – 15 2011.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECIMENTO DE DOCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA SOBRE COMUNICAÇÃO ESCRITA NA ÁREA DA SAÚDE À LUZ DO LETRAMENTO EM SAÚDE.

Ana Clara Morais Sá Nascimento<sup>1</sup>, Jamilly Souza dos Santos<sup>2</sup>, Whyllane Canuto Pinheiro<sup>3</sup>, Paulo Francisco Reis Barahuna Filho<sup>4</sup>, Rafael Vasconcelos de Araújo<sup>5</sup>, Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos<sup>6</sup>

1 Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [anaclara-morais@hotmail.com](mailto:anaclara-morais@hotmail.com)

2 Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [jamillysantossouza@gmail.com](mailto:jamillysantossouza@gmail.com)

3 Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [lane\\_cp@hotmail.com](mailto:lane_cp@hotmail.com)

4 Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [paulobarahuna@hotmail.com](mailto:paulobarahuna@hotmail.com) Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [rafaelaraujo89@hotmail.com](mailto:rafaelaraujo89@hotmail.com)

6 Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [clauvasc@unifor.br](mailto:clauvasc@unifor.br)

E-mail: [lane\\_cp@hotmail.com](mailto:lane_cp@hotmail.com)

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Comunicação escrita. Letramento em saúde.

### INTRODUÇÃO

A comunicação em saúde trata-se do estudo e da aplicação de artifícios para se fazer clara e entendível uma informação, possui o poder de exercer influência sobre o indivíduo e a coletividade na tomada de decisão, facultando a autonomia na promoção da saúde pessoal e coletiva. A partir dessa premissa, é possível englobar: a prevenção de doenças, aconselhar mudanças de comportamento a fim de evitar riscos que venham comprometer a saúde, elucidar sobre a saúde e as doenças, bem como sugerir atividades de autocuidado. Desse modo, sua relevância consiste no aprimoramento das relações entre profissionais de saúde e o usuário do serviço, aperfeiçoamento da qualidade do atendimento e melhoria da acessibilidade dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2004).

Nesse tocante, é imprescindível que a informação em saúde tenha como base a ciência, contudo, se faz necessário que antes de sua replicação, essa seja personalizada e decodificada de acordo com o nível de cultura e cognição do indivíduo. Tal adaptação confere atender as necessidades do usuário, do momento e deve ser pautada na credibilidade, sendo para o usuário compreensível, fácil de memorizar e sólida (TEIXEIRA, 2004).

O profissional de saúde é o responsável por intermediar essa comunicação, facilitando para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) o acesso aos serviços e informações de saúde. No entanto, é possível identificar muitos entraves que percorrem esse processo e impossibilitam essa conversação efetiva entre as partes, como a linguagem, os variados saberes, princípios e especialmente os impedimentos de origens orgânicas advindas de afasias, deficiências auditivas e visuais. Assim, mesmo que haja limitações, deve-se haver uma postura empática para envolver e estimular a participação das pessoas nos serviços de saúde, nas atividades da comunidade e na promoção de práticas saudáveis (CORIOLANO-MARINUS et al., 2014).

Dentro do processo de comunicação, identificam-se duas dimensões da comunicação, a oral e a escrita. A comunicação escrita está relacionada diretamente com a educação e juntamente com a oral compreendem o propósito de atender as carências de aprendizagem do indivíduo. Sabe-se que nas diferentes fases da vida o ser humano adquire competências que determinam seus conhecimentos, habilidades e atitudes, oportunizando a associação do indivíduo frente às maneiras de receber e reagir às mensagens em saúde. Para tanto, o uso de materiais impressos, entre outros meios, visa facilitar que as informações passadas sejam reforçadas, oportuniza discussões orais, é útil como ferramenta para casos de incerteza e apoia a tomada de decisão (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

O uso de materiais escritos subsidia o processo de comunicação e deve possuir vocabulário coerente com a mensagem a qual se pretende transmitir, além de levar em consideração o público-alvo; precisa ser atrativo, de leitura simples, utilizando-se de palavras curtas e conhecidas, com caracteres nítidos e estrutura textual clara, respeitando o espaçamento entre linhas e parágrafos, atentando-se para que a informação seja sucinta e redundante, uma vez que, a repetição das palavras permite melhor compreensão. Entretanto, podem vir a ser prejudicial para a adesão do tratamento, pois se não houver sensibilidade por parte do profissional que está em contato com o paciente para perceber dificuldades de leitura e entendimento, esses, podem sentir-se desencorajados a prosseguir no tratamento (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Aliado aos processos de comunicação, o Letramento em Saúde (LS) caracteriza-se por ser um termo amplo que implica a capacidade dos indivíduos de obter, processar e compreender informações em saúde necessárias para

tomada de decisões pertinentes ao autocuidado e promoção da saúde. Para isso o indivíduo precisa apresentar competência funcional para usar e interpretar informações, incluindo a habilidade de agir mediante mensagens escritas (SANTOS, 2017).

Os profissionais de saúde desempenham papel fundamental na transmissão dessas mensagens aos pacientes de forma adequada ao seu nível de letramento. Entretanto, o cenário atual reflete dificuldades nessa comunicação desde as orientações sobre prevenção de doenças até a adesão do tratamento clínico proposto, devido ao despreparo dos profissionais para elaboração e avaliação de materiais impressos em saúde (VASCONCELOS, 2015).

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar o conhecimento de docentes de cursos de graduação em saúde sobre comunicação escrita com pacientes à luz dos pressupostos do letramento em saúde, considerando o papel deles na formação de profissionais da área.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, transversal de caráter descritivo com abordagem quantitativa, realizado em uma Instituição de Ensino Superior (IES), localizada em Fortaleza – Ceará, envolvendo professores dos cursos de nutrição, odontologia, fisioterapia, medicina, educação física (licenciatura e bacharelado), fonoaudiologia e psicologia.

A amostra foi não probabilística, por conveniência, e incluiu docentes do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UNIFOR que apresentassem alguns critérios de inclusão: ser professor de estágio em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou que desenvolvesse alguma atividade envolvendo atendimento aos pacientes do SUS.

A coleta de dados ocorreu entre julho de 2016 a março de 2017. Os dados foram coletados por estudantes de nutrição, previamente treinados, por meio de um questionário semi-estruturado. Esses questionários foram entregues diretamente aos professores que preencheram o mesmo de acordo com seu conhecimento prévio acerca da utilização da comunicação escrita com seus pacientes. Salienta-se, ainda, que os acadêmicos responsáveis pela coleta de dados ficavam disponíveis para esclarecer possíveis dúvidas sobre as questões. O questionário apresentava variáveis demográficas (sexo e idade), profissionais (curso de graduação que leciona e tempo de docência), assim como questões que avaliavam o conhecimento docente em relação à comunicação escrita do profissional da saúde e paciente.

O conhecimento dos docentes foi analisado a partir do referencial teórico do letramento em saúde (OSBORNE, 2013).

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando frequência, percentual média e desvio padrão. Além disso, destaca-se que a coleta de dados teve início somente após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (parecer 1.706.430) e consentimento dos selecionados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No presente estudo foi avaliado o conhecimento docente em relação à comunicação escrita entre profissional de saúde e paciente baseado nos pressupostos do letramento em saúde.

Participaram do estudo 26 docentes com média de idade de 37 anos, sendo a idade mínima relatada de 26 anos e a máxima de 63 anos, sendo a maior parte do sexo feminino (81,8%). Constatou-se também maior prevalência de jovens docentes com idade inferior a 35 anos (57,6%). Em se tratando de formação acadêmica, a maioria (84,8%) era mestre. Dentre os cursos de graduação, o de nutrição apresentou maior percentual de docentes (69,7%).

Ao analisar as respostas dos profissionais sobre o conhecimento dos mesmos quanto ao uso de materiais educativos impressos (folder, cartilha) na área da saúde, verificou-se que todos eles julgaram-os importantes ou que contribuem para o aprendizado, conforme pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo (n = 26), docentes do Centro de Ciências da Saúde de uma Instituição de Ensino Superior (IES), quanto as variáveis conhecimento sobre a comunicação escrita entre profissionais e pacientes. Fortaleza, 2017.

Perguntas	Categoria	N	%
O que você pensa sobre o uso de materiais educativos impressos (folder, cartilha) na área da saúde?	Contribui para o aprendizado	03	11,54%
	Acha importante	23	88,46%
Você tem o hábito de elaborar e/ou orientar a elaboração de materiais educativos impressos (folder, cartilha) para pacientes?	Sempre	15	26,92%
	Às vezes	16	61,64%
	Não	3	11,54%
Você já leu algum artigo e/ou livro que abordava como devem ser elaborados os materiais educativos impressos (folder, cartilha)?	Sim, qual?		
	Viu nas disciplinas durante o curso	15	60%
	Outros	2	15,38%
	Não	11	84,62%
Quais as orientações e/ou diretrizes que você segue quando vai elaborar ou orientar a elaboração de um material educativo impresso (folder, cartilha)?	Cita a literatura	8	33,33%
	Não cita a literatura	16	66,67%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Com relação ao hábito de se desenvolver materiais educativos impressos entre profissionais de saúde e paciente, a maioria (61,54%) declarou “às vezes” elaborar materiais, enquanto uma minoria (26,92%) relatou sempre fazer uso desse recurso.

Diante disso, a literatura sugere que essa situação ocorre porque os profissionais de saúde, além dos empecilhos associados à falta de tempo, ainda possuem muitas limitações quanto à adequação de informações ao público-alvo, seguida da necessidade de educação permanente dos profissionais para elaboração de materiais escritos em saúde (VASCONCELOS, 2015).

Quando questionados sobre a leitura de artigos e/ou livros acerca da elaboração de materiais educativos impressos em saúde, constatou-se que a maioria (60%) dos docentes já havia entrado em contato com o tema outrora. Entretanto, quando indagados sobre quais as orientações e/ou diretrizes que eram seguidas para a elaboração de um material educativo impresso, o maior número deles (66,67%) relatou diretrizes não encontradas na literatura sobre letramento em saúde. Vale ressaltar que dentro do percentual de docentes que entraram em contato com instruções sobre elaboração de impressos, apenas uma minoria (15,38%) obtiveram essas informações em disciplinas durante sua formação acadêmica. Assim, reforçar-se a necessidade de discutir melhor essa temática durante a formação de profissionais de saúde.

Assim, a vista que os profissionais de saúde, elaboradores de materiais educativos, são agentes de mudanças e devem atuar como facilitadores no processo de educação em saúde para a população aponta-se a necessidade de formação contínua desses profissionais (CECCIM; FERLA, 2003). Além disso, é de suma importância que haja a inserção do tema letramento em saúde e avaliação de materiais educativos em disciplinas de graduação e pós-graduação na área da saúde, visto que este não é um conteúdo amplamente difundido no meio acadêmico (VASCONCELOS, 2015) e considerando que a literatura sobre letramento em saúde é vasta quanto a estratégias de comunicação escrita (OSBORNE, 2013).

A elaboração de um material educativo requer dedicação, pois deve ser precedida de uma avaliação (questionários, entrevistas e apresentação do material) da versão produzida juntamente com participação do público destinatário do material. Essa conduta viabiliza o conhecimento da qualidade do material quanto às características esperadas e assegura a transmissão de uma mensagem bem planejada, correta, fácil de ler, compreensível e que atinja o público-alvo (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Assim, o conhecimento sobre letramento em saúde, seu nível na população estudada e a elaboração de materiais educativos que atendam a essa necessidade são partes fundamentais para promoção de saúde no século XXI, uma vez que há um descompasso entre as mensagens transmitidas pelos serviços de saúde e o letramento da população (PASSAMAI et al, 2011).

## CONCLUSÃO

Constatou-se que a maioria dos docentes acredita que a utilização da comunicação escrita com seus pacientes é importante no processo de educação em saúde. No entanto, observou-se que apenas uma minoria deles utiliza com frequência este recurso e busca a literatura no momento de elaboração dos materiais educativos. Assim, ficou evidente a necessidade da educação permanente dos profissionais da área da saúde para a elaboração desses materiais com o intuito de facilitar e potencializar a comunicação na saúde.

## REFERÊNCIAS

- CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p 211-226. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p 211-226.
- CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.1356-1369, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902014000400019>.
- MOREIRA, Maria de Fátima; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Maria Iracema Tabosa da. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 56, n. 2, p.184-188, abr. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672003000200015>.
- OSBORNE, H. **Health Literacy from A to Z**: practical ways to communicate your health message. 2nd. ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. 256p.
- PASSAMAI, M. P.B et al. Letramento funcional em saúde e nutrição. 1 ed. Fortaleza: EdUECE, 2011. 95 p.
- SANTOS, L. T. M. Validação do Teste de Avaliação do Letramento em Saúde (TALES): um Questionário Brasileiro de Avaliação de Letramento em Saúde. 2017. 155 p. Tese (Doutorado em Saúde Brasileira) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2017.
- TEIXEIRA, J.A.C. **Comunicação em saúde**: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, v.22, n.3, p.615-620, 2004.
- VASCONCELOS, C. M. C. S de. Materiais educativos para prevenção e controle de doenças crônicas: uma avaliação à luz dos pressupostos do Letramento em Saúde. 2015. 268 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Universidade de Fortaleza pela concessão de bolsas de iniciação científica (PROBIC e PAVIC) e a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ANÁLISE DA ADESÃO DE ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM USUÁRIOS DE TECNOLOGIAS MÓVEIS

Hortência Alves Barros<sup>1</sup>(IC), Rafael Paulo de Brito<sup>2</sup>(IC), Paulo Henrique Palácio Duarte Fernandes<sup>3</sup>(PO)

*1 Universidade de Fortaleza – Discente do Curso de Fisioterapia*

*2 Universidade de Fortaleza – Discente do Curso de Fisioterapia*

*3 Universidade de Fortaleza – Docente do Curso de Fisioterapia*

E-mail: raphael\_p\_b@hotmail.com

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Tecnologia. Dor.

### INTRODUÇÃO

Hoje o Brasil é o quinto maior mercado do mundo em consumidores de telefonia móvel, e a expansão dessa rede está cada vez aumentando mais, pois, existem inúmeras facilidades para qualquer classe social possuir esse tipo de recurso, inclusive pelos altos custos que está sendo manter uma linha residencial fixa. Por esses e outros motivos, os consumidores deram preferência a tais tecnologias, contando também que são bem mais atraentes, cheios de novidades, deixando assim as pessoas mais influenciadas, principalmente, crianças e adolescentes (BALBANI, KRAWCZYK 2011).

Em nossa época, o uso de dispositivos móveis fica cada vez mais comum, trazendo consigo praticidades e conforto. Porém pode vincular-se a sérios problemas a saúde, primeiro a dependência criada ao longo dos dias, depois disfunções motoras, e, por fim, o déficit de atenção, quando não há um limite para a utilização (RICHTER, ROSA 2016).

Recomendações ergonômicas sugerem o uso de apoio dos membros superiores (MMSS) durante atividades ocupacionais visando à melhora no conforto e prevenção de distúrbios musculoesqueléticos. Usuários de dispositivos portáteis tendem a adotar posturas não neutras de ombros e sem apoio do antebraço durante longos períodos de tempo, o que pode aumentar a sobrecarga muscular e gerar sintomas neste segmento (GONÇALVES, 2015).

A área da saúde está sempre se inovando para facilitar a vida diária de indivíduos e suas necessidades. Com isso, a Fisioterapia é um estudo de ciência aplicada, que traz consigo prevenções de doenças, diagnóstico cinético funcional e tratamentos. Visa avaliar, tratar e recuperar, assim minimizando problemas, como diminuir edema, manter ou melhorar amplitude de movimento articular, prevenir contraturas musculares ou deformidades articulares promovendo independência funcional do indivíduo (FERNANDES, 2014).

Disfunções posturais podem sobrecarregar o corpo, fazendo pressões nas superfícies articulares e desgaste de tendões. Um indivíduo com tensão na cervical pode levar a alterações posturais no pescoço e cabeça, prejudicando assim os movimentos de anteriorização, lateralização, posteriorização e rotação cervical. A fisioterapia pode intervir fazendo uma avaliação postural para minimizar os problemas funcionais ou estruturais, definindo assim um tratamento para realinhamento postural (CARNEIRO, 2014).

Tarefas que exigem movimentos repetitivos ou por esforços podem causar inflamação aguda e dor, podendo o músculo não aguentar e romper. A continuidade dessas tarefas também pode levar a uma desorganização estrutural, modificando a biomecânica e comprometendo atividades de vida diária. Assim, Lesões por Esforços de Repetição (LER) têm como características os sintomas de parestesia, fadiga e sensação de peso, iniciando quase sempre pelos MMSS, causando incapacidade de alguns movimentos por agir no sistema musculoesquelético (NEGRI et al., 2014).

Pensando em prevenção de agravos e promoção da saúde para problemas relacionados ao sistema musculoesquelético, por exemplo, o fisioterapeuta pode contribuir na estimulação e favorecimento de práticas constantes, em grupos, de cinesioterapia/atividade física, tais como alongamento, fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e caminhadas, na promoção de ações de reeducação postural e diminuir prevalência de lesões crônicas laborais (AVEIRO et al., 2011).

O objetivo geral do presente trabalho foi analisar a adesão de estratégias preventivas de lesões musculoesqueléticas em usuários que utilizam tecnologias móveis.

### METODOLOGIA

O estudo consistiu em uma abordagem quantitativa, do tipo observacional, que ocorreu no campus da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), com 62 participantes.



Foi realizado um sorteio entre os Centros de Ciências da Comunicação e Gestão (CCG), Centro de Ciências Jurídicas (CCJ), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Centro de Ciências Tecnológicas (CCT), sendo eleito um curso para cada centro. Finalizou-se assim, com Ciências Econômicas, Farmácia, Engenharia Eletrônica e Direito, respectivamente. O curso de Direito foi excluído da pesquisa, pois o número total de alunos era totalmente discrepante das demais amostras podendo levar a falso viés.

Aplicou-se um questionário informativo sociodemográfico em alunos do Primeiro semestre dos cursos citados. O questionário constou de perguntas como: “se o participante faz uso de algum dispositivo móvel”, “a frequência e tempo”, “sua finalidade”, “se causa algia durante a utilização” ou “se tem consciência do uso adequado do dispositivo quanto a sua postura”.

Para realizar a análise estatística e formação do banco de dados da amostra, foi utilizando o programa “Statistical Packaget Social Science (SPSS)”, versão 10.0, com estatística descritiva, média, frequência, desvio padrão e percentual. Após a análise, os resultados foram apresentados através de tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente.

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade dos participantes na pesquisa. Os participantes foram informados sobre o estudo, seus objetivos e procedimentos operacionais a serem realizados durante a aplicação do questionário e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) sob o parecer nº 26.2016.1.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os aspectos realizados nos questionários, entre os grupos do primeiro semestre, foram que n=62 (100%) dos participantes utilizam dispositivo móvel, sendo n=47 (75,8%) “smartphone”, n=24 (38,7%) “celular”, n=7 (11,3%) “tablete” e n=1 (1,6%) outros, evidenciando-se, nestes casos, significância estatística ( $p < 0,000$ ), exceto na opção celular ( $p < 0,75$ ).

A principal finalidade do uso de dispositivos móveis é comunicação e lazer para n=54 (87,1%), meio de comunicação n=45 (72,6%), estudo n=42 (67,7%), trabalho n=33 (53,2%) e leitura n=29 (46,8%), com significância estatística ( $p < 0,005$ ) nas opções, comunicação e lazer, meio de informação e estudo.

Com relação ao local de uso destes dispositivos, n=59 (95,2%) utilizam em casa, n=50 (80,6%) na universidade, n=41 (66,1%) em ambientes públicos, n=28 (45,2%) no trabalho e n=25 (40,2%) em transportes, evidenciando-se, significância estatística ( $p < 0,011$ ) nas opções, em casa, na universidade e transporte.

Durante o uso do dispositivo móvel, n=15 (24,2%) responderam que sentem dor em alguma parte de corpo após a utilização do dispositivo, com significância estatística ( $p < 0,000$ ).

Durante o uso do dispositivo é de importância a conscientização da postura adequada, para n=41 (66,1%), evidenciando-se, significância estatística ( $p < 0,011$ ).

Podendo existir alguns eventos algícos durante a utilização desses dispositivos, n=10 (16,1%) afirmam que isso pode interferir de alguma forma em suas atividades de vida diária, evidenciando-se, significância estatística ( $p < 0,000$ ).

Durante esses eventos de dor, n=5 (8,1%) procuraram um trabalho de prevenção, com significância estatística ( $p < 0,000$ ), sendo que n=31 (50%) do grupo pratica algum tipo de atividade física. Não houve estatística significativa nesta variável ( $p < 1,000$ ).

Quantas vezes ao dia esses dispositivos móveis são utilizados, n=62 (5,81%) utilizam mais de cinco vezes por dia. Não se evidenciou relação estatística significativa nesta variável ( $p < 0,086$ ).

Quanto ao tempo do uso desse dispositivo n=62 (3,16%) o fizeram entre seis e nove anos. Não foi evidenciada relação estatística significativa nesta variável ( $p < 0,148$ ).

Quanto à frequência da utilização desse dispositivo n=62 (1,11%) sempre o fizeram todos os dias.

Evidenciou-se, aqui significância estatística ( $p < 0,052$ ).

O presente estudo tratou da adesão de estratégias preventivas de lesões musculoesqueléticas em usuários de tecnologias móveis. Os achados evidenciaram que a maioria da amostra pesquisada faz uso de tecnologias móveis.

As últimas décadas foram marcadas por profundas transformações em razão do avanço da tecnologia. Os dispositivos móveis, principalmente os “smartphones”, tornaram-se parte do cotidiano de inúmeras pessoas. De acordo com os dados divulgados pelo Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e da Comunicação (CETIC), estima-se que cerca de 143 milhões de brasileiros eram usuários de telefone celular até fevereiro/2014 (ANTONELLI, 2016).

A variável principal utilizada para uso de tecnologias móveis foi comunicação e lazer para discentes dos cursos eleitos do primeiro semestre letivo universitário. Os avanços tecnológicos, principalmente no que diz respeito a telecomunicações e tecnologia da informação, têm sido os propulsores das principais mudanças da sociedade desde o final do século XX. Os celulares se tornaram smartphones, os computadores diminuíram de tamanho e de preço e aumentaram suas capacidades, e a internet é considerada um meio de comunicação indispensável. Do ponto de vista do desenvolvimento humano, esse novo contexto influencia o modo como aprendemos e nos relacionamos (PICON, MOREIRA, SPRITZER 2012).

Já com relação ao local de uso destes dispositivos, os achados mostram como principal local de uso em casa. Com a difusão dos diferentes tipos de dispositivos móveis e o barateamento dos serviços praticamente todos os jovens passaram a tê-los e a usá-los nos mais diversos lugares e horas (inclusive em casa) para comunicar-se continuamente com os amigos e conhecido (COSTA, 2004).

Muitos dos participantes relataram sentir dor em decorrência do uso dessas tecnologias, interferindo negativamente nas atividades de vida diária. A ergonomia promove uma abordagem holística e leva em conta os fatores de ordem física, cognitiva, social, organizacional, ambiental, além de outros fatores relevantes (ANJOS, 2012).

Os participantes relataram também a necessidade de conscientização da postura adequada durante o uso de tecnologias móveis. Vive-se na era da informação e o nosso dia a dia está cada vez mais atrelado à tecnologia – “internet”, “celulares”, “notebooks”, “Ipads” – o que reflete diretamente na qualidade de vida, seja ela no trabalho ou em atividades da rotina diária. É importante o uso adequado da conscientização da imagem corporal, para que se possa adotar posturas adequadas tanto no ambiente de trabalho como nas atividades domésticas e de lazer (FERREIRA, 2015).

Prevenção, incluindo atividade física, foi citada como medida importante associada ao uso de tecnologias móveis. O exercício físico constitui um artifício a ser utilizado no dia a dia no intuito de diminuir a ocorrência e gravidade de queixas musculoesqueléticas, influenciando de forma, positiva, e favorecendo a melhora de sua aptidão física, bem como a manutenção de sua saúde, e melhora da qualidade de vida. As práticas de atividades físicas caracterizam-se como fator de proteção (POLISSENI, RIBEIRO 2014).

Quanto à intensidade, frequência e duração do uso de tecnologias móveis, a maioria dos indivíduos aqui questionados, demonstra utilização incorreta. Os distúrbios osteomioarticulares tem se caracterizado como sendo um perfil epidêmico quando se compara as altas prevalências de casos cada vez maiores, o que se entende que esses distúrbios extrapolam e surtem efeitos negativos também na vida pessoal (LIMA et al.; 2015).

Os discentes relataram informações semelhantes em todos os cursos pesquisados, evidenciando que o modismo de tecnologias móveis atinge igualmente a amostra nas variáveis questionadas. Diante de uma incrementação de diversos aparatos tecnológicos e na redução tanto do seu tamanho quanto do seu peso, entre as causas para o surgimento das novas funcionalidades destas, as tecnologias móveis tornam-se cada vez mais, atraentes. É a globalização e a disseminação da informação por meios mais rápidos e eficientes.

Devido a tantas melhorias e avanços, as pessoas têm utilizado muito estes dispositivos. Por causa disso, surgiram diversos estudos para analisar as características desse público. Entre as pesquisas pode-se citar os que analisam o tamanho do vício do usuário, problemas causados à saúde devido ao uso constante e problemas no relacionamento com pessoas uma vez que fica muito inserida no “mundo virtual”. O ser humano busca interagir e adaptar-se as novas culturas tanto que, com o tempo, criam-se novos hábitos, posturas, comportamentos que transformam a sociedade em que está inserido (CAMPANHOLLI et al., 2012).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os discentes dos cursos de Ciências Econômicas, Farmácia e Engenharia Eletrônica da Universidade de Fortaleza, questionados, de abril à maio de 2017, sobre a adesão de estratégias preventivas nas lesões musculoesqueléticas quanto ao uso de tecnologias móveis buscam medidas preventivas, como atividade física, em pequena escala, o que pode contribuir negativamente com algias e distratos na execução das atividades de vida diária.

Ressalta-se que novos estudos podem esclarecer mais sobre este assunto, bem com contribuir em outras variáveis.

## REFERÊNCIAS

- BALBANI, A.P.S.; KRAWCZYK, A.L. Impacto do uso do telefone celular na saúde de crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, ed. 29, v.3, p. 430-436, 2011.
- RICHTER, D.; ROSA, L.C. O uso das novas tecnologias como meio de exposição e estímulo nos casos de

erotização precoce: o direito à prevalência da doutrina da proteção integral. Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul – Brasil: **Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC**, 2016.

GONÇALVES, J.S. Efeito da descarga de peso e da amplitude de movimento de flexão do ombro sobre a ativação muscular em condições estáticas e dos fatores ergonômicos e psicossociais durante atividade simulada de mouse em estudantes universitárias. 37 f. Dissertação (Mestrado). São Carlos (SP): **Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)**, 2015.

FERNANDES, F.G. Realidade virtual e aumentada aplicada em reabilitação fisioterapêutica utilizando o sensor kinect e dispositivos móveis. **Universidade Federal de Uberaba-UNIUBE**, Minas Gerais, 2014.

CARNEIRO, P.R. Confiabilidade inter e intraexaminador da avaliação postural da cabeça por fotogrametria computadorizada. **Fisioterapia e Pesquisa**, ed. 21, v. 1, p. 34-39, 2014.

NEGRI, J.R.; CERVENY, G.C.O.; MONTEBELO, M.I.L.; TEODORO, R.M. Perfil sociodemográfico e ocupacional de trabalhadores com ler/dort: estudo epidemiológico, **Revista Baiana de Saúde Pública**. ed. 38, v. 3, p. 555-570, 2014.

AVEIRO, M.C.; ACIOLE, G.G.; DRIUSSO, P.; OISHI, J. Perspectives of physical therapy participation in the Family Health Program for elderly care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1467-1478, 2011.

ANTONELLI, H.L. Menus de navegação em aplicações Web para dispositivos móveis: questões de acesso e usabilidade. 139 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Matemáticas e de Computação (ICMC/USP)), **São Carlos – SP**, 2016.

PICON, F.A.; MOREIRA, L.M.; SPRITZER, D.T. Dependência de tecnologia: o desenvolvimento de um website psicoeducativo. **Rev. Bras. Psicoter**, ed. 14, v. 3, p. 18-24, 2012.

COSTA, A.M.N. A Passagem Interna da Modernidade para a Pós-modernidade. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, ed. 24, v. 1, p. 82-93, 2004.

ANJOS, T.P. Descomplicando o uso do telefone celular pelo idoso: desenvolvimento de interface de celular com base nos princípios de usabilidade e acessibilidade. Dissertação. Florianópolis (SC): **Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)**, 2012.

FERREIRA, M.C. Ergonomia da Atividade aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho: lugar, importância e contribuição da Análise Ergonômica do Trabalho (AET). **Rev. bras. Saúde ocup**, São Paulo, ed. 40, v. 131, p. 18-29, 2015.

POLISSENI, M.L.C.; RIBEIRO, L.C. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte [online]**, ed. 20, v. 5, p. 340-344, 2014.

LIMA, J.P.; SOUSA, A.P.; SANTOS, E.V.L.; BEZERRA, A.L.D.; SOUSA, M.N.A. Prevalência de distúrbios osteomioarticulares e algias em fisioterapeutas. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, ed. 8, v. 3, p.98-108, 2015.

CAMPANHOLLI, F.; BOAS, A.A.V.; PEREIRA, A.S.; FILLION, G. Aplicabilidade e Importância do Celular para Uso Pessoal e Profissional em uma Cidade do Interior de Minas Gerais. **IX Simpósio de excelência em gestão e tecnologia**; 2012.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Universidade de Fortaleza – UNIFOR pela oportunidade para pesquisarmos este projeto. Agradecemos ao Prof. Ms. Paulo Henrique Palácio Duarte Fernandes pelo total apoio, paciência, dedicação e incentivo, por estar sempre disponível para nos contribuir com os estudos e a pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE CUIDADORES

Renata Rocha da Costa<sup>1</sup>, Cynthia Lima Sampaio<sup>2</sup>, Maria Fabiana de Sena Neri<sup>3</sup>, Josefa Lílian Vieira<sup>4</sup>, Maria José Efigênia Maia Nascimento<sup>5</sup>, Joselany Áfio Caetano<sup>6</sup>

1 Enfermeira. Especialista em Atenção Primária à Saúde; Hospital Universitário Walter Cantídio/EBSERH/UFC, Fortaleza-Ceará-Brasil.

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Promoção da Saúde. Hospital Universitário Walter Cantídio/EBSERH/UFC, Fortaleza-Ceará-Brasil

3 Enfermeira. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Hospital Universitário Walter Cantídio/EBSERH/UFC, Fortaleza-Ceará-Brasil.

4 Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Hospital Universitário Walter Cantídio/EBSERH/UFC, Fortaleza-Ceará-Brasil.

5 Assistente Social. Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará. Hospital Universitário Walter Cantídio/EBSERH/UFC, Fortaleza-Ceará-Brasil.

6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: renatarocha@yahoo.com.br

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Assistência Hospitalar. Cuidadores.

### INTRODUÇÃO

A promoção da saúde caracteriza-se como o processo de capacitação da comunidade para atuar em sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma melhor participação e controle nesse processo, conforme descrito na Carta de Otawa (BRASIL, 2002). Esse conceito constitui um dos mais importantes desafios para os serviços de saúde: contribuir com produção da saúde no seu aspecto mais amplo e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apoia o desenvolvimento da promoção da saúde em hospitais e serviços de saúde para que estes sejam espaços saudáveis que ultrapassem o tratamento de doenças e possam contribuir para prevenção e controle de agravos; influenciem a pessoa hospitalizada a cuidar da própria saúde e sejam espaços de participação da comunidade, de trabalho salutar para profissionais de saúde e ainda, organizações sustentáveis e saudáveis (WHO, 2006).

Quando um indivíduo manifesta sinais e sintomas que caracterizem uma doença ou determinada condição, geralmente procuram um serviço de saúde para diagnóstico e tratamento em tempo oportuno. Algumas patologias necessitam de acompanhamento qualificado e contínuo, inclusive com demanda de hospitalização. Nesse contexto, o hospital deve assumir a tarefa de desenvolver estratégias de educação em saúde para todos os que circulam em suas dependências – profissionais, prestadores de serviço, pacientes e seus cuidadores (familiares ou mesmo pessoas por estes designadas para auxiliar a pessoa hospitalizada).

A pessoa que acompanha um indivíduo hospitalizado ajuda com as atividades de vida diária e o apoio emocional necessário, além de permitir a aquisição de informações sobre o paciente quando este não consegue fazê-lo com exatidão a exemplo das pessoas idosas ou ainda, aqueles com dificuldades para se comunicar ou mesmo de compreender e relatar seus sintomas (HANZELIKOVA; LOPEZ-MUNOZ; FUSTE- MORENO, 2017).

Enquanto profissionais de enfermagem, percebemos a importância de desenvolver ações de educação em saúde com cuidadores dos pacientes com vistas a oportunizar ao paciente e ao cuidador adquirir conhecimentos, compartilhar dúvidas e, conseqüentemente, conseguir evitar eventos adversos, internação prolongada e custos hospitalares maiores e assim, melhorar sua saúde e prevenir complicações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como foco a prevenção de eventos adversos evitáveis - incidentes que resultam em danos à saúde- que no Brasil, foi lançado em 2013 com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde. Um dos objetivos específicos do PNSP é envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente, como parceiros nos esforços para a prevenção de falhas e danos em serviços de saúde do País (BRASIL, 2017).

Face ao exposto e, considerando como as famílias/acompanhantes são importantes no processo de cuidados ao paciente e a necessidade de informações a respeito da segurança do paciente e o desenvolvimento de práticas seguras/colaborativas no ambiente hospitalar, justifica-se a realização do presente estudo que tem como objetivo relatar a experiência de um grupo cuidadores acerca da promoção da saúde em instituições hospitalares com ênfase na Segurança do Paciente.

## METODOLOGIA

O estudo é do tipo relato de experiência sobre o grupo de cuidadores em ambiente hospitalar de pacientes adultos internados nas Unidades de Clínica Médica do Hospital Universitário Walter Cantídio de Fortaleza, CE, onde são desenvolvidas atividades de educação em saúde baseadas nos Círculos de Cultura, através da troca de conhecimentos, experiências e vivências, oportunizadas pelo desenvolvimento do projeto de extensão intitulado: “Segurança do Paciente no Contexto Hospitalar”, que instituiu entre suas atividades um Grupo de Acompanhantes, realizado em formato de oficinas educativas, onde são compartilhadas as normas e rotinas da instituição, escuta terapêutica, relaxamento, temas em saúde e afins, dentre outras ações como o espaço de beleza e discussões sobre auxílio-doença. Os facilitadores do grupo compõem-se de profissionais do serviço (enfermeiras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, pessoal da copa e limpeza) e convidados (profissionais da beleza, músicos), além do apoio de acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Os cuidadores são convidados previamente, quando é exposto o tema do encontro e na ocasião ressalta-se que a participação é livre e importante para o compartilhamento de experiências e informações entre facilitadores e participantes. Os encontros ocorrem semanalmente em uma sala de reuniões da unidade cedida para os encontros, agendada previamente e organizada antes dos acompanhantes serem encaminhados ao grupo que acontece às quartas-feiras das 10h às 11h. A atividade educativa ocorre independentemente da quantidade de participantes, porém busca-se uma média entre 10-20 participantes com a finalidade de oportunizar que cada um deles tenha liberdade para emitir ou não opiniões, experiências e saberes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde são causas consideráveis do aumento do tempo de internação hospitalar e conseqüente agravo clínico dos pacientes, tendo profissionais e acompanhantes responsabilidades nesse processo. A equipe de enfermagem é a principal atuante nas ações educativas em segurança do paciente, como aponta estudo onde foram encontrados 125 prontuários (99,20%) com registros de ações educativas relacionadas à segurança do paciente, sendo registradas exclusivamente por enfermeiros ou acadêmicos de enfermagem (BANDEIRA *et al.*, 2017).

O Grupo de Acompanhantes, optou por iniciar suas atividades de educação em saúde, em fevereiro de 2016, com a proposta de abordar a Segurança do Paciente no contexto hospitalar e desenvolveu temas inerentes a prevenção de infecções, com ênfase nas questões relacionadas às medidas de isolamento, à importância da lavagem das mãos e aos cuidados relacionados a higiene e conforto dos pacientes, devido às demandas percebidas pelo contato diário com acompanhantes enquanto profissionais de enfermagem inseridos no contexto hospitalar, tais como o ato de sentar e/ou dormir na cama de paciente, ajudar a outros pacientes internados na mesma enfermaria e prática deficiente de lavagem das mãos, dentre outras.

Contudo, com a participação dos sujeitos e levantamento das necessidades por eles relatadas, ampliamos os temas e inserimos, conforme a sugestão dos participantes, tópicos que atendessem às necessidades do grupo. Desse modo, a metodologia empregada viabilizou que os encontros pudessem oportunizar ao cuidador expor suas dúvidas, ansiedades, experiências e questionamentos. As estratégias dos Círculos de Cultura de Paulo Freire possibilitaram aproximação, interação e diálogo entre o conhecimento técnico e o popular (SARTORI *et al.*, 2016).

Estudos revelam que intervenções educativas e de suporte emocional e social estão associadas à redução da sobrecarga e melhoria da qualidade de vida dos cuidadores (FOLLE; SHIMIZU; NAVES, 2016). As atividades grupais permitem constatações de vivências similares, proporcionando troca de experiências, sentimento de coesão grupal e troca de saberes, portanto, constituem uma excelente estratégia para o acolhimento e educação em saúde de acompanhantes (PISKE *et al.*, 2013).

Os facilitadores do grupo compartilharam as necessidades relatadas e percebidas, na tentativa de pactuar o tema do próximo encontro, com a finalidade de corresponder às expectativas do encontro anterior, mesmo havendo rotatividade de profissionais na condução do grupo, uma vez que a função deste é a de articular adequadamente o assunto em questão, estimular a participação de todos e valorizar o respeito mútuo e os pactos de convivência.

Participaram das atividades do projeto em média de 12 a 15 acompanhantes por encontro realizado, oriundos de cidades do Nordeste em sua grande maioria, com idade e escolaridade diversas, assim como o vínculo que possuíam com o paciente e o tempo de acompanhamento em ambiente hospitalar. Cuidavam de pacientes com doenças e/ou causas de internação variadas. Desse modo, as tecnologias educacionais devem contemplar os acompanhantes das pessoas internadas para que eles compreendam e tenham mais clareza e cuidados seguros tão necessários durante o período de internação quanto a posteriori para fins de tratamento e recuperação segura do paciente.

A cada encontro, as atividades foram iniciadas com uma dinâmica de integração para promover o acolhimento, descontração do ambiente e estimular a participação de todos. Os cuidadores foram convidados a relatar vínculo

que possuíam com o paciente que acompanhavam, e sobre sua vivência como familiar cuidador. A partir desse momento, deu-se a abordagem do tema proposto, quando oportunizamos a troca de experiências e informações entre os participantes do grupo sobre tratamento e evolução clínica do paciente e a continuidade destes cuidados no domicílio.

No desenvolvimento das atividades, evidenciamos ainda a necessidade que esses acompanhantes têm de serem ouvidos e de receber uma palavra de apoio e carinho, dada a situação de grande conflito emocional ao conviver com doença, sofrimento, sobrecarga inerente aos cuidados, dificuldades financeiras, por vezes tendo que se ausentar do trabalho, e perda da autonomia em suas necessidades humanas básicas, como dormir e manter higiene pessoal e privacidade.

Os cuidadores podem experimentar problemas psicológicos, tais como depressão, ansiedade e diminuição na sua qualidade de vida. A prestação de cuidados frequentemente acarreta encargos físicos, emocionais ou financeiros substanciais. Ajuda e atenção adicional aos cuidadores seriam benéficas na melhoria da qualidade de vida de acompanhantes e pacientes (GORJI *et al.*, 2012; OSHODY *et al.*, 2012).

A educação em saúde no contexto hospitalar deve ser desenvolvida com vistas à recuperação da doença em tratamento, contudo, também se configura numa oportunidade para o paciente e seus familiares adquirirem conhecimentos essenciais para a prevenção de doenças e manutenção da saúde, pelo contato que estes possuem com os profissionais de saúde. Estes, por sua vez, contribuem com estes subsídios para que os familiares de cuidadores possam ser sujeitos transformadores da sua realidade.

As orientações da Cartilha sobre Visita Aberta e o Direito ao Acompanhante, que se originou da Política Nacional de Humanização (PNH) apontam para “a necessidade da criação de um ambiente relacional” que viabilize ao cliente a possibilidade de redescobrir o sentido e o valor de sua existência neste momento desfavorável imposto pela hospitalização (BRASIL, 2010). No entanto, a instituição hospitalar apresenta diversas dificuldades para tornar o ambiente acolhedor e favorável à presença do acompanhante, cuja dinâmica de vida está modificada em prol da recuperação da saúde de um ente querido. Desta forma, o ambiente hospitalar deve acolher e respeitar o cuidador, sua história, preocupações e anseios e oportunizar escuta ativa e ainda, valorizar saberes, cultura e experiências.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento do grupo de cuidadores revelou-se um desafio pelas diversas necessidades apresentadas pelos cuidadores e por requerer comprometimento e envolvimento de todos os participantes. As atividades contribuíram para que o cuidador e seu acompanhante vivenciem o ambiente hospitalar, compreendendo melhor sua dinâmica e adquirindo conhecimentos sobre a promoção da sua própria saúde, de sua família e da comunidade; para que o serviço de saúde possa contribuir para o empoderamento dos usuários e, para que os profissionais e futuros profissionais vivenciem uma experiência diferenciada em sua formação.

Nesse contexto, os profissionais de enfermagem possuem um papel essencial de participantes ativos no processo de educação em saúde e, dada a sua proximidade aos usuários do serviço, deve ter maior sensibilidade para identificar as necessidades dos pacientes e dos seus acompanhantes e minimizar a distância existente na relação profissional-paciente, favorecendo o compartilhamento de informações, identificando as reais necessidades e estabelecendo vínculos que cooperam para a melhoria da qualidade da assistência prestada.

## REFERÊNCIAS

BANDEIRA, L.E. *et al.* Conduas de educação ao familiar para promoção da segurança da criança hospitalizada: registros da equipe multiprofissional. **Rev Min Enferm.** v. 21, n. e, p 1009. 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: **Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?** Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização** [online]. Disponível em:<http://www.saude.gov.br/humanizaus>. Acesso em: 08 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde.** Série B. Textos Básicos em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FOLLE, A.D.; SHIMIZU, H.E.; NAVES, J.O.S. Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding. **Rev Esc Enferm USP.** v. 50, n. 1, p. 79-85, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100011>

GORJI, M.H. et al. Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. **Bmc Research Notes**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.310-313, 2012.

HANZELIKOVA, A.; LOPEZ-MUNOZ, F.; FUSTE-MORENO, R. Perfil socio-demográfico de los cuidadores de los pacientes geriátricos hospitalizados mayores de 75 años y su relación con la satisfacción. **Enferm. glob.**, Murcia , v. 16, n. 46, p. 375-388, 2017. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000200375&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200375&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 22 ago. 2017.

OSHODI, Y. et al. Burden and psychological effects: caregiver experiences in a psychiatric outpatient unit in Lagos, Nigeria. **African Journal of Psychiatry**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.99-105, 12 abr. 2012. <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v15i2.13>.

PISKE, Fernanda et al . Grupo de apoio para acompanhantes de crianças internadas em uma unidade pediátrica. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 35-49, abr. 2013 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872013000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 set. 2017.

SARTORI, I.D. et al. Dialoguing with Freire in the circle of culture: a health promotion strategy. *Journal of nursing UFPE/ Revista de Enfermagem UFPE*, v. 10, n. 1, p. 185-190, jan 2016.

SILVA, M.A.M.*et al.* Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-599, 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300027>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Putting PHP Polycy into action**. Working papel of the WHO Collaborating Center on Health Promotion in hospitals and health care. Vienna: University of Vienna 2006. Disponível em: [http://www.hph-hc.cc/fileadmin/user\\_upload/HPH\\_BasicDocuments/Working-Paper-HPH-Strategies.pdf](http://www.hph-hc.cc/fileadmin/user_upload/HPH_BasicDocuments/Working-Paper-HPH-Strategies.pdf). Acesso em: 15 set. 2016.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA: PERFIL DAS MULHERES ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira<sup>1</sup>, Ana Fátima Carvalho Fernandes<sup>2</sup>, Míria Conceição Lavinias Santos<sup>3</sup>, Maria Conceição Cavalcante da Costa<sup>4</sup>, Vanessa Áurea Batista de Alencar<sup>4</sup>

*Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*E-mail: vanessaaurea\_@hotmail.com*

*Palavras-chave: Neoplasias da mama. Detecção-precoce. Atenção Primária em Saúde.*

### INTRODUÇÃO

O câncer é um dos problemas de Saúde Públicas mais relevantes no mundo, caracterizando-se como uma pandemia de uma doença crônica não transmissível (DCNT) que afeta a qualidade de vida de milhões de pessoas, além de interferir negativamente no desenvolvimento econômico e social do país (CARDOZO, 2011).

Anualmente, milhões de pessoas morrem em todo o mundo, em decorrência do câncer. Os casos dobraram entre os anos de 1975 e 2000, e estima-se que duplique novamente entre 2000 e 2020, representando 15 milhões de novos casos e 12 milhões de mortes (INCA, 2012).

Em 2030 a estimativa é de que as neoplasias sejam responsáveis pela morte de 17 milhões de indivíduos (BUENO; NEVES; RIGON, 2011).

Na região nordeste (37 casos/100 mil) o câncer de mama é o tipo mais frequente de neoplasia feminina, assim como nas regiões sul (71 casos/100 mil), sudeste (71 casos/100 mil) e centro-oeste (51 casos/100 mil). No Brasil, somente na região norte (21 casos/100 mil) é que esse se encontra como segundo mais incidente. Para o biênio 2014/2015 estima-se ainda 2.060 casos novos no Ceará e 850 em Fortaleza (INCA, 2015).

Na 4ª Região de Saúde do Estado do Ceará (Baturité), o qual faz parte o município de Capistrano, local da presente pesquisa, a taxa de mortalidade por câncer de mama, em 2010, foi de 16,6 por 100.000 habitantes, maior que a do Estado, representada por 11,4, justificando a importância de estudos e intervenções nessa região (CEARÁ, 2013).

No Brasil, a estratégia utilizada para o controle desse câncer está apresentada no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) - Controle dos Cânceres de Mama e Colo do Útero, em que ressalta a mamografia e o Exame Clínico das Mamas (ECM) como os métodos preconizados para o rastreamento dessa doença (BRASIL, 2013). O Ministério da Saúde (MS) também vem realizando, além de ações direcionadas para detecção precoce por meio do exame clínico das mamas (ECM) e rastreamento com mamografia, campanhas de esclarecimento acerca da importância do autoexame das mamas (AEM). Em 2011 o Ministério da Saúde instituiu quatro compromissos prioritários. Um deles foi o de fortalecer as ações para prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, o que tem por objetivo reduzir a incidência e mortalidade desse tipo de câncer (INCA, 2013).

No Brasil uma das ações de promoção da saúde dirigidas ao controle do câncer de mama é o programa de rastreamento na população alvo, ou seja, mulheres de 40 a 69 anos. Atualmente são realizadas cerca de 2,5 milhões de mamografias, por ano, no Sistema Único de Saúde (FERNANDES, 2011).

Diante do que foi exposto decidiu-se levantar as características sociodemográficas, clínicas e os fatores de risco das usuárias acompanhadas nas Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família, bem como associar as variáveis explanatórias dessas mulheres (Equipe da ESF, idade, classe econômica e escolaridade) com o conhecimento, atitude e prática acerca do câncer de mama.

### METODOLOGIA

Esse estudo foi um recorte de uma dissertação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

O estudo foi descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado no município de Capistrano, localizado no Maciço de Baturité, na região Norte do Ceará.

O município de Capistrano constitui-se de seis UBASF, em que duas funcionam na sede (Centro de Saúde e Videlina) e quatro na zona rural (Pesqueiro, Boqueirão, Carqueja e Mazagão).



Cada equipe da ESF é composta por um enfermeiro, um médico, um dentista, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene bucal e cinco a sete agentes comunitários de saúde.

Com relação à Política Nacional de Controle do Câncer de Mama, o Exame Clínico das Mamas deve ser oferecido em todas as unidades de saúde do município, durante a realização do exame papanicolaou ou de acordo com queixas manifestadas. Como o município de Capistrano não possui mamógrafo, as solicitações de mamografias são encaminhadas para a Policlínica do município de Baturité, local de referência, sendo solicitadas por médicos e/ou enfermeiros, de acordo com portaria municipal.

O município de Capistrano possui uma população de 17.062 habitantes, sendo 8.424 do sexo feminino. Destas, 2.560 mulheres estão na faixa etária de 35 a 69 anos (IBGE, 2010). A partir dos dados obtidos pelo IBGE e após aplicação da fórmula para população finita, encontrou-se uma amostra de 243 mulheres.

As usuárias acompanhadas na UBASF que fazem parte da população-alvo no rastreamento para o controle do câncer de mama, segundo o Ministério da Saúde, corresponderam à amostra selecionada. Dentre elas encontram-se mulheres de 40 a 69 anos e também as que possuíam de 35 a 39 anos com risco elevado para essa neoplasia (BRASIL, 2013).

As entrevistas foram realizadas nas cinco UBASFs através de visitas da pesquisadora, em dias acordados com os enfermeiros das equipes.

A análise dos dados foi realizada com base na estatística descritiva. A distribuição de frequências foi expressa por porcentagem para as variáveis categóricas. As frequências dos dados (variáveis) categóricas foram testados pelo teste Qui-Quadrado ( $X^2$ ). Foi considerado o  $p < 0,05$  como corte para significância estatística.

Os dados apresentados foram realizados através de tabulações e gráficos. Foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0.

Foi solicitada autorização à Secretaria de Saúde do município envolvido, e encaminhado o projeto à Plataforma Brasil, obedecendo aos preceitos da Resolução 466/2012 e obtendo aprovação com o parecer de nº 615.025.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Capistrano apresenta seis equipes do Programa Saúde da Família, sendo duas localizadas na zona urbana do município (sede I-Centro de Saúde e sede II-Videlina) e quatro na zona rural (Pesqueiro, Carqueija, Bouqueirão e Mazagão). Como uma das equipes da área urbana foi eliminada devido a ser o local de atendimento da pesquisadora, e como é significativa a quantidade de mulheres que se encontram na sede do município, decidiu-se realizar um maior número de entrevistas no centro de saúde, até pelo fato de ser a unidade de saúde do município que apresenta um maior número de atendimentos, devido à localização central e a proximidade do hospital municipal e Secretaria de Saúde.

De acordo com o que foi apresentado, foram realizadas 120 (49,4%) entrevistas com mulheres da sede do município, representado pelo Centro de Saúde e 123 (50,7%) entrevistas na zona rural. Dentre aqueles da área rural de Capistrano, buscou-se uma representatividade de cada um para que todas tivessem participação na pesquisa. Foram realizadas 35 (14,4%) entrevistas no Bouqueirão, 36 (14,9%) no Mazagão, 25 (10,2%) na Carqueija e 27 (11,1%) no Pesqueiro.

Com relação à idade, a faixa etária selecionada seguiu a distribuição de acordo com a população-alvo para o câncer de mama, ou seja, a primeira, de 35 a 39 anos, caso apresentem risco elevado para esse tipo de neoplasia, tendo que realizar, nessa situação, ECM e mamografia anuais; a segunda, de 40 a 49 anos sendo aquelas que devem realizar o ECM anualmente e a mamografia se alteração e as de 50 a 69 anos, que além do ECM anual é necessário a mamografia bianual. Acima de 70 anos como existem menos evidências de benefícios relacionados ao rastreamento para essas mulheres (BRASIL, 2013), essas não foram inclusas na pesquisa.

A classificação escolhida permite avaliar o grupo prioritário para a realização de mamografia, ou seja, o de 50 a 69 anos, que deve realizar o exame a cada dois anos, além do Exame Clínico da mama anualmente (CONASS, 2011).

Seguindo para o segundo grupo, aquelas mulheres de 40 a 49 anos, a amostra contou com a participação de 96 (39,5%) entrevistadas. Já o terceiro grupo, que exige controle de ECM anual e mamografia bianual, independente de alterações, foi o mais expressivo em quantidade, sendo representado por 147 (60,5%) das mulheres que participaram da pesquisa.

No que se refere ao grau de instrução, é significativo o número de mulheres analfabetas 78 (32,1%) e com o ensino fundamental incompleto 75 (30,9%). Esses dois grupos representam mais da metade das entrevistadas. Em seguida, aparecem aquelas com ensino fundamental completo 31 (12,8%), ensino médio 40 (16,5%) e por fim, ensino superior 19 (7,8%).

Esse estudo divergiu de outro realizado em João Pessoa que avaliava os métodos de rastreamento para o câncer de mama, onde somente 9,9% das mulheres eram analfabetas, 49,1% apresentavam ensino fundamental incompleto e 41% o ensino fundamental completo (SILVA, 2014).

Ao associar variáveis, no que se refere a idade, não houve diferença entre aquelas com mais de 50 anos ou menos nas respostas consideradas adequadas, no entanto, a presença de respostas inadequadas foi maior naquelas mulheres acima de 50 anos (tabela 14).

Como se percebe, a escolaridade está diretamente relacionada ao conhecimento, uma vez que o nível de instrução mais baixo apresenta número significativo de mulheres com respostas regulares e inadequadas.

De acordo com a classe econômica, também foi visível a influência das respostas mais adequadas relacionadas a níveis sociais mais elevados e vice-versa.

No que diz respeito à localidade, quase todas obtiveram prevalência de respostas inadequadas quanto ao conhecimento, com exceção do pesqueiro, ESF da zona rural, em que houve um equilíbrio maior na classificação das respostas, embora não tenha apresentado, a localidade, nesse estudo, influência com o conhecimento, atitude e prática das enfermeiras.

Com relação à atitude, dentre as variáveis estudadas pode-se observar a relação direta da escolaridade e a localidade com atitudes adequadas, inadequadas ou regulares. Com relação à localidade, o Centro de Saúde, equipe da sede do município, e o Pesqueiro, localidade da zona rural, obtiveram prevalência das respostas adequadas (tabela 15). Esse último, apesar de estar localizado na área rural, pode ter apresentado respostas mais adequadas pelo fato da pesquisa ter sido realizada na área mais desenvolvida em que a ESF atende. As demais localidades dessa equipe, devido a difícil acesso e menor frequência de atendimento da equipe, algumas com atendimento uma vez no mês ou a cada dois meses, não foi visitada.

No estudo realizado em Belo Horizonte acerca dos métodos de rastreamento do câncer de mama também foi encontrada associação significativa entre a escolaridade e esses métodos. Mulheres analfabetas apresentaram atitude mais inadequada (SILVA, 2014).

No que se refere à prática das mulheres de Capistrano com relação às variáveis encontradas, não houve significativa relação dessas com a adequabilidade das respostas, com exceção da idade, que apresentou influência, apresentando prática mais adequada aquelas mulheres acima de 50 anos (tabela 16).

Como foi apresentado nas tabelas relacionadas ao conhecimento, atitude e prática, o que se observou foi que apesar das ações realizadas para detecção precoce do câncer de mama na ESF, da disponibilidade dos exames de rastreamento existentes e transmissão através de profissionais e da mídia com relação à problemática desse tipo de neoplasia, ainda não é satisfatório o conhecimento, atitude e a prática dos enfermeiros da ESF nem das mulheres usuárias, do município de Capistrano, refletindo a necessidade de um maior direcionamento de ações voltadas para esse assunto.

## CONCLUSÃO

Ao associar as variáveis com o conhecimento, atitude e prática, pode-se perceber que no que se refere ao conhecimento, a escolaridade e a classe econômica apresentaram relação ao associar às variáveis, no inquérito CAP. Na atitude, mais uma vez a escolaridade traz relação. Outra interferência é a localidade, ou seja, a equipe da ESF. O Centro de Saúde, pertencente a zona urbana do município juntamente com uma localidade da zona rural, apresentaram predominância de respostas satisfatórias. Já com relação à prática, a idade foi o único fator que apresentou influência ao comparar as variáveis.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).
- BUENO, P. C.; NEVES, E. T.; RIGON, A. G. O. Manejo da dor em crianças com câncer: contribuições para a enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 2, p. 226-231, jun. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20307>>. Acesso em: 15 abr. 2013.
- CARDOZO, F. M. C. A influência da depressão e fadiga na qualidade de vida dos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. 2011. 80 f. Dissertação (Mestrado)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-28112011-161630/>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Caderno de Informação em Saúde: Região de Maracanaú**. Ceará, 2013.

CONASS. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama**. Proposta de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama. 2011. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2009\\_2011](http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2009_2011)>. Acesso em: 13 out. 2013.

FERNANDES, A. F. C. Enfermagem e as ações na promoção da saúde mamária. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 449 – 449; jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/248/pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados Gerais do Município**. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=230290](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=230290)>. Acesso em: 07 jan. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **ABC do câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed. Rev. e Atual.- Rio de Janeiro: Inca, 2012. 134p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados Gerais do Município**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=230290>>. Acesso em 25 nov. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **INCA e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em 07 de mar. 2015.

SILVA, F. M. C. métodos de rastreamento do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática de mulheres idosas. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica), Universidade Católica de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Meus agradecimentos às professoras da Universidade Federal do Ceará e aos profissionais do Programa Saúde da Família do Município de Capistrano de Abreu, bem como às mulheres participantes, que me proporcionaram a realização desse trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SALA DE AMAMENTAÇÃO E POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carlos Eduardo de Sousa Praxedes<sup>1</sup>, Liza Barreto Vieira<sup>2</sup>, Maria Sonnara Correia Bitu Lima<sup>3</sup>, Aline Gouveia Martins<sup>4</sup>, Riteméia Mesquita Florêncio<sup>5</sup>, Gerly Anne Nóbrega Barreto<sup>6</sup>

1 Cirurgião-dentista, Curso de Odontologia, Centro Universitário Unichristus (Unichristus), Unidade de Atenção Primária à Saúde Luis Franklin Pereira, Secretaria Municipal de Saúde Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil,

2 Cirurgiã-dentista, Curso de Odontologia, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Unidade de Atenção Primária à Saúde Luis Franklin Pereira, Secretaria Municipal de Saúde Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil,

3 Enfermeira, Unidade de Atenção Primária à Saúde Luis Franklin Pereira, Secretaria Municipal de Saúde Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.

4 Enfermeira, Coordenadora Regional de Saúde VI, Fortaleza-Ceará-Brasil,

5 Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil, [sauededacrianca.fortaleza@gmail.com](mailto:sauededacrianca.fortaleza@gmail.com)

6 Médica Neonatologista, Secretaria Municipal de Saúde Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil, [gerly.anne@hotmail.com](mailto:gerly.anne@hotmail.com)

E-mail: [lizabarreto@gmail.com](mailto:lizabarreto@gmail.com)

Palavras-chave: aleitamento materno, alimentação, bancos de leite, atenção básica.

### INTRODUÇÃO

O leite humano é a primeira fonte de nutrientes que uma criança necessita para seu crescimento nos primeiros meses de vida. Além de nutrir, a amamentação promove o vínculo afetivo entre mãe e filho e tem repercussões na habilidade da criança de se defender de infecções, em sua fisiologia e em seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e também na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2011).

Segundo Giugliani (2002) um dos grandes objetivos dos bancos de leite humano no Brasil é atender a mães de recém-nascidos pré-termo e de baixo termo que estão internados em hospitais. Hoje a literatura está em consenso na recomendação do leite materno para recém-nascidos prematuros incluindo os de baixo peso devido aos benefícios relacionados a qualidade de vida e a sobrevivência dessas crianças.

Algumas vantagens de alimentar o recém-nascido pré-termo com leite materno e/ou leite de Banco de Leite Humano é a proteção contra enterocolite necrotizante (Lucas e Cole, 1990) e infecções em geral (Victora, 1996), além do estímulo a ligação mãe-filho (Giugliani, 2002).

Segundo Almeida (1999) “o banco de leite humano, de acordo com seus idealizadores, foi instituído com o propósito de funcionar como um órgão de proteção social, incumbido de zelar pelos interesses da doadora e de seu filho, sem gerar lucro, destinado a encorajar a amamentação natural mediante a recompensa conferida à nutriz pelo leite doado”.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de implantação de um posto de coleta em uma unidade de atenção primária à saúde no município de Fortaleza, Ceará.

### METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca da implantação da sala de amamentação e posto de coleta de leite humanos da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Luís Franklin Pereira, localizada na Regional VI do município de Fortaleza, Ceará.

A UAPS Luís Franklin Pereira tem uma população adscrita de 14500 habitantes, conta com 3 equipes de saúde da família e uma de saúde bucal, tendo 15 agentes comunitários de saúde, sendo responsável sanitário por três bairros da capital cearense.

A sala de amamentação e coleta de leite humano foi fundada em 22 de maio de 2017 na Unidade de Atenção Primária à Saúde Luís Franklin Pereira. Essa sala foi criada para incentivar a amamentação das mães que moram no território, bem como, incentivar a doação de leite humano para outras crianças que necessitam desse rico alimento. Uma enfermeira e uma técnica de enfermagem da UAPS foram treinadas quanto aos processos de recebimento do leite e orientação das doadoras no Banco de Leite Humano do Hospital Albert Sabin de Fortaleza, estas profissionais replicaram o treinamento para todos os outros profissionais das equipes, inclusive para os setores de recepção e administrativo.

Seguindo o protocolo da Rede Brasileira de bancos de Leite Humano as mães que procuram a sala de amamentação e coleta de leite humano inicialmente recebem orientações sobre a importância do aleitamento

materno e da doação de leite humano, preenchem um cadastro com informações sobre idade, grau de escolaridade, pré-natal, motivo da procura do serviço e tipo de parto.

Em seguida, as mães são orientadas a fazer a higienização das mãos com água e sabão para posteriormente proceder a ordenha do leite materno. As nutrizes recebem uma máscara e são orientadas a evitar conversar no momento da ordenha para evitar a contaminação do leite ordenado. Todo o leite é coletado num frasco de vidro esterilizado que, em seguida, é enviado para um banco de leite de um hospital de referência no município de Fortaleza.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período da inauguração até hoje já foram coletados e doados 9.870 ml de leite humano de 15 mães doadoras de faixa etária entre 19 a 37 anos. Das mães que compareceram a sala de amamentação da unidade 12 (80%) delas foram doar leite, 9 (60%) foram buscar mais orientações e tirar dúvidas acerca da amamentação e 3 (20%) mães procuraram o serviço devido ao ingurgitamento da mama. O estudo de Galvão, Vasconcelos e Paiva (2006) realizado em um hospital público do município de Fortaleza constatou que a maioria apresentava idade entre 16 e 20 anos, eram casadas e que o principal motivo que levou as nutrizes a doar seu leite era o ingurgitamento mamário. Já a pesquisa de Santos, Vannuchi, Oliveira et al. (2009) inferiu que 11% das mães doadoras do banco de leite do Hospital Universitário em Londrina eram adolescentes.

No que tange a algumas condições sociais, inferiu-se que 8 (53,3%) mães relataram que possuem trabalho e 7 (46,6%) que estão desempregadas. Pelegrinne et al (2014) relata que o ato de doação de leite por mães em territórios com muitas vulnerabilidade demonstra um sentimento de motivação em prol da vida do outro, por ser o leite materno um alimento essencial para a vida. O território onde se localiza a UAPS Luís Franklin Pereira é caracterizado por baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) condições de vida desfavoráveis.

A respeito do grau de escolaridade, observou-se que 5 (33,3%) possuíam ensino médio completo, 4 (26,6%) com ensino superior completo, a mesma quantidade de 4 (26,6%) mães com fundamental incompleto e apenas 2 (13,3%) com fundamental completo. Galvão, Vasconcelos e Paiva (2006) observaram na sua pesquisa que as doadoras possuíam instrução do ensino fundamental até o universitário e que a maioria desconhecia os benefícios proporcionados pelo aleitamento materno para a mãe e filho, bem como a importância do Banco de Leite. No estudo de Santos, Vannuchi, Oliveira et al. (2009) 41,8% possuíam segundo grau completo ou superior incompleto e que quanto maior a escolaridade das mães, mais informações elas absorvem por meio das orientações e das campanhas que são realizadas sobre aleitamento materno.

No que diz respeito ao pré-natal das mães doadoras verificou-se que todas as 15 (100%) realizaram o pré-natal, tendo entre 6 a 11 consultas de acompanhamento. Dessas mães, 4 (26,6%) fizeram esse acompanhamento na atenção básica e 11 (73,3%) em outros serviços públicos ou privados.

Das mães doadoras, observou-se que 10 (66,6%) receberam orientações sobre a amamentação durante o pré-natal e 5 (33,3%) não receberam nenhum tipo de orientação. Em relação ao tipo de parto verificou-se que 10 (66,6%) das mães tiveram os filhos através do método à cesária e 5 (33,3%) por via de parto normal.

O estudo de Pinheiro, Machado, Lindsay et al (2010) constatou uma prevalência de 55,3% de aleitamento materno exclusivo aos quatro meses e 46,2% aos seis meses. Verificou-se também que 99,4% realizaram consulta pré-natal e 97,2% receberam orientações sobre aleitamento materno. O estudo apontou baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo, apesar de a mãe ter tido o filho em um Hospital Amigo da Criança, que institucionalmente apoia o aleitamento materno em diversas etapas.

## CONCLUSÃO

A proposta de implantação do posto de coleta na atenção básica esta conectada ao desejo de salvar vidas e de orientar as nutrizes no manejo da amamentação, identificando precocemente possíveis situações de risco ao aleitamento materno. Com a implantação do posto de coleta de leite humano na UAPS percebeu-se um maior interesse dos profissionais nesta temática como a realização de atividades de educação em saúde voltados para a temática.

Em quatro meses o posto de coleta apresenta um desempenho crescente de doações, desde sua fundação o numero de doadoras vem aumentando o que nos estimula a trabalhar e ampliar as ações materno-infantis na UAPS.

## REFERÊNCIAS

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

BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido**: Guia do profissional-Cuidados gerais. Ministério da Saúde. Brasília. 2011.

GALVÃO, M.T.G. VASCONCELOS, C.G. PAIVA, S.S. **Mulheres Doadoras de Leite Humano**. Acta Paul. Enferm 2006;19(2):157-61.

Pelegrinne, J. B. KOOPMANS, F.F. PESSANHA, H.L. RUFINO, C.G. FARIAS, H.P.S. **Educação Popular em Saúde: doação de leite humano em comunidade do Rio de Janeiro, Brasil**. Interface Comunicação saúde educação. n.18, supl.2, p. 1499-1506. 2014.

PINHEIRO, P.M. MACHADO, M.M.T.M. Lindsay, A.C.A. SILVA, A.V.S **Prevalência de aleitamento materno em mulheres egressas de um Hospital Amigo da Criança em Quixadá-CE**. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 94-102, abr./jun.2010.

Giugliani, Elsa Regina Justo. **Rede Nacional de Bancos de Leite Humano no Brasil: tecnologia para exportar**. Jornal de Pediatria, vol 78, n.3, 2002.

Lucas A, Cole TJ. **Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis**. Lancet.; v. 3336, p.1519-23, 1990.  
Victoria CG. **Infection and disease: The impact of early weaning**. Food Nutr Bull; v. 17, p. 390-6,1996.

## **AGRADECIMENTOS**

A todas as doadoras que se dispuseram a esse ato nobre para salvar a vida de outro ser humano;

Aos profissionais da UAPS Luís Franklin Pereira que acolheram a ideia do posto de coleta e a transformaram em uma iniciativa concreta e que beneficia a população;

Ao banco de leite humano do Hospital Albert Sabin por toda assessoria e apoio prestados para a implantação do posto de coleta;

A Coordenação de saúde da criança da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza que apoiou a iniciativa, acreditando na potencialidade do território e da UAPS.

A Coordenadoria Regional VI que buscou recursos financeiros e materiais para a implantação do posto de coleta.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ESTRATÉGIAS DE COPING DE ENFERMEIROS QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE REABILITAÇÃO

Renata Rocha da Costa<sup>1</sup>, Cynthia Lima Sampaio<sup>2</sup>, Maria Fabiana de Sena Neri<sup>3</sup> e Joselany Áfio Caetano<sup>4</sup>.

*Enfermeira. Especialista em Atenção Primária à Saúde; Hospital Universitário Walter Cantídio/EBSERH/UFC, Fortaleza-Ceará- Brasil.*

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Promoção da Saúde. Hospital Universitário Walter Cantídio/EBSERH/UFC, Fortaleza- Ceará-Brasil*

*Enfermeira. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Hospital Universitário Walter Cantídio/EBSERH/UFC, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem na Promoção da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

E-mail: renatarocha@yahoo.com.br

Palavras-chave: Coping. Reabilitação. Enfermagem. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

No ambiente hospitalar existe uma série de fatores que dificultam o desempenho do trabalho de enfermagem, seja de natureza organizacional, física ou estrutural, tornando-se fonte de conflito e desestímulo com a profissão, o que pode ocasionar queixas diversas. A maneira de lidar com essas queixas e a resolução de problemas produzidos por situações estressoras no ambiente ocupacional vêm a ser o *coping* ocupacional. O *coping* ocupacional tem relação direta com a percepção de sobrecarga no trabalho, suporte social e exaustão emocional (PIZZATO, 2007). O modo de enfrentamento pode ter consequências na assistência prestada e na saúde do trabalhador.

O maior tempo em que se experimentam as demandas laborais e o nível de controle emocional demandado para o atendimento dessas demandas, elevam a produção dos hormônios do estresse que, por sua vez, podem desencadear processos de adoecimento físico e mental (VIDAL; ABREU; PORTELA, 2017). O estresse, como agravo mental, traz consequências físicas, por meio da somatização, levando ao absenteísmo dos profissionais de enfermagem por adoecimentos físicos e mentais, podendo interferir na qualidade da assistência e constituindo-se em problema de saúde pública. Estudo realizado em Goiás constatou que 73,6% da equipe de enfermagem apresentou atestados por adoecimento nos últimos quatro anos, apresentando prevalência das doenças do sistema osteomuscular, transtornos mentais e do comportamento (MARQUES et al, 2015).

Os enfermeiros que atuam em unidade de reabilitação de Acidente Vascular Cerebral (AVC) devem ter atitudes de manejo especializado com base em conhecimentos científicos, por tratar-se de pacientes críticos, cuja demanda é crescente, incluindo aumento das necessidades de saúde e aos déficits, o que pode contribuir para o desgaste dos enfermeiros envolvidos (UMANN; GUIDO; SILVA, 2014). Estudos apontam que os profissionais de enfermagem destas unidades relatam dificuldades para realizar posicionamentos e transferências adequadas; ter conhecimento inerente à imobilidade, dependência funcional e diminuição do nível de consciência; prevenção e tratamento de úlceras por pressão, cuidados na incontinência vesical, além de conhecimentos sobre processo e tempo de recuperação funcional, sinais preditores prévios ao episódio de AVC, e como orientar familiares e cuidadores para prestarem assistência (NEVES, 2004).

Em contrapartida, enfermeiros de reabilitação devem possuir habilidades para atuar junto ao indivíduo acometido, proporcionando maiores oportunidades de redução dos danos e incapacidades, promovendo uma melhor qualidade de vida, por isso o *coping* vivenciado por eles deve ser trabalhado para um melhor resultado das suas ações (LESSMANN, 2011). As Unidades de Terapia Intensiva já são alvos de investigação científica sobre os riscos ocupacionais e o adoecimento e enfrentamento de seus profissionais, no entanto, as unidades de reabilitação são pouco estudadas por se configurarem em uma realidade relativamente nova, mas que requerem alta capacidade intelectual e física de enfermeiros (SOUZA, CORTEZ, CARMO, 2017).

Nesse sentido, o enfrentamento é considerado como um mediador entre o estressor e o resultado desse estressor, daí a importância do conhecimento sobre as estratégias de enfrentamento (*coping*) aqui entendido como o mecanismo de reação ao estresse. Face ao exposto, surgiu o seguinte questionamento: Qual o *coping* vivenciado por enfermeiros que trabalham em unidades de reabilitação?

### METODOLOGIA

O estudo tem abordagem quantitativa, descritiva e transversal e foi realizado em um hospital público de referência de Fortaleza-Ceará. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2014 e participaram do

estudo 19 enfermeiros pertencentes aos setores de Unidade de AVC (UAVC) e Unidade de Cuidados Especiais (UCE).

A escolha destes setores deve-se ao fato de apresentarem como maior público o paciente acometido por AVC. Os critérios de inclusão consistiram de enfermeiros, atuando na mesma unidade, há, no mínimo, um ano e, os critérios de exclusão, profissionais em gozo de afastamento (licença médica, férias) no período da coleta de dados ou com tempo de atuação na unidade menor que um ano.

Quanto à aplicação dos questionários, disponibilizamos os instrumentos aos enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O instrumento utilizado foi a escala de *coping* ocupacional (ECO) utilizada por Umann, Guido e Silva (2014) e traduzida e validada por Pinheiro, Troccóli e Tamayo (2003). A escala possui 29 itens que devem ser pontuados, a saber: 1-Nunca faço isso; 2-Raramente faço isso; 3-Às vezes faço isso; 4-Frequentemente faço isso e 5-Sempre faço isso. A ECO procura investigar os aspectos inerentes à questão: “QUANDO TENHO UM PROBLEMA NO TRABALHO, EU...”, distribuídos em três fatores classificatórios: fator controle, fator esquiva e fator manejo de sintomas.

O fator controle consiste em ações e reavaliações cognitivas proativas e seu uso se evidencia nos itens 1 a 11 da escala, a partir das seguintes situações: Converso com colegas que também estejam envolvidos no problema; Tento ver a situação como uma oportunidade para aprender e desenvolver novas habilidades; Dou atenção extra ao planejamento; Penso em mim como alguém que sempre consegue se sair bem em situações como essa; Penso na situação como desafio; Tento trabalhar mais rápida e eficientemente; Decido sobre o que deveria ser feito e comunico às demais pessoas envolvidas; Me esforço para fazer o que eu acho que se espera de mim; Peço conselho a pessoas que, embora estejam fora da situação, possam me ajudar a pensar sobre o que fazer; Tento modificar os fatores que causaram a situação e Me envolvo mais ainda nas minhas tarefas, se acho que isso pode ajudar a resolver a questão.

O fator esquiva refere-se a ações e reavaliações que sugerem fuga ou um modo de evitação e sua utilização se revela nos itens 12 a 20 da escala, a saber: Evito a situação, se possível; Digo a mim mesmo que o tempo resolve problemas desta natureza; Tento manter distância da situação; Procuo lembrar que o trabalho não é tudo na vida; Antecipo as conseqüências negativas, preparando-me assim para o pior; Delego minhas tarefas a outras pessoas; Mantenho a maior distância possível das pessoas que causaram a situação; Tento não me preocupar com a situação e Concentro-me em fazer prioritariamente aquilo que gosto.

O fator manejo dos sintomas traz as ações utilizadas para administrar sintomas gerados por situações estressoras e que estão dispostas nos itens 21 a 29, são eles: Pratico mais exercícios físicos; Uso algum tipo de técnica de relaxamento; Procuo a companhia de outras pessoas; Mudo os meus hábitos alimentares; Procuo me envolver em mais atividades de lazer; Compro alguma coisa; Tiro alguns dias para descansar; Faço uma viagem e Me torno mais sonhador(a).

Os escores de cada fator classificatório da ECO são realizadas pela média dos itens que os compõe, sendo prevalente para cada enfermeiro o fator que apresentar maior média (PINHEIRO, TRÓCCOLI e TAMAYO, 2003).

O projeto de pesquisa foi enviado para aprovação da gerência de enfermagem da instituição selecionada e em seguida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, aprovado com o nº do parecer 530.652. Foram obedecidos os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466/12.

Os dados obtidos em cada domínio dos questionários foram submetidos a testes estatísticos. Os indicadores então coletados foram inseridos em planilha eletrônica, do programa Excel (2007), e, para procedimentos das análises descritivas e inferências, foi utilizado o e o *Statistical Package for Social Sciences* 13.0 (SPSS).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão do *coping* ocupacional de enfermeiros está disposto na Tabela 01 conforme os fatores da Escala de *Coping* Ocupacional.

**Tabela 1-** Comparação das médias dos fatores da ECO nos setores Unidade de AVC e UCE

	N	Média	Desvio padrão
Fator controle	19	3,07	0,42
Fator esquiva	19	2,68	0,59
Fator manejo dos sintomas	19	2,62	0,77

**Fonte:** Dados da pesquisa.



A maior média encontrada foi no Fator controle (média = 3,07 ± 0,42), seguida do Fator esquivar (média = 2,68 ± 0,59) e Fator Manejo dos Sintomas (média = 2,62 ± 0,77). Tais resultados evidenciam que os indivíduos fazem uso de ações e reavaliações cognitivas proativas no ambiente ocupacional.

Partindo-se do princípio de que o enfrentamento é considerado uma ação intencional, física ou mental, que tem início em resposta a um estressor percebido e é dirigido para circunstâncias externas ou estados internos, é possível afirmar que os problemas no ambiente de trabalho foram reconhecidos pelos enfermeiros deste estudo, bem como as repercussões destes na sua saúde e bem-estar. Assim, a possibilidade de agir ativamente frente aos problemas identificados é benéfica para a avaliação do estresse e direcionada as causas principais de desgaste no trabalho.

A promoção da saúde enseja condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (BRASIL, 2002). Dessa forma, o interesse pela qualidade de vida também nos ambientes de trabalho se faz presente e a interação entre as pessoas e o ambiente de trabalho influencia no seu desenvolvimento. A Política Nacional de Humanização (PNH), também buscando melhor assistência no SUS, aponta, como objetivos relacionados ao trabalhador do SUS, promover ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente em saúde que qualifiquem sua ação e inserção na rede SUS, atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho (BRASIL, 2008).

A promoção da saúde na vida do enfermeiro é essencial na prestação do cuidado. Na enfermagem, existem procedimentos que demandam esforço e capacidade em diversos níveis e todos os aspectos que envolvem a pessoa que necessita de cuidados, o enfermeiro deve manter-se em estado de alerta, visto que sua atenção não pode ser tirada de foco. Portanto, as atitudes adotadas pelos enfermeiros do estudo diante de um problema, como: conversar com colegas que também estejam envolvidos no problema, ver a situação como oportunidade de desenvolvimento, trabalhar com planejamento, ser otimista, ser produtivo e eficaz, mostrar liderança, modificar fatores que causaram a situação, pedir ajuda externa na resolução do problema e se envolver com as atividades do trabalho podem trazer a resolução de problemas no ambiente laboral e conseqüente melhoria para a assistência prestada e para a satisfação dos profissionais. Face ao exposto, evidenciamos a necessidade de se instituir estratégias organizacionais e individuais de intervenção para os profissionais de saúde tais como treinamento, capacitação e supervisão dos profissionais além de incentivo à práticas que contribuam com a qualidade de vida e saúde inerentes à alimentação, sono, prática de exercícios físicos, relações interpessoais, planejamento, e reflexões sobre a qualidade dos serviços prestados. (FERREIRA e et al, 2017)

Embora apresentando menor média, o fator esquivar também está presente, sendo o segundo mais adotado pelos enfermeiros, o que pode ser considerado um achado preocupante, visto que nessa categoria predominam ações de fuga e evitação dos problemas. Isso pode ter conseqüências negativas para a saúde dos profissionais, que continuam a se expor a mesma situação estressante sem perspectiva de melhoria e piores conseqüências para pacientes, que podem ter cuidados negligenciados diante das situações como entraves gerenciais, financeiros e de comunicação entre profissionais, onde, comumente, o enfermeiro atua proativamente como advogado do cuidado.

Por fim, o fator manejo dos sintomas também é adotado em menor frequência e constitui de atividades adotadas a nível pessoal pelos enfermeiros para melhorar os sintomas de estresse. Podem ter resultados positivos a curto prazo, mas não colaboram para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

## CONCLUSÃO

As estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros que trabalham em unidade de reabilitação pós AVC foram relacionados ao Fator controle, que envolvem situações como conversar com colegas de trabalho a respeito das situações, procurar aprender com novos desafios e desenvolver novas habilidades, além de cada vez mais envolver-se com o trabalho; dentre outras. Sugerindo que futuras novas pesquisas sejam realizadas com esse tema, pois como limitação do estudo ressaltamos sua realização em apenas um hospital público.

Destacamos que é necessário reavaliar normas, rotinas e processos que corroborem com a prevenção da sobrecarga de trabalho, da falta de controle, da falta de motivação e conflitos de valores que possam influenciar no desempenho das atividades laborais e produzam prejuízos à saúde física e mental dos profissionais de enfermagem e, por conseqüência, diminuam a qualidade da assistência prestada.

Conclui-se que é necessário um olhar para a saúde do enfermeiro, pois o estudo das estratégias de enfrentamento dos profissionais de enfermagem atuantes na reabilitação, podem contribuir para a melhoria das condições de trabalho, gerando ambientes hospitalares mais salutar aos seus colaboradores e seu público-alvo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72p.

FERREIRA, J.S; RIBEIRO, K.V; CARAMURU, P.S; et al. Estresse e estratégias de enfrentamento em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de saúde da família. **Rev Fund Care Online**. 2017 jul/set; 9(3):818-823. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.818-823>

LESSMANN, J.C. et al . Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 1, p. 198-202, Feb. 2011 .

NEVES, P.P.; FONTES, S. V.; FUKUJIMA, M.M.; MATAS, S.L.A.; PRADO, G.F. Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada. **Revista Neurociências**. 2004;12(4):173-181.

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

PIZZATO, M. I. G. Estratégias de Coping. In: CHAMON, E. M. Q. O. (Org.). Gestão de Organizações Públicas e Privadas: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Brasport, 2007, p. 141-152.

UMANN, Juliane; GUIDO, Laura de Azevedo; SILVA, Rodrigo Marques da. Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 891-898, out. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000500891&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500891&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140005000016>.

MARQUES, Divina de Oliveira et al. Absenteeism – illness of the nursing staff of a university hospital. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 876-882, Oct. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000500876&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500876&lng=en&nrm=iso)>. Access on 10 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680516i>

VIDAL, Jahina Moura; ABREU, Angela Mendes; PORTELA, Luciana Fernandes. Estresse psicossocial no trabalho e o padrão de consumo de álcool em trabalhadores offshore. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 6, e00116616, 2017. Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X201700060001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201700060001&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Sept. 2017. Epub July 13, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xe00116616>.

SOUZA, Vanessa de; CORTEZ, Elaine Antunes; CARMO, Thalita Gomes do. Medidas educativas para minimizar os riscos ocupacionais na equipe de enfermagem da UTI. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 9, n. 2, p. 583-591, 2017.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**David Gomes Araújo Júnior<sup>1\*</sup>, Verena Emmanuelle Soares Ferreira<sup>2</sup>, Maria Adelane Monteiro da Silva<sup>3</sup>, Anna Larissa Moraes Mesquita<sup>4</sup>, Amanda Lourenço Tomaz<sup>5</sup>, Ana Jessyca Campos Sousa<sup>6</sup>.**

*1 Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), Sobral-Ceará-Brasil.*

*2 Mestrado em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral-Ceará-Brasil.*

*3 Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/ Docente permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família- RENASF/ FIOCRUZ/UVA e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (UFC), Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral-Ceará-Brasil.*

*4 Bolsista de Iniciação Científica BPI/FUNCAP, Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral-Ceará- Brasil.*

*5 Bolsista de Iniciação Científica BPI/FUNCAP, Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral-Ceará- Brasil.*

*6 Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq, Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral-Ceará- Brasil.*

E-mail: David-junior23@hotmail.com

Palavras-chave: Sífilis congênita, Comunicação, Atenção Primária.

### INTRODUÇÃO

A sífilis congênita resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por via transplacentária ou no momento do parto (BRASIL, 2014a). Apesar de ser um agravo evitável, desde que a gestante seja identificada e as medidas recomendadas sejam aplicadas, ainda permanece como um problema de saúde pública e sua ocorrência evidenciam fragilidades particularmente da atenção ao pré-natal, já que o diagnóstico precoce e o tratamento da sífilis em gestantes e seus parceiros, são medidas simples e efetivas na sua prevenção. A sífilis congênita é considerada, portanto, um indicador para avaliação da qualidade da assistência à gestante (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2006)

A Organização Mundial de Saúde estima 1 milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes e preconiza a detecção e o tratamento oportunos destas e de seus parceiros sexuais portadores da sífilis, considerando que a infecção pode ser transmitida ao feto, com graves implicações (BRASIL, 2015a).

O Brasil é signatário junto à Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial de Saúde para a eliminação da Sífilis Congênita nas Américas. (BRASIL, 2014b). A eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV constitui uma prioridade para a região da América Latina e do Caribe. O documento “Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita”, aprovado em 2010 na Resolução CD50.R12 do 50º Conselho Diretor pelos Estados Membros da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), reafirma o compromisso dos países das Américas para eliminar a transmissão vertical dos dois agravos até 2015. (BRASIL, 2015a).

Todavia, apesar das medidas de intervenção para evitar a transmissão vertical do HIV e da Sífilis estarem disponíveis em todos os serviços de atenção à saúde da gestante, da puérpera e da criança, uma série de fatores sociais, políticos, econômicos e individuais podem dificultar o acesso desta população a essas medidas, contribuindo para a ocorrência de casos por esta via de transmissão em populações com maior vulnerabilidade (BRASIL, 2014b).

De acordo com o Ministério da Saúde houve um progressivo aumento da incidência de sífilis congênita, nos últimos 10 anos. Em 2004 a taxa era de 1,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos e em 2013 observou-se uma taxa de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que a Região Nordeste apresentou a maior incidência de casos com uma taxa de 5,3 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2015a).

Nesse processo de enfrentamento, diversas ações de prevenção foram potencializadas nos serviços de saúde frente às necessidades trazidas pelas demandas das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sendo a atenção básica vista estrategicamente como um espaço potente para a implementação de uma política de cuidado e prevenção no contexto da saúde pública.

No que diz respeito às ações na comunidade, o que inclui o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde indica que deve haver acesso e acolhimento; mapeamento de grupos mais vulneráveis; disponibilização de informações qualificadas sobre IST; disponibilização de insumos de prevenção; inserção da estratégia de redução de danos; articulação com a sociedade civil organizada. (BRASIL, 2014b).

É no espaço das Unidades de Saúde da Família (USF) que devem ser realizado o trabalho de acolhimento; ações de educação em saúde sobre as DST/Aids em sala de espera; diagnóstico e aconselhamento; comunicação dos parceiros sexuais; disponibilização de insumos de prevenção; e abordagem sindrômica das DST. Para o profissional, é requerido: habilidades de comunicação; conhecimento técnico; ausência de juízo de valor; postura ética; atitude empática; sensibilidade às questões socioculturais e emocionais; e sensibilidade às demandas singulares de cada usuário (BRASIL, 2014b).

Diante disso, o objetivo deste estudo foi compreender os desafios da promoção da saúde no controle da sífilis congênita, avanços e entraves na comunicação que os enfermeiros da Atenção Básica vivenciam dentro do seu processo de trabalho.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória descritiva. Pesquisa qualitativa, despontando diante da impossibilidade de investigar e compreender por meio de estatísticas alguns fenômenos voltados para a percepção, à intuição e à subjetividade (Minayo, 2010).

Estudo realizado no município de Sobral, que se situa no norte do Estado do Ceará, à distância de, aproximadamente, 280 km da capital, Fortaleza. Possui população de 214.206 habitantes, 35 equipes de saúde da família, com 100% de cobertura de saúde. Participaram do estudo 35 enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: trabalhavam na Estratégia Saúde da Família no município de Sobral, tivessem o maior tempo no serviço e que aceitasse participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto e outubro de 2016 pela autora e três acadêmicos de Enfermagem previamente treinados. Na coleta de dados foi utilizada a entrevista, o instrumento foi dividido em duas partes: na primeira identificaram-se informações que caracterizassem o perfil das participantes. A segunda era composta por perguntas norteadoras do estudo de forma a conhecer os desafios da promoção da saúde no controle da sífilis congênita, avanços e entraves na comunicação que os profissionais observam dentro do seu processo de trabalho. Para o registro dos discursos dos sujeitos da pesquisa utilizamos um gravador de voz que possibilitou a captação das falas na íntegra, assim como, sua posterior transcrição e análise.

Após a identificação dos enfermeiros, foi solicitada a permissão para a realização da pesquisa, explicando-se o objetivo e a importância do estudo e após aceite com a assinatura do termo do estudo de consentimento livre e esclarecido, iniciava-se a entrevista sobre o qual era garantido, sigilo e anonimato de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Com relação à análise dos dados, foram realizadas suas transcrições e leituras exaustivas, codificadas, analisadas e organizadas através do referencial de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é definido como um processo de análise que utiliza a técnica de agrupamentos e categorização das falas sem triangulação ou modificação destas e, posterior análise (LEFEVRE; LEFEVRE; TEIXEIRA, 2005).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para essa análise iniciamos com a caracterização dos profissionais de enfermagem das unidades investigadas. Foram realizadas entrevistas nas 35 unidades de saúde, totalizando um grupo de 35 enfermeiros, sendo 3 homens e 32 mulheres.

O tempo de graduação variou entre 8 meses e 36 anos com uma média de 11,5 anos. Acreditamos que essa larga diferença entre o tempo de graduação dos entrevistados favoreceu a evidência de diversos pontos de vista e a variação de experiências vivenciadas. O profissional que apresentou o menor tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família tinha dois meses, enquanto o que atuava a mais tempo fazia 22 anos totalizando uma média de 9,4 anos. Em relação a atuação no município de Sobral tivemos valores, entre 2 meses a 31 anos (média de 9,3 anos). Os dados da pesquisa mostram que 18 (51,4%) enfermeiros, atuam há menos de 10 anos na estratégia de saúde da família.

A investigação sobre especializações e/ou pós-graduações identificou que 31,5% (11) dos enfermeiros tem especialização em Saúde da Família, que 17,1% (6) tem duas especializações, Saúde da Família e Obstetrícia e 5,7% (2) são enfermeiros obstetras. A pesquisa mostrou que 77,1% dos enfermeiros entrevistados são especialistas.

Na descrição qualitativa, temos como objetivo apresentar através do Discurso do Sujeito Coletivo, os desafios da comunicação na prevenção e controle da sífilis congênita, compreendido pelos enfermeiros das unidades básicas de saúde de Sobral. A partir da análise das entrevistas feitas com os enfermeiros surgiu a Temática – Fragilidades na prevenção e controle da sífilis congênita.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1

### **Comunicação ineficaz entre os profissionais da saúde e a população**

A dificuldade de diálogo com a comunidade, de conscientização e sensibilização. A maioria das pessoas não conhece a sífilis, não conhece os sintomas, nem tratamento, nem o que ela pode causar para criança. Por mais que a gente explique é difícil, muitos têm baixa escolaridade, o que dificulta entender o problema. E ainda tem o tabu pela sífilis ser uma doença sexualmente transmissível. Acredito que a falta de campanhas educativas, e embora tenha educação em saúde com o tema da DST ainda são poucos. A gente precisa de mais momento de educação em saúde.

O DSC 1 destaca os aspectos relacionados à comunicação no cenário que compõe a ESF. Destacamos algumas barreiras de linguagem ou culturais na comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes. Entendendo que comunicação depende de vários fatores, como recursos verbais e não verbais e, ainda considerando a diversidade cultural que existe em todos os âmbitos inclusive na promoção da saúde e na prevenção de doenças. O contexto do discurso mostra a necessidade de elaborar estratégias de comunicação para que se tenha sucesso na implementação e consolidação das ações de saúde.

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2

### **As dificuldades das ações de promoção frente a necessidade de assistência da demanda na unidade**

Temos muitas metas a cumprir e em muitas unidades a demanda é muito grande. E devido a essa demanda acaba afastando o profissional do papel de prevenção da ESF. Nós não fazemos busca ativa na população, em homens, mulheres ou até mesmo em idosos. Acredito que tem muitos idosos com sífilis também. Se não temos a informação fica difícil fazer o agendamento das consultas. Entendo alguns profissionais de algumas unidades porque a demanda é imensa, mas acredito que a prevenção e o controle seriam muito efetivos se fosse mais trabalhado a busca na população geral.

O DSC 2 traz a alta demanda como um aspecto diretamente relacionados a um distanciamento dos profissionais nas ações de promoção da saúde, que os próprios reconhecem como um papel importante da ESF.

A mudança de enfoque da atenção tradicionalmente curativa para uma abordagem preventiva e de promoção da saúde iniciou-se com a compreensão que saúde transcende aos determinantes biológicos do processo de ser saudável e que é considerada como produção social (DIAS et al, 2012). Dentre as áreas estratégicas que foram definidas para operacionalização da atenção básica encontra-se a promoção da saúde denotando uma confluência da política nacional brasileira com os campos de atuação da promoção de saúde da Carta de Ottawa.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a APS tem como um dos fundamentos e diretrizes coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades (BRASIL, 2012b)

## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3

### **Rotatividade dos profissionais levando a fragilidade de vínculos com a comunidade e em desconhecimento do território de atuação**

A rotatividade de profissionais da atenção básica é constante, isso faz com que os profissionais não conheçam bem o território que atuam, fragilizando muito o vínculo dos profissionais e a comunicação com a comunidade e tudo isso dificulta que os pacientes confiem e façam o tratamento.

O DSC 3 traz a rotatividade dos profissionais de saúde como um fator crítico no enfrentamento da sífilis. A rotatividade dos mesmos compromete o processo de territorialização em saúde, prejudica a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, que dependem do vínculo entre os profissionais da equipe e a população. Aponta que muitos profissionais não conseguem trabalhar com a responsabilização territorial e a vigilância constante dos agravos que acometem a população adstrita ao seu território devido a essa rotatividade influenciando negativamente o alcance dos resultados e a efetividade da prevenção e controle da sífilis congênita.

É importante que o profissional de saúde conheça e entenda a classe, a situação socioeconômica, e cultural dos seus usuários, para que assim, possa estabelecer um planejamento de comunicação mais adequado e esclarecedor para seu público. De nada adianta manter o mesmo diálogo terapêutico direcionado ao um público jovem, para uma pessoa idosa com certas debilitações, pois a maneira de receber, perceber, e decifrar desses dois públicos são diferentes.

## CONCLUSÃO

A comunicação enquanto instrumento para a atenção a família, é utilizada de forma limitada pela equipe de enfermagem que atua na atenção básica. Os trabalhadores desta categoria tendem a usar este instrumento basicamente para consultas clínicas e para conversas quanto as possíveis desordens orgânicas/biológicas. Tal prática encontra-se intrinsecamente relacionada com a dinâmica dos serviços, uma vez que há uma demanda reprimida a ser atendida, sobrecarregando este profissional e delineando ações pontuais e pouco interacionais. Além disso, há a dificuldade em articular olhares distintos para as necessidades dos usuários em virtude do processo de formação em enfermagem ainda apresentar estreita relação com o paradigma biomédico, em detrimento de uma visão contextualizada da vida dos usuários dos serviços de saúde. Pela dificuldade em se desprender da formatação antiga, e avançar na perspectiva de práticas mais dialógicas e reflexivas, torna-se mais “cômodo” e rápido para esse trabalhador realizar a técnica, não contextualizando a inserção social dos indivíduos, não se utilizando de tecnologias leves como o diálogo.

Há a necessidade de se perceber que o diálogo é rico em vantagens podendo contribuir com o tornar-se ciente de si e das suas necessidades, conseqüentemente, favorecendo a reflexão da saúde/doença na perspectiva de transformação. Há que se levar em conta que a Política Nacional de Promoção da Saúde aponta para horizontes mais contextualizados, enfocando dinâmicas diferenciadas para as atuais práticas em saúde. Nesta nova dinâmica trabalhar-se-á não apenas o anátomo-patológico, mas a vinculação com o usuário, a escuta qualificada e a atenção às famílias inseridas nos seus respectivos contextos. Assim, a utilização do diálogo/comunicação como instrumento de reflexão e para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde e também na prevenção da sífilis, onde poderá favorecer outras posturas por parte dos usuários e da equipe de enfermagem envolvida no cotidiano dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Cadernos de boas práticas em HIV/Aids na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico – Sífilis. Ano VI - Nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
- DIAS, A.A et al. Ações de promoção da saúde na atenção básica: o que dizem os docentes e discentes da área da saúde? Cadernos ESP v. 6, n. 2 (2012).
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE A. C.; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira. O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul; Edus. 2005.
- Minayo, M.C.S., (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec.

## AGRADECIMENTO

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo financiamento do projeto de pesquisa que resultou neste estudo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO AMBIENTE EDUCACIONAL DA PÓS-GRADUAÇÃO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Diones Gomes da Silva<sup>1\*</sup>, Antonia Priscila Pereira<sup>2</sup>, Victor Marcel Gonçalves<sup>3</sup>, Francisco Elizauo de Brito<sup>4</sup>, Maria de Fátima Antero Sousa Machado<sup>5</sup> Maria Rosilene Cândido Moreira<sup>6</sup>.

*1\* Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável – PRODER/UFCA, Universidade Federal do Cariri-Ceará-Brasil*

*2 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri (PMAE/URCA)- Ceará-Brasil.*

*3 Especialista em medicina do trabalho, Médico perito da unidade SIASS da Universidade Federal do Cariri- Cariri-Ceará-Brasil.*

*4 Professor Efetivo Adjunto I da Universidade Regional do Cariri – Ceará –Brasil.*

*5 Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (PMAE/URCA)- Ceará-Brasil.*

*6 Docente do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável – PRODER/UFCA – Ceará-Brasil.*

*E-mail: Dhiones.gomes@hotmail.com*

*Palavras-chave: Promoção da saúde. Desenvolvimento sustentável. Pós-graduação. Sustentabilidade.*

### INTRODUÇÃO

A saúde como direito social expresso em nossa carta magna repousa em princípios que estabelecem uma relação entre a preservação da vida humana e ambiental exigindo uma nova forma de pensar nos processos econômicos de produção, de forma que se construa um novo paradigma de desenvolvimento capaz de buscar a simbiose entre a sociedade e natureza.

É nessa perspectiva que temos a ampliação da noção do termo desenvolvimento sustentável que traz em seu escopo princípios que permeiam a satisfação das necessidades básicas de todos os seres humanos no presente, abordando a solidariedade com as gerações futuras, a participação popular como eixo central para a quebra de paradigmas, a preservação dos recursos naturais e do meio ambiente em geral, a construção de um sistema social com garantia de educação, emprego, segurança social e respeito a outras culturas (ANDRADE, 2000 apud NOGUEIRA et al., 2012).

O desenvolvimento de uma região deve ser construído com base no conceito mais holístico de sustentabilidade, resultando em um novo modelo de interação entre o homem e o seu próprio padrão de consumo. A riqueza local deve ser vista como fator desencadeante do bem estar individual e coletivo e não como uma ponte somente para o crescimento econômico e favorecimento para o bem-estar de um determinado grupo de pessoas.

É nessa ótica que a promoção da saúde interage fortemente com as premissas da sustentabilidade, sendo expressa na Política Nacional de Promoção da Saúde – PNaPS (portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014), que considera a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, ambiental, político e cultural em que eles vivem (BRASIL, 2014).

Não distante das raízes que dão base de sustentação a sustentabilidade, a promoção da saúde exige a participação efetiva de todos os indivíduos, reconhecendo a subjetividade das pessoas, a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social, a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade (BRASIL, 2014).

Pensando na construção desse bem viver coletivo surge na Região do Cariri Cearense o Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável (PRODER), criado em 2011 pela Universidade Federal do Ceará - campus Cariri, passando a ser Universidade Federal do Cariri – UFCA no ano de 2013, com a missão de promover o conhecimento crítico e socialmente comprometido para o desenvolvimento territorial sustentável. O Programa tem como objetivo formar e aprimorar pessoas, para que estas sejam capazes de exercer as atividades de ensino e pesquisa sobre temas relativos aos processos de desenvolvimento de uma região, e em especial do semiárido, fornecer assessoria e consultoria, de avaliação e planejamento estratégico, em instituições públicas e privadas, no meio rural ou urbano, em caráter interdisciplinar, bem como fomentar e consolidar pesquisas, de caráter interdisciplinar (BRASIL, 2015).

O PRODER possui atualmente três linhas de pesquisa, a saber: 1) Ambiente e Desenvolvimento Regional Sustentável; 2) Sociedade, Estado e Desenvolvimento Regional Sustentável; 3) Tecnologia e Modelagem. O



conhecimento científico produzido pelo programa tem como foco estimular o surgimento de práticas sustentáveis (BRASIL, 2015). Portanto, considerando a importância das pesquisas desenvolvidas pelo Programa, para o fomento do conhecimento das práticas que favorecem ações de sustentabilidade na região do Cariri e a forte interligação da sustentabilidade com os objetivos da promoção da saúde, além da formação de recursos humanos com o propósito de disseminar esse conhecimento, sinalizamos para pertinência do presente estudo, que busca analisar as pesquisas desenvolvidas pelo PRODER, de forma a demonstrar as contribuições para o desenvolvimento sustentável da região do Cariri.

## METODOLOGIA

Estudo de natureza exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado em agosto de 2017, através do acesso ao banco de dissertações do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável da UFCA.

Foram utilizadas todas as dissertações produzidas pelo PRODER desde o ano de sua criação, sendo 20 (vinte) dissertações do ano de 2011, 15 (quinze) de 2012, 20 (vinte) de 2013, 19 (dezenove) de 2014, e 20 (vinte) de 2015, totalizando 94 (noventa e quatro) dissertações produzidas e entregues ao programa, que versam sobre a temática do desenvolvimento regional sustentável.

A análise de dados foi realizada mediante a utilização dos resumos das dissertações, que foram processados pelo Programa IRAMUTEQ (*Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes L de Questionnaires*), versão 0.7 alfa 2 (RATINAUD, 2009). O IRAMUTEQ é um software gratuito, que se ancora no ambiente estatístico do Programa R possibilitando diferentes análises estatísticas sobre corpus textuais, como a análise lexicográfica (cálculo de frequência de palavras) e análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, e a nuvem de palavras) (JUSTO E CAMARGO, 2013).

Os resultados foram apresentados na forma de figuras, e foram analisados de forma reflexiva e descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados nas figuras geradas pelo programa representam as palavras mais frequentes no texto, assim, percebemos através da análise da Figura 1, que o PRODER tem como vertente principal nas pesquisas, o desenvolvimento, emergindo como termo central da classe 1, com uma frequência de 24,2% nos resumos analisados.

O termo apresentado na classe 1 vem associado principalmente as palavras “sociedade”, “sustentável”, “participação” e “mudança”, sinalizando que para o desenvolvimento sustentável, é preciso que haja participação social, para promover uma mudança na realidade local, na forma como nossa sociedade vem atuando frente a utilização dos recursos naturais, sendo esta compreensão reforçada pelos demais termos apresentados na classe, como, econômico, possível, pensar, comportamento, entre outros. Essa classe nos mostra a sintonia do programa com as dimensões do desenvolvimento sustentável proposta por Sachs (1993; 2002) que as defende partindo da premissa de que o desenvolvimento deve transcender o significado econômico, sendo a sustentabilidade ecológica, econômica, social, espacial, cultural, psicológica, política nacional e internacional.

Na classe 4 com 24, 3%, destacando-se as palavras “solidário”, “economia”, “semiárido”, “familiar”, entende-se que são vertentes transversais, voltando para importância da sustentabilidade, de uma forma mais solidária, de preservação, priorizando o desenvolvimento da economia local, através de bases sustentáveis. O vetor “Solidário” que aparece em ênfase, e sua combinação com outros vocábulos nos mostra que é forte e crescente a influência de pesquisas na área da economia solidária no PRODER, afirmando que esse modelo de organização coletiva é uma realidade na região do Cariri, fortalecendo o potencial endógeno do território na sua capacidade de promoção do seu próprio processo de desenvolvimento. O fortalecimento da participação coletiva dentro de um território tem influência direta no processo de promoção da saúde para a geração e manutenção da qualidade de vida, tendo em vista que os sujeitos envolvidos estão em total sinergia com ambiente que estão inseridos criando oportunidades e resolvendo conflitos através da participação social.

Já na classe 5, com 18,5% das ocorrências, evidencia-se que as pesquisas desenvolvidas pelo PRODER, trazem uma interface importante com o setor saúde, e aspectos relacionados a esta, mostrando que o programa tem mobilizado conhecimentos relevantes para compreensão de que o impacto das ações no meio ambiente repercute na saúde da população. Observa-se através dos vocábulos cruzados (promoção, educação, álcool, drogas, violência e outros) a estreita ligação das pesquisas do programa com as premissas da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) a portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.

Temas considerados prioritários pela PNaPS aparecem fortemente no dendograma como é o caso da educação onde percebemos o vínculo das pesquisas com o ambiente escolar, trazendo uma reflexão sobre a importância de incluir dentro do projeto pedagógico das escolas, as questões relacionadas a saúde ambiental e sua interface com

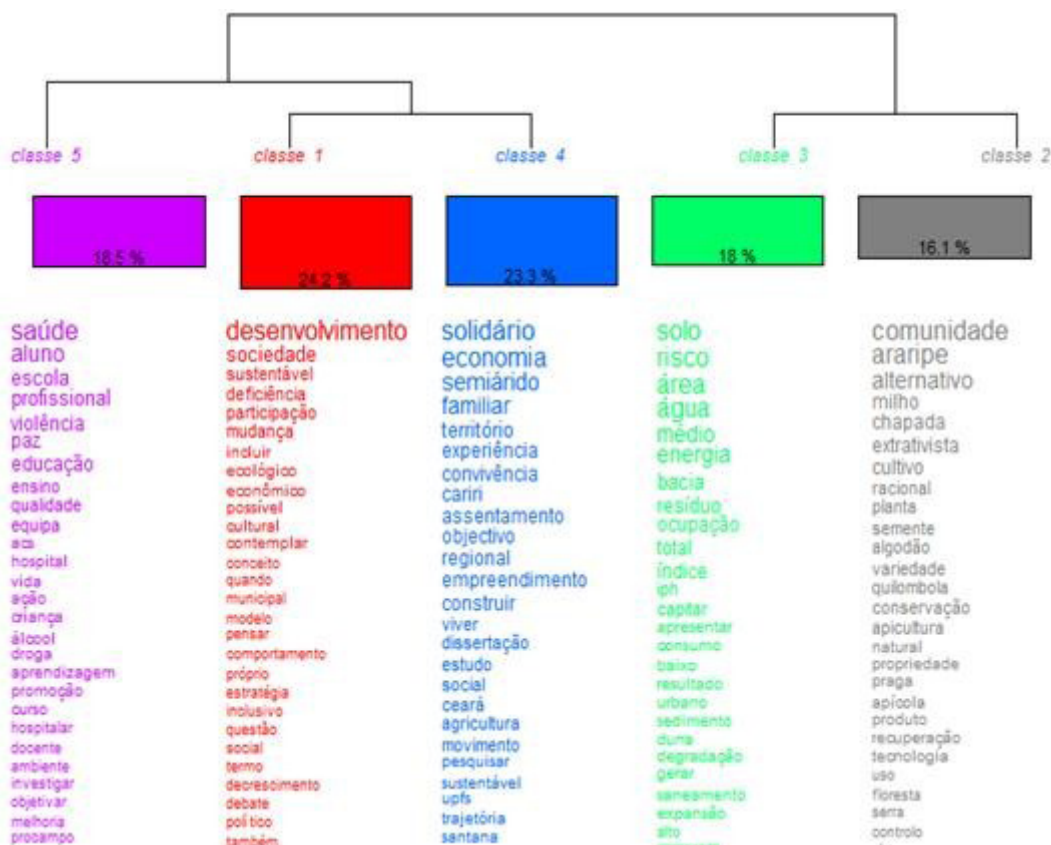


o desenvolvimento sustentável e o aparecimento dos vocábulos “profissional” e “ACS” (Agentes Comunitários de saúde) que remete a pesquisas ligadas a educação permanente de profissionais que são tidos como formadores de opinião, que interagem com os diversos atores de uma comunidade. Emergiram diversos outros temas, como violência, paz, álcool, drogas, sinalizando para o caráter interdisciplinar do programa, confirmando a hipótese de sua relação com a PNaPS.

Sobre outra vertente, a classe 3, com 18% apresenta uma classificação de palavras que relacionam o meio ambiente ao risco de degradação ambiental. Entende-se, a partir das palavras encontradas, que as pesquisas produzidas pelo PRODOR, também versam sobre o processo de ocupação e expansão das cidades, que geralmente ocorre sem planejamento, provocando danos ao solo, recursos hídricos, devido ao saneamento inadequado, aumento do consumo e deposição de resíduos. Esses fatores são responsáveis por impactar a saúde e a expectativa de vida de uma comunidade. De acordo com Silva et al., (2014) essa abordagem socioambiental fundamenta-se no potencial de saúde para impulsionar a qualidade de vida, adota como principais estratégias as ações políticas, a promoção de espaços saudáveis, o empoderamento dos sujeitos, o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes favoráveis à saúde. Pesquisas que focam essa temática tornam-se promotoras de saúde alertando a sociedade quanto aos riscos de morbimortalidade que estão expostos.

Com menos ênfase, a classe 2 traz a simbiose entre os aspectos regionais das comunidades com as formas de produção que estão baseadas na agricultura familiar principalmente na área de floresta da chapada do Araripe respeitando os aspectos culturais, como forma de fomentar a promoção e preservação das tradições e valores da região. No que tange a PNaPS observa-se mais uma vez as pesquisas do programa contemplam uma das temáticas quando estudam os vínculos culturais das comunidades valorizando suas tradições e transformações ao longo do tempo.

Figura 01 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente com as partições e conteúdo corpus da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Na Figura 2, destacam-se as palavras “desenvolvimento”, “sustentável” e “pesquisa”, com maior força de expressão, considerando que o programa desenvolve pesquisas dentro dessas linhas. A expressiva ocorrência de palavras-chave como social, comunidade, saúde, ambiental, local, político e cariri, nos mostra a natureza complexa das discussões que o desenvolvimento sustentável traz dentro de suas dimensões, levando os pesquisadores a uma reflexão sobre a evolução das práticas da sociedade enquanto dependentes da interação com a natureza e com os espaços territoriais que estão em constante transformação possibilitando a vivência em comunidade.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde : PNaPS : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 32 p. Disponível:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_pnaps.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf). Acesso em: 10 de setembro de 2017.

CAMARGO,B.V.;JUSTO,A.M. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. **Temas em Psicologia** – 2013, Vol. 21, nº 2, 513-518.

NOGUEIRA,M.G.;SOUZA,G.O.;ROSÁRIO,L.A.S.Política Pública de saúde e sustentabilidade socioambiental: gestão social frente à relação sociedade-natureza. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, 18(2): 41-53, jul.-dez./2012.

SACHS, I. Estratégias de transição para o século XXI: desenvolvimento e meio ambiente. São Paulo: **Nobel**, 1993.

SACHS, I. Caminhos para o desenvolvimento sustentável. Rio de Janeiro: **Garamond**, 2002.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; AKERMAN, M.; BELGA, S. M. M.; RODRIGUES, A. T. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4361-4370, 2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos as agências de fomento a pesquisa CAPES e FUNCAP pelo apoio.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A RELEVANCIA DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Ivanna Borges Colaço<sup>1</sup>, Mayarlla de França Lima Bezerra<sup>2</sup>, Ana Nathany Viralouca Leite de Araújo<sup>3</sup>. c

1 Graduanda em Psicologia, Faculdade Vale do Salgado, Icó-Ceará, Brasil, ivannaborge123@gmail.com

2 Graduanda em Psicologia, Faculdade Vale do Salgado, Icó-Ceará, Brasil, mayarllafb@hotmail.com

3 Graduanda em Psicologia, Faculdade Vale do Salgado, Icó-Ceará, Brasil, ana-nathany@hotmail.com.

E-mail: ivannaborges123@gmail.com

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica. Desistucionalização. Serviços substitutivos. CAPS.

### INTRODUÇÃO

O início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi marcado pelo surgimento do movimento sanitário, nos anos 70, movimento esse que buscava por mudanças nos modelos de atenção em saúde da época. O mesmo defendia o direito pela saúde coletiva, por equidade na oferta dos serviços, e direitos dos trabalhadores e usuários da saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias. Segundo Yasui esse movimento

(...) “passou a ser animado por uma nova geração de trabalhadores de Saúde Mental, que começou a ingressar nas instituições psiquiátricas em grande número no final dos anos setenta e, especialmente, início dos anos oitenta” (1999, p.74).

A Reforma Psiquiátrica surgiu com o intuito de construir um novo estatuto social para pessoas com transtornos mentais, que lhe garantisse cidadania, e respeito a seus direitos e sua individualidade, promovendo sua contratualidade, ou seja, o resgate da capacidade do sujeito de participar do universo das trocas sociais, de bens, palavras e afetos, inclusos aí não só seus direitos, mas também os seus deveres como cidadão. De acordo com Machado et al (1978) só é possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. Ou seja, é no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria.

A década de 70 é marcada por uma série desses movimentos e lutas. Dentre estes o que se faz pensar o modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Após alguns anos, mas precisamente em 1987, surgiu então, o primeiro CAPS no Brasil na cidade de São Paulo. Em 1989, inicia-se no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Dando início as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos. Mas somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei é então sancionada no país. Titulada como Lei Federal 10.216: que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, entretanto, não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Para o ministério da saúde (2005) os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como dispositivo antimanicomial, um modelo de se trabalhar com os transtornos mentais graves a partir da Reforma Psiquiátrica. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu como serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, utilizando-se de diversos recursos como às atividades de suporte terapêutico buscando a reabilitação psicossocial do usuário, objetivando reinserir o indivíduo na sociedade junto à família e comunidade. As Atividades como suportes terapêuticos consistem nas visitas domiciliares, as oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, atividades físicas e esportivas, festas, lazer e grupos, visando a sua inclusão social e resgate da cidadania. Tais recursos são fundamentais no atendimento do portador de transtorno mental, considerando que este necessita de cuidados terapêuticos que vão além da doença e que englobam as relações interpessoais na comunidade e território em que está inserido.

### METODOLOGIA

O presente trabalho tem como caráter a pesquisa bibliográfica que permite conhecimentos sobre o percurso da reforma psiquiátrica e o processo de desistucionalização através da implantação dos serviços substitutivos, como fonte, matérias encontradas em livros, artigos e sites científicos.

Segundo Gil (2010) a pesquisa bibliografia é elaborada com base em material já publicado. Tradicionalmente, esta modalidade de pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos.

Ainda segundo o autor a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômeno muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muitos dispersos pelo espaço.

Enquanto Andrade (2001) descreve a pesquisa bibliográfica como habilidade nos cursos de graduação uma vez que constitui o primeiro passo para todas as atividades acadêmicas. Ela é obrigatória nas pesquisas exploratórias na delimitação do tema de um trabalho ou pesquisa, no desenvolvimento do assunto, nas citações, e na apresentação das conclusões.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Lei federal 10.216, de 06/04/2001, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, trata dos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, dispondo também sobre o redirecionamento do modelo assistencial no âmbito da saúde mental. A lei garante a esses cidadãos o tratamento humanizado, embasado nos princípios do respeito à dignidade da pessoa humana, buscando a reinserção social do indivíduo no seu meio familiar e comunitário, objetivando sempre o bem-estar e a saúde dos sujeitos, como é trago em seu Art.2º, II. Os equipamentos mais característicos desses serviços, de acordo com a Portaria no 336/2002 do Ministério da Saúde, são os Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) que desenvolve seu trabalho ao público com transtornos mentais severos, pertencentes em sua área territorial, nas formas de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme o Art.1o, 1 (FILHO; NÓBREGA, 2004).

A Política Nacional de Saúde Mental procura garantir a consolidação do novo modelo de atenção na saúde mental, aberto, possuindo base comunitária, onde visa à garantia do direito de circulação das pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou acometidas pelos efeitos nocivos provindos do uso de álcool, crack dentre outras drogas em seu espaço social. A Rede de Atenção Psicossocial, ou RAPS, é instituída com a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. A Rede é constituída com o Sistema Único de Saúde (SUS) e integra serviços e equipamentos variados, sendo esses, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). Incluindo também o programa de volta para casa que fornece bolsas para pacientes de longas internações em hospitais psiquiátricos. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002).

A realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir nas três esferas de governo o cumprimento das políticas de saúde mental, obedecendo aos princípios do SUS e respeitando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estadual. (BRASILIA, 2004). Foi durante a ocorrência da mesma que, se consolidou, dentre outras coisas, o novo modelo assistencial do CAPS como política substitutiva. E é nesse contexto que os Centros de Atenção acabam por adquirir importante relevância nesse cenário no país que se atuam as novas práticas na área da saúde mental, tornando-se assim, um dispositivo de caráter estratégico que vai contra a antiga prática hospitalar de tratamento. Foram articulados pelo Ministério da Saúde, serviços de rede em diversas instancias, como serviços Residenciais Terapêuticos e trabalho protegido, Programa Saúde da Família – PSF, ambulatórios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial, para assim ser garantido de forma assistencial a concretude das novas políticas de saúde mental (CAMPOS, FURTADO, 2006).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) caracteriza-se como um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivo fornecer a população atendimento em sua área de abrangência, promovendo acompanhamento clínico e a reinserção social das pessoas usuárias desse serviço, através da acessão ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e o fortalecimento das relações familiares e comunitárias. O CAPS é um espaço referencial para o tratamento de pessoas que são acometidas por transtornos mentais, neuroses graves, psicoses dentre outros quadros psicopatológicos severos e/ou persistentes, fazendo assim, necessária a permanência do usuário em um serviço de cuidado intensivo, comunitário, personalizado, promovendo qualidade de vida. Sendo este equipamento de saúde mental uma estratégia substitutiva ao antigo modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2004).

Conforme Campos e Furtado (2006), os CAPS são equipamentos configurados como serviços comunitários e ambulatoriais inseridos dentro da sociedade, que fornecem aos pacientes consultas médicas, atendimentos psicológicos individuais e grupais. Desenvolvem também oficinas de atividades lúdicas e recreativas, ateliês abertos, ofertadas pelos profissionais do equipamento, com estratégias articuladas com um projeto terapêutico



singular, objetivando o tratamento e a reabilitação psicossocial dos usuários, não deixando de lado as iniciativas de caráter extensivo aos familiares e ao contexto social e comunitário dos pacientes.

Existem cinco tipos diferentes de CAPS onde possuem funcionamento das segundas às sextas-feiras, com exceção do CAPS III que estende seu horário. O CAPS I que abrange municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. O CAPS II, com municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, podendo haver um terceiro período, funcionando até 21 horas. CAPS III cobrindo municípios com população acima de 200.000 habitantes funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. CAPSi (Infantil) atende municípios com população acima de 200.000 habitantes e funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, podendo também ter um terceiro período, funcionando até 21 horas. E CAPS-AD (Álcool e drogas) com municípios possuindo população acima de 100.000 habitantes, deve funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, no qual pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas (BRASIL, 2004).

Conforme a leitura de Campos & Furtado (2006), diferente do modelo tradicional de saúde mental, a nova arquitetura clínica e institucional do CAPS, traz um novo espaço de produção de práticas sociais que lidam com o adoecimento mental de maneira oposta ao modelo desumanizado anterior à reforma, tratando assim os sujeitos adoecidos, mas não reduzindo-os a somente a dimensão doença. Assim, se faz notório perceber a relevância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, que assume um valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É através do surgimento destes serviços que passou-se a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva aos Hospitais Psiquiátricos no país. Pois o mesmo permite a reinserção social do indivíduo com transtornos mentais, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. Assim como a continuidade e fortalecimento dos mesmos para adequá-los a uma maior cobertura da desinstitucionalização.

## CONCLUSÃO

A Reforma Psiquiátrica marcou o percurso da construção histórica do reconhecimento da cidadania do sujeito com transtorno mental, fortalecido através do surgimento da assistência da rede CAPS e dos serviços de atenção primária. Contribuindo assim para o desenvolver de um novo olhar assistencial. Assim, se faz notório perceber a relevância dessa luta e de suas contribuições, assim discussões se fazem necessário diante das necessidades de uma continuidade desse processo, e do fortalecimento da rede CAPS e toda a rede de saúde mental, para o suporte e abrangência necessária voltada ao público demandado dos hospitais psiquiátricos. Pois tais equipamentos devem ser substitutivos, e não complementares aos hospitais psiquiátricos. Entretanto, ainda é muito falha a atuação do Estado por meio dos serviços ofertados, frente aos novos papéis direcionados aos familiares, que se sentem, geralmente, impotentes no lidar com a situação a que são inseridos, bem como estão, muitas vezes, envolvidos por outras fragilidades resultantes do surgimento do transtorno mental e pelas vulnerabilidades de seu contexto de vida e conjuntura social, por exemplo. Dessa forma, surgiu então alguns questionamentos, dentre estes as modalidade em se oferta a saúde mental, produzida como um progresso ou um retrocesso, eis a questão.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, MARIA MARGARIDA DE / **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico-5ª**. ed. - São Paulo: Atlas, 2001.

Brasil. Ministério da saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, mai, 2006.

GIL, ANTONIO CARLOS, 1946- **Como Elaborar Projetos de Pesquisa/ 5ª edição**- São Paulo. SÁNCHEZ HUETE, JUAN CARLOS. O Ensino da matemática: fundamentos teóricos e bases psicopedagógicas / tradução Ernani Rosa. - Porto Alegre: Artmed, 2006.

Machado, R. et al. (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

Ministério da Saúde: Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas, Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005. Disponível em :[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)

NOBREGA, S. M.; Filho, N. G. V. **A atenção psicossocial em saúde mental: contribuições teórica para o trabalho terapêutico em rede social**, Estudos de Psicologia, 2004, 9(2), 373-379.

SITEMA UNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Comissão Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da saúde, 2002, 213p.

Yasuí, S. (1999). A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico. Dissertação de Mestrado não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, FCL-Assis. Assis, SP.

## **AGRADECIMENTOS**

A Jesus, por ser o princípio de todas as coisas.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS PARA O SUCESSO DA OFERTA DE LEITE HUMANO NAS UNIDADES NEONATAIS

**Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira<sup>1</sup>, Marielle Ribeiro Feitosa<sup>2</sup>, Janaina Landim de Sousa<sup>3</sup>, Fernanda Cavalcante Fontenele<sup>4</sup>, Maria Teresa Costa Vieira<sup>5</sup>, Bárbara Osório Xavier Montesuma<sup>6</sup>**

*1* Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil, [rosymiro@bol.com.br](mailto:rosymiro@bol.com.br)

*2* Mestrado Profissional, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

*3* Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

*4* Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil

*5* Pós-Graduação em Neonatologia, Universidade Federal do Ceará *6* Mestrado em Farmácia, Universidade Federal do Ceará

E-mail: [rosymiro@bol.com.br](mailto:rosymiro@bol.com.br)

Palavras-chave: Aleitamento materno. Bancos de Leite. Neonatologia.

### INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é o alimento mais completo para o crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2011). Não só apresenta todos os nutrientes que ela necessita como também é o único que contém propriedades que ajudam a protegê-las contra diversas doenças. Soma-se a isso, o aumento do afeto e vínculo entre mães e filhos. Além de contribuir com a sustentabilidade do meio ambiente, ainda favorece a economia na família e promove a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2015).

Para apoiar, proteger e promover a amamentação existe os Bancos de Leite Humano (BLHs), que hoje se apresentam como uma das maiores estratégias de política pública para favorecer a continuidade do aleitamento materno, através de consultas para dificuldades encontradas pelas mães, orientações quanto às dúvidas e também quanto a recebimento de doações e controle de qualidade do leite humano (BRASIL, 2008).

Além de contribuir para a manutenção da amamentação, através de apoio nas dificuldades encontradas pelas lactantes com consultas e orientações, educação em saúde para gestantes internas e externas do hospital ao qual pertence, o BLH também tem a missão de captar doadoras de leite humano para pasteurizá-los e encaminhar para as unidades de neonatologia, para bebês que por algum motivo suas mães não conseguem retirar todas as dietas com seu próprio leite.

Com a doação e o estímulo às mamas, as mães lactantes conseguem produzir mais, possibilitando uma manutenção do aleitamento materno por mais tempo (CARVALHO e GOMES, 2017) além de ajudar os bebês internados.

O Banco de Leite Humano onde o trabalho foi realizado, é credenciado como padrão ouro e o hospital ao qual faz parte considerado da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), facilitando assim o compromisso de todos os setores no apoio a amamentação capacitação de seus profissionais quanto aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Além disso, é considerado Hospital de Referência, recebendo além de gestantes procedentes de três regionais de Fortaleza, mulheres encaminhadas para o pré-natal de alto risco, com isso mantendo um número significativo de partos, inclusive com nascimentos de recém-nascidos de baixo peso. Muitas mães não conseguem manter a produção láctea, mesmo com orientações de incentivo a extração de leite contínua, durante a separação de seus filhos para as unidades de terapia intensiva (UTINs) ou a de cuidados intermediários convencionais (UCINCOs). Isso faz com que haja uma necessidade de manutenção de Leite Humano Pasteurizado (LHP) do Banco de Leite, ou seja, constante doação de mulheres solidárias que amamentam seus filhos e que doam seu excesso de leite para após controle de qualidade ser ofertado às UTI's e UCINCO's.

Em maio do presente ano, o BLH em questão contou com uma nova estrutura, com salas bem mais modernas, novos equipamentos, capacidade para um maior número de atendimentos simultâneos, mas apresentando a margem de segurança do estoque de leite humano abaixo da meta estabelecida.

Diante do que foi exposto decidiu-se realizar um levantamento de estratégias que facilitasse o aumento de leite humano ordenhado cru (LHOC) e conseqüentemente o leite distribuído para a unidade de neonatologia, bem como apresentar o resultado encontrado.

### METODOLOGIA

Estudo de caráter descritivo, realizado durante os meses de maio a agosto de 2017, no Banco de Leite Humano de um hospital de referência localizado no município de Fortaleza/Ceará.



Inicialmente foi realizada reunião com a equipe pra identificar dificuldades encontradas e traçar metas e estratégias para melhoria dos resultados.

A coleta de dados foi através do preenchimento de ficha que incluía além de outros dados, metas estabelecidas e prazos. Foi utilizada também tabela contendo indicadores para posterior avaliação.

A análise de dados foi realizada por meio de gráficos e apresentada a toda a equipe para discussão e avaliação das estratégias desenvolvidas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após reunião com membros da equipe que compõe o Banco de Leite da MEAC foi identificado algumas estratégias que facilitassem o aumento do leite humano coletado, como manter fixo o segundo profissional da Sala de Extração de Leite Humano, o que facilitaria o aumento das doações das mães de bebês das unidades neonatais, bem como um tempo maior para incentivo a retirada de Leite Humano Ordenhado Cru (LHOC) e orientações quanto às não conformidades.

Não-conformidades é a designação dada ao não atendimento aos requisitos de qualidade estabelecidos (BRASIL, 2006). Algumas mães enviam leite humano para doação mas durante avaliação pelo controle de qualidade apresentam sujidades, como pêlos, cabelos, descamação de pele, acidez elevada, embalagens inapropriadas, dentre outros, fazendo com que o leite se torne inadequado para o consumo. O BLH repassa orientações acerca do que pode ser feito para que essas não-conformidades sejam evitadas. Uma das estratégias foi intensificar além do repasse de informações por meio do whatsapp, as ligações realizadas para essas doadoras, bem como o check list desenvolvido para explicação do procedimento e cuidados na hora da coleta.

A mídia também foi envolvida como medida de sensibilização da comunidade na doação de leite humano.

Outro ponto destacado foram as parcerias com outras instituições, o que resultou no contrato com um novo Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH) durante o período apresentado. Outro PCLH também está em espera, no momento, apenas da parte burocrática para estabelecimento de convênio.

Ações de educação em saúde foram intensificadas, não somente pelos integrantes do BLH, mas por todos os setores do hospital, principalmente no mês de agosto que é comemorado a Semana Mundial do Aleitamento Materno, que contou com uma grande participação através de cursos, palestras, sessões de cinema, gincanas, aulas em outras instituições, dentre outras.

Também foi sugerido e solicitado mais um motorista para o BLH, para que nenhuma doação domiciliar fosse retardada ou perdida.

Diante dessas estratégias foi possível verificar um aumento na quantidade de leite coletado e conseguir alcançar e ultrapassar a margem de segurança, de leite humano pasteurizado, estabelecida.

Ao avaliar os meses limites do estudo, pode-se observar que o volume de Leite Humano Exclusivo de 40,9 litros no mês de maio, em agosto foi de 70 litros. O volume de leite humano coletado que no primeiro mês do estudo foi de 92,4 litros, no último mês avaliado foi de 154,5 litros.

No que se refere ao leite distribuído para as unidades neonatais, que em maio foi de 44,7, em agosto foi de 76,8 litros. O número de doadoras também aumentou de 145 para 203 lactantes nos meses em questão.

Importante também ressaltar a capacitação na Oficina Qualineo, estratégia de redução da mortalidade infantil, em que foi apresentado a Norma Técnica do Ministério da Saúde, incentivando a retirada do leite humano na beira do leito, inclusive nas unidades neonatais, sendo oferecido na hora, considerado mais uma ação que favorece a oferta do LHOC aos recém-nascidos internados. A presente norma foi repassada para os membros do BLH, disponibilizado em local de fácil acesso e distribuído entre chefias do hospital.

Outra importante ação foi a introdução da colostroterapia no hospital, proporcionado melhor proteção ao recém-nascido e facilitando um maior vínculo da mãe.

## **CONCLUSÃO**

Concluiu-se que o trabalho em equipe e a interdisciplinariedade para um serviço é de extrema importância para o alcance de resultados e que a discussão e exposição de estratégias a serem desenvolvidas influenciam positivamente com o alcance dos objetivos.

No que se refere ao Leite Humano Ordenhado e na doação desse leite, ações de educação em saúde, sensibilização de lactantes e profissionais e reorganização do serviço ao importantes para aumento do leite coletado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23);

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-nascido: guia para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4v.: il- (Série A. Normas e Manuais Técnicas).

CARVALHO, M. R.; GOMES, C. F. Amamentação: bases científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à equipe do Banco de Leite Humano e dos demais setores da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, à Universidade Federal do Ceará, as mães que doam leite humano para os BLHs e a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuem com a manutenção da amamentação e oferta de leite humano.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE PARA O SABER SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

**Francisco Ricardo Miranda Pinto<sup>1</sup>, Carlos Henrique do Nascimento Moraes<sup>2</sup>, Francisca Alanny Araújo Rocha<sup>3</sup>, Hermínia Maria Sousa da Ponte<sup>4</sup>, Patrícia d'Ávila Siqueira<sup>5</sup>, Danielle d'Ávila Siqueira<sup>6</sup>**

*1 Graduação em Enfermagem, Centro Universitário INTA-UNINTA, Sobral-Ceará-Brasil*

*2 Curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral-Ceará-Brasil.*

*3 Curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral-Ceará-Brasil.*

*4 Curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral-Ceará-Brasil.*

*5 Curso de Serviço Social da Faculdade Cearense (FAC), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*6 Curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral-Ceará-Brasil.*

E-mail: [alannyrocha2009@hotmail.com](mailto:alannyrocha2009@hotmail.com)

Palavras-chave: Educação e Saúde. Promoção da Saúde. Metodologias Ativas. Infecções Sexualmente Transmissíveis.

### INTRODUÇÃO

Os documentos oficiais brasileiros apontam a juventude como a fase que sucede a adolescência, ou seja, entre 19 a 29 anos de idade. O Brasil terá segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), até o ano de 2060, 22.879.053 jovens com faixa etária entre 20 a 29 anos de idade (BRASIL, 2016).

O crescimento da população jovem confirma aumento da expectativa de vida do brasileiro e melhor qualidade de vida, porém os dados epidemiológicos apontam um cenário preocupante com mais de 700 mil casos de HIV/AIDS em adultos em 2015 e mais de 770 apenas em crianças (BRASIL, 2015). Este aumento alarmante no Brasil tem os jovens-adultos como grupo em maior estado de vulnerabilidade e de ascensão no diagnóstico (BRASIL, 2014).

Com nova nomenclatura desde 2015, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Profilaxia Antirretroviral Pós Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são, reconhecidamente, transmitidas pelo contato direto nas relações sexuais realizadas sem preservativo onde pelo menos um dos participantes está infectado e/ou por meio do uso coletivo de objetos pessoais que não tiveram uma limpeza adequada, ou ainda, pelo manejo incorreto de objetos perfuro-cortantes contaminados por vírus, bactérias e/ou fungos receberam, (BRASIL, 2015).

As informações sobre as IST ocorrem amplamente, todavia há escassez ou ineficiência no uso dessas informações e, conseqüentemente, falhas na proteção integral, que contribuem para que esta infecção/doença esteja entre as cinco principais causas de busca pelos serviços de saúde e com ampla variedade de problemas para o infectado como infertilidade, aborto espontâneo, malformações congênitas, doenças oportunistas e suas co-infecções e, se não receberem os devidos cuidados, podem levar à morte (BRASIL, 2014).

A educação em saúde se torna um poderoso aliado na reversão deste quadro, uma vez que somente através da informação adquirida é que se esperam práticas seguras de proteção sexual. Diante do exposto, o trabalho teve como objetivo geral difundir conhecimentos gerais sobre as IST para o público da fase jovem-adulto através de metodologias dinâmicas.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência a partir de uma intervenção educativa sobre IST, contribuindo para uma reflexão crítica. Enquanto estudo qualitativo busca compreender as diversas dimensões existentes no que é exposto, expresso pelo participante da pesquisa (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). O cenário selecionado para desenvolver o estudo foi a Escola Municipal Santa Fé (nome fictício), que fica localizada em Sobral – CE, junto ao público adulto-jovem com 32 participantes, alunos regularmente matriculados na EJA (Educação de Jovens e Adultos) no turno da noite.

O *lôcus* da intervenção está localizada na Rua Pintor Lemos, 901, Centro, sob jurisdição da Prefeitura Municipal de Sobral, atende desde o Ensino Infantil, Ensino Fundamental e a Educação de Jovens e Adultos (EJA) também do Ensino Fundamental, em uma estrutura física com oito salas de aula, secretaria, laboratório, diretoria, Sala de Atendimento Educacional Especializado (AEE) e outros.

O universo da pesquisa foram os 862 estudantes registrados na escola, já a amostra foi representada pelos 82 da EJA distribuídos nos turnos manhã, tarde e noite selecionados atendendo como critério de inclusão estar

regularmente matriculado na escola e na EJA, no turno noturno e que fosse maior de idade e como critério de exclusão que o estudante estivesse frequentando as aulas e estivessem ausentes na escola na noite selecionada.

Foi desenvolvida a intervenção de Educação em Saúde abordando IST, utilizando metodologias diferentes das habituais, partindo da ideia de que o público já tinha presumivelmente certo grau de maturidade, sendo necessário inovar para uma boa adesão por parte dos mesmos. O próprio tema e a visão de tabu que ainda o permeia contribuíram para a adesão, corroborada pelo uso de um “labirinto” montado em uma sala de aula.

A ideia do labirinto adveio de um projeto, atividade maior desenvolvido no Centro Universitário, identificado por “Sexo: Descobrimos Sensações”, que trata centralmente do tema IST. Para utilizá-lo no espaço escolar foram necessárias adaptações para, assim como no original, trabalhar os sentidos dos sujeitos da pesquisa com a intenção de promover educação sexual de forma atrativa e participativa, dialogando com os conhecimentos existentes.

Foi utilizado material instrucional como o tecido não tecido (TNT) na cor preta para formar quatro espaços por onde os participantes iriam passar, formando o conjunto destes o espaço total do labirinto. No primeiro espaço foi utilizada uma prótese peniana com uma película de verrugas e também uma substância consistente feita com a mistura de maisena e água. No segundo foram necessárias fotos masculinas e femininas recortadas de revistas, na terceira, preservativos masculinos e na quarta foram disponibilizados panfletos educativos e mais preservativos masculinos.

Os resultados são expostos e discutidos levando em consideração a estatística descritiva simples, a exposição da intervenção e reflexão dentro das questões que foram captadas a partir da experiência e observação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 32 estudantes distribuídos em três salas que funcionam no turno da noite da escola *lócus*, o que equivaleu a 39% do quantitativo total de alunos matriculados na EJA. Dos 37 (100%) estudantes participantes havia 17 (57%) do sexo masculino e 15 (43%) do sexo feminino. Em se tratando de religião os 32 (100%) se autodenominaram católicos ainda que 26 (80%) dissessem ser não praticantes. Quanto à união conjugal, 22 (70%) afirmaram ter relação conjugal e dentro do grupo dos 22 haviam 11 (50%) com união conjugal não reconhecida em cartório e/ou igreja.

Quanto à experiência, na primeira sala do labirinto, dois participantes eram vendados e levados a duas cadeiras, onde já sentados recebiam nas mãos a prótese peniana com a película de verrugas e a substância de maisena. Ao expressarem estranheza ou natural ao toque, era explicado que o que eles haviam achado poderia ser indicativo de IST e que mesmo sem ver, pelo tato eles poderiam perceber anormalidades nos órgãos sexuais que os estimulariam assim a procurar ajuda. Além disso, foi feita numa abordagem breve do que eram as infecções, como poderiam ser transmitidas e o que poderiam causar.

Na segunda sala, os participantes eram convidados a escolher se relacionar uma noite com um dos homens ou mulheres que estavam expostos através de fotos. Eram informados que, independente dos seus critérios de escolha, na situação proposta, o hipotético sexo iria ocorrer sem o uso de preservativo. Após a escolha foi solicitado para os participantes pegarem um suposto resultado de exame embaixo das imagens que, quando positivo, oportunizava a discussão de que se aquela fosse uma situação real, a contaminação com a doença do parceiro poderia ter ocorrido em apenas uma relação sexual desprotegida. E diante do sinal negativo reforçava-se a necessidade da prevenção, do uso do preservativo e principalmente da percepção de que rostos não definem que tem IST ou não.

Na terceira sala, vendados novamente e acomodados em cadeiras, os participantes eram colocados em contato com preservativos masculinos nos dedos objetivando desmistificar que a camisinha tira a sensibilidade, onde para confirmar a ideia exposta, apertava-se e soprava seus dedos questionando sobre as sensações que estavam sentindo. Diante da unanimidade de respostas positivas, reforçava-se que mesmo com o uso do preservativo era possível desfrutar sensitivamente da relação sexual e que, portanto, eram injustificáveis os argumentos para não se prevenir.

A intervenção no labirinto era finalizada na quarta e última sala, onde eram feitos, gentilmente, os agradecimentos pela participação de todos e entrega de panfletos educativos juntamente com preservativos. Para encerrar a intervenção, os alunos foram convidados a retornar às suas salas e naquele espaço houve a discussão, orientações sobre os cuidados que deviam existir no uso do preservativo, além da aplicação e verificação dos resultados do pós-teste.

É imaginável que no século XXI, o século da tecnologia, das mídias em alta, as pessoas já tenham conhecimentos amplos sobre o que significa DST, todavia os dados reforçam que antes da intervenção havia um considerável quantitativo desconhecimento do significado do termo DST.

Entre os fatores que podem ser elencados como responsáveis pelos índices de contaminação estão a desinformação sobre o assunto e a falta de preparo familiar para orientar seus jovens sobre sexualidade, o que

pode estar relacionado ao constrangimento, à falta de conhecimentos sobre DST e a pouca liberdade de diálogo entre pais e filhos, resultados de uma cultura em que o sexo ainda é assunto envolto em diversos preconceitos (DANTAS, et al., 2015).

A literatura aponta ainda que as escolas estão longe de trazer ao público estudantil a realidade das IST por diversos motivos sendo possível elencar o despreparo do profissional docente para lidar com essa temática no espaço da sala de aula. Não se pode apenas colocar essa responsabilidade para os docentes visto que as próprias secretarias municipais da educação e da saúde não conseguem dialogar na mesma perspectiva de preparar o profissional da saúde para atuar junto aos estudantes quando se tratar dessa temática (PINTO, ROCHA; AMORIM, 2014).

A baixa instrução familiar dificulta a abordagem de questões relacionadas à sexualidade, ao uso de preservativo e formas de prevenção/contracepção com os filhos (adolescentes/jovens), devido ao desconhecimento sobre o assunto. Assim, muitos pais acabam transferindo a tarefa da orientação sexual de seus filhos para a escola e, muitas vezes tem dificuldade para cumprir esta missão, considerando que o professor pode se sentir despreparado para lidar com a orientação sexual junto aos estudantes (PINTO, ROCHA, AMORIM, 2014) (BRASIL, 2013).

Fica implícito que a falta de informação ainda é muito grande sobre como ocorre a transmissão das IST. Estes resultados servem de alerta para os educadores, considerando que embora sejam veiculadas na mídia informações acerca da importância de medidas preventivas para o HIV/AIDS, e as ações implementadas nas escolas relacionadas à educação para a saúde dos jovens, os participantes do estudo ainda apresentam lacunas de conhecimento. Assim, constata-se uma banalização e um inconsistente domínio sobre o tema, descrito nos estudos onde é afirmado que o uso do preservativo não é uma prática consistente e generalizada, que pode ser explicado pela falta de conhecimento necessário acerca da transmissão das DST e das medidas preventivas (SILVA, et al., 2013).

É importante destacar que pouca ou quase nenhuma visão é dada às outras formas de IST como por exemplo a Sífilis, a Herpes, o HPV, a Gonorréia e outras de caráter não menos agressivo. Enquanto se discute pouco sobre essas infecções os números vão assumindo patamares assustadores e vão colaborando para agravos mais severos à saúde e à vida.

Quanto ao uso da camisinha é indiscutível que culturalmente há resistência e não se trata apenas de adolescentes e jovens, mas também entre pessoas com faixa etária mais avançada conforme apontam estudos que dão conta de aumento nos índices de HIV/AIDS em pessoas mais velhas. Para perceber que relações há entre estes dados e a realidade é preciso analisar e perceber que a expectativa de vida do brasileiro aumentou e com ela o prolongamento/estirão do período de vida sexual, além do uso de estimulantes sexuais (OLIVEIRA; PAZ; MELO, 2013).

Percebe-se de certa forma que há outro cenário a ser analisado e discutido nas respostas apresentadas pelos participantes. Uma análise pormenorizada aponta que na questão inicial os participantes não souberam definir o que é DST, mas na resposta final eles conseguem definir sem uma grande margem de diferença o que pode causar. Qual realidade está omissa é o que se configura como outro foco de estudo, pois fica implícita que essa pode ser uma situação já vivenciada pelos participantes visto que houve expressiva maioria.

Não se pode omitir que a maioria dos participantes da pesquisa são homens e esse pode ser um dos fatores justificadores dos resultados apontados dada a dificuldade, ainda que com busca ativa, de captar o homem e conseqüentemente sua ida à Estratégia de Saúde da Família para consultas de rotina. Os poucos estudos e as questões e relações culturais ainda sobrepõem a necessidade de busca por saúde pelo público masculino. Nesta tentativa de um novo olhar sobre o homem foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, porém ainda não se tem dados oficiais e satisfatórios (BRASIL, 2008).

Por fim é plausível discutir ainda que as observações antes da intervenção permitiram considerar que muitos desconheciam até mesmo o significado do termo DST, nomenclatura utilizada na publicação do Ministério da Saúde, alterado para IST. Percebeu-se também que a falta de informação ainda era muito significativa no que diz respeito à transmissão, atitudes e formas de prevenção. Apesar de toda a falta de informação percebida, é possível inferir que a maioria dos participantes sabem o que as IST podem causar, cuja preocupação concentrou-se no interesse de informações precisas sobre a temática em discussão.

Não saber como se dá a transmissão é um fator preocupante e coloca as áreas da Educação e da Saúde em estado de alerta, pois deixa bem clara a realidade de ineficiência de ações intersetoriais. É importante reforçar que não se podem acompanhar todas as pessoas com vida sexual ativa, todavia é crucial perceber que a Educação e Saúde é reconhecidamente uma das formas de promover empoderamento aos grupos, independente de seus estratos. É importante que se saiba as vias de transmissão, mas não apenas saber e sim também compreender os cuidados a serem tomados em cada situação (BRASIL, 2006).

## CONCLUSÃO

As IST são um grave problema de saúde pública não deste século, mas de outrora. São objeto de rejeição e de estigma social, associado ao preconceito, não tem seus dados reduzidos, não se trata de uma preocupação pontual, mas de evitar outras comorbidades e até mortalidades que são associadas às mesmas, bem como a suscetibilidade a outras patologias.

Não obstante as questões fisiológicas, são enormes os gastos públicos com tratamentos para IST que por vezes são ignorados, parados e abandonados ao longo da caminhada sem falar no investimento em preservativos e campanhas de orientação, promoção e prevenção da saúde, com poucos efeitos e resultados positivos a curto prazo, tomando por base os dados dos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde.

O que se traz como considerações a partir dos resultados e das reflexões suscitadas ao longo da experiência é que a população ainda é e está despreparada para lidar com assuntos que são presentes em suas realidades e que os Aparelhos Ideológicos do Estado (AIE) apesar de todos os seus esforços não parecem estar conseguindo contribuir para uma evolução quanto à redução dos dados estatísticos de IST na população.

Uma análise geral da intervenção educativa realizada permite concluir que a atividade obteve êxito, visto que oportunizou a construção de conhecimentos tão importantes para um grupo social vulnerável e carente de informação.

Ao passo que foi uma experiência muito rica e instigadora para nós acadêmicos foi, ao mesmo tempo, preocupante, por suscitar questionamentos sobre como ou quando está sendo realizada a circulação de informações sobre IST, já que muitos participantes desconheciam fatos simples sobre elas. Ficou exposto que as informações não estão chegando ao público alvo de forma satisfatória.

Diante deste fato é importante instigar outros estudos e novas metodologias devem ser levadas adiante a fim de revertermos o cenário encontrado.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções População 2013**: Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf)>. Acesso em 07.set.2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS – 2014**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- DANTAS Karla Temístocle de Brito, et al. Jovens universitários e o conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis – contribuição para cuidar em enfermagem. **Rev. pesq. cuid. fundam.**, v. 7, n. 3, p. 3020-3036, jul-set, 2015.
- OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de; PAZ, Leidijany Costa; MELO, Gislane Ferreira de. Dez anos de epidemia do HIV-AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal – Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 1, p. 30-9, 2013.
- PINTO, Francisco Ricardo Miranda; ROCHA, Jefrei Almeida; AMORIM, Rosendo Freitas. **Educação Sexual e Currículo: novos diálogos sobre formação de professores em Varjota-CE**. 83f. Monografia (Especialização em Coordenação Pedagógica) – Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Ceará, 2014.
- SAMPIERI, Roberto Hernández, COLLADO, Carlos Fernández, LUCIO Maria del Pilar Baptsta. **Métodos de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
- SILVA Anderson Pinto da, Machado, et al. Conhecimento e percepção de vulnerabilidades para o HIV/ AIDS entre os acadêmicos de uma universidade privada. **Revista Enfermagem Uerj**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 618-23, dez, 2014.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONSTRUÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMPARTILHADO E INTERDISCIPLINAR COMO ESTRATÉGIA FORMATIVA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Dayse Lôrrane Gonçalves Alves<sup>1</sup>, Josualdo Araujo Lima Ribeiro<sup>2</sup>

*1 Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE.*

*2 Residente Multiprofissional em Saúde da Família - Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE.*

E-mail: [dayselorranealves@gmail.com](mailto:dayselorranealves@gmail.com)

Palavras-chave: Projeto Terapêutico Singular. Estratégia Formativa. Residência Multiprofissional.

### INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Integrada em Saúde, oferecido pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), objetiva formar lideranças técnicas, científicas e políticas por meio da interiorização da Educação Permanente Interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das Redes do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, além de formar profissionais qualificados, humanizados e comprometidos para atuação no SUS, esse programa também busca gerar melhorias nos serviços, instituições e municípios onde atua.

Os profissionais-residentes estão imersos nos serviços das redes de atenção e sua formação dar-se no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, no ciclo ação - reflexão - ação. Dessa forma, o processo formativo da Residência acontece baseado em atividades disparadoras, que, como o nome indica, trazem em si um modelo diferenciado de educação, pois criticam modelos prontos, verticalizados e descontextualizados do SUS de formação na área da saúde e, ao invés disso, procuram ativar-estimular processos reflexivos, críticos e de aprendizagem de aspectos teóricos e práticos a partir das necessidades dos serviços e da população.

Neste contexto, no Módulo de Atenção Integral à Saúde do Adulto na Saúde da Família, específico da ênfase comunitária, os residentes trabalharam com ferramentas da Clínica Ampliada que ajudam as equipes de saúde na operacionalização do Cuidado Integral no cotidiano do serviço: como o Genograma, o Ecomapa e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Ante ao exposto, a atividade proposta no final do módulo tratava-se da construção coletiva e interdisciplinar de um PTS, que contribuísse para efetivação da Clínica Ampliada e do Cuidado Integral no cenário de prática dos residentes.

Para a efetivação do cuidado integral, torna-se imprescindível que os serviços ofereçam atividades inovadoras e diferenciadas, tanto de cunho preventivo, quanto assistencial, as quais estejam de acordo com as necessidades dos usuários e dos territórios. Dentro desta perspectiva, a clínica ampliada surge como uma proposta de atenção integral à saúde, pois considera o usuário como o centro do cuidado, o que diz respeito à urgente necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas clínicas, e leva em consideração a complexidade dos indivíduos e a multicausalidade das doenças na análise e diagnóstico dos problemas de saúde (BRASIL, 2010). Dessa forma, a clínica ampliada constitui-se em um compromisso ético e radical com o usuário e em uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) caracteriza-se como uma instrumento da clínica ampliada, o qual promove cuidados integrais e longitudinais em saúde por meio da construção compartilhada de condutas terapêuticas. Geralmente, é desenvolvido com indivíduos, famílias ou grupos e utilizado para intervenções em casos complexos e emblemáticos do território (BRASIL, 2010).

Historicamente, o PTS desenvolveu-se no campo da atenção à saúde mental, atrelado às práticas de saúde interdisciplinares que questionavam o modelo psiquiátrico hegemônico, pois as mesmas procuravam respeitar os usuários em suas diferenças e em todas as suas dimensões constitutivas, além de considerá-los como sujeitos ativos dos seus tratamentos (PINTO *et al.*, 2011). A referida ferramenta de atuação clínica é, atualmente, utilizada em outros espaços de atuação de equipes interdisciplinares, como na Estratégia de Saúde da Família. Neste contexto, é um recurso de trabalho diferenciado que os profissionais da atenção primária podem apropriar-se para dar respostas resolutivas às necessidades de saúde da população.

O PTS deve envolver o usuário, sua família, sua história, sua cultura, sua vida cotidiana e sua qualidade de vida, já que busca promover a autonomia e a cidadania dos usuários frente aos seus processos de saúde-adoecimento e cuidado. Para a construção do PTS, escolhe-se um coordenador, o qual será o profissional que possui maior vínculo com o usuário e sua família, para facilitar a efetivação do projeto terapêutico em quatro momentos: Diagnóstico da situação, Definição de ações e metas, Divisão de responsabilidades e Reavaliação (BRASIL, 2010).

O Diagnóstico envolve uma visão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo, família ou grupo e ocorre por meio da avaliação dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, considerando os riscos e vulnerabilidades da situação singular de saúde. A equipe procura compreender como o usuário posiciona-se e se coproduz diante da vida e da situação de adoecimento ao levar em conta suas singularidades, desejos e interesses, assim como o trabalho, a cultura e a rede de apoio social. É relevante que não sejam elencadas somente as vulnerabilidades do caso, mas também as potencialidades. Na construção do diagnóstico, a opinião do usuário deve sempre ser levada em consideração, inclusive na definição do que é saúde, adoecimento e problema (BRASIL, 2010).

Na Definição de ações e metas, todos os participantes do PTS, em especial, o próprio usuário, são envolvidos na construção de propostas para serem desenvolvidas a curto, médio ou longo prazo, que respondam às necessidades de saúde apontadas no diagnóstico. A negociação das metas ocorrerá por meio da facilitação do coordenador. As metas devem ser pactuadas, exequíveis, claras e adequadas. Logo após esse momento, acontece a Divisão de Responsabilidades, na qual os participantes são responsabilizados pela condução do caso e pelo alcance das metas estabelecidas. Por último, ocorre o momento de Reavaliação, o qual é posterior ao cumprimento das ações planejadas e tem o objetivo de discutir a evolução do caso e o alcance das metas. Também é nessa parte do PTS que se faz as devidas correções dos rumos tomados e o replanejamento das atividades, caso sejam necessários (BRASIL, 2010).

Ante a este contexto, este trabalho tem como objeto de estudo as ações desenvolvidas pelos residentes para a construção compartilhada de um PTS e objetiva relatar estas experiências de concretização de um espaço de colaboração interprofissional e de promoção de autonomia dos usuários, além de destacar a contribuição desse processo para a formação dos profissionais-residentes.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência profissional dos residentes multiprofissionais do município de Crateús-Ceará. A construção do Projeto Terapêutico Singular foi realizada no período de novembro de 2015. Para a sistematização das experiências, tomou-se como base o modelo de Oscar Holliday (HOLLIDAY, 2006), o qual está estruturado em cinco etapas: o ponto de partida, as perguntas iniciais, a recuperação do processo vivido, a reflexão de fundo e os pontos de chegada. O referido modelo promove o ordenamento e a reconstrução dos processos vividos, com os objetivos de gerar uma interpretação crítica sobre a experiência, o compartilhamento dos aprendizados e a produção de conhecimentos a partir de práticas sociais concretas.

Para a interpretação e análise das experiências, Holliday utiliza-se da Concepção Metodológica Dialética, que compreende a realidade social como histórica, em permanente movimento, e produto da atividade transformadora dos seres humanos. A partir da perspectiva dialética, é possível aproximar-se das experiências produzidas e apreender as suas dinâmicas, compreendendo-as como produtos históricos, contraditórios e inseridos em um contexto social amplo. Assim, os fenômenos retratados na sistematização não estão dissociados dos contextos histórico, social, econômico e político aos quais pertence, e os sujeitos que os descrevem foram participantes ativos no desenvolvimento das práticas (HOLLIDAY, 2006).

Nesse contexto, segundo Holliday, para que se realize uma adequada sistematização da experiência, é necessário que se tenha participado da execução da mesma e que existam registros consistentes e qualificados do processo vivido (HOLLIDAY, 2006). Assim, este trabalho contou com algumas fontes de dados seguras, como diários de Campo e relatórios.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Inicialmente, realizou-se um estudo aprofundado e em grupo sobre a clínica ampliada, sobre Projeto Terapêutico Singular, Genograma e Ecomapa. Após isso, construiu-se um plano geral para a construção do PTS: escolha de um caso complexo do território, que fosse acompanhado tanto pelos residentes de Saúde da Família, quanto pelos residentes de Saúde Mental, contato com o usuário e sua família, autorização do usuário para a construção do PTS e construção do PTS.

A escolha do caso seguiu o seguinte roteiro: Relevância do caso e motivação da equipe (Por que discutir esse caso e não outro? Qual a pertinência desse caso no contexto do serviço/território? É um caso emblemático para o serviço, território? Que motivações e afetações o caso trouxe a equipe/residente que influenciou na escolha do



caso?). Neste sentido, a usuária escolhida foi uma senhora de 39 anos, solteira, usuária do Benefício de Prestação Continuada (BPC), pertencente à comunidade cigana, com diagnóstico de Distrofia muscular/Atrofia muscular e óssea/Agravo motor severo/deficiência física e de transtorno depressivo recorrente.

Logo após a escolha do caso, foram realizados, por meio de visitas domiciliares, a estruturação dos dados de identificação do usuário: sexo, idade, estado civil, religião, renda, ocupação, histórico clínico, estrutura familiar, localização territorial, etc; a construção dos GENOGRAMA E ECOMAPA; a apresentação e contextualização da demanda clínica (problema de saúde) apresentada; e a identificação das potencialidades e Fragilidades do caso na perspectiva da Clínica Ampliada. De acordo com Nascimento, Rocha e Hayes (2005), o Genograma e o Ecomapa são valiosos instrumentos para a compreensão de processos familiares. O Genograma consiste em uma representação gráfica de informações sobre a família, como sexo, tipo de relacionamento, situação de trabalho e saúde, evidenciando a dinâmica familiar e as relações entre seus membros. Já o Ecomapa é diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família.

Com a autorização da usuária e de seus familiares, o PTS foi elaborado seguindo o seguinte roteiro: Diagnóstico e análise; Definição de ações e metas; Divisão de responsabilidades; e Reavaliação (BRASIL, 2010). As ações realizadas pela equipe para a construção do PTS foram: reuniões das equipes de saúde da família e saúde mental para a discussão do caso, as quais se constituíram também em reuniões de matriciamento (BRASIL, 2010); visitas domiciliares à usuária e sua família; atendimentos compartilhados com a usuária (Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Enfermagem e Odontologia); entrevista com os profissionais da Equipe de Referência em Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial responsáveis pelo caso no município; pesquisa nos prontuários de Saúde da Família e de Saúde Mental; pesquisa de artigos sobre Distrofia Muscular, da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, da Portaria da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e do Estatuto da Pessoa com Deficiência; entrevista com o Coordenador do Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria (CARA) sobre a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (Rede de Cuidados) na Regional de Crateús-CE.

Os objetivos do PTS elencados em conjunto com a usuária e seus familiares foram: promover a saúde e autonomia da usuária, visando a sua inclusão social e cidadania plena e efetiva; promover a melhoria da qualidade de vida usuária; fortalecer os vínculos comunitários, familiares e com os serviços de saúde; e garantir o acesso às políticas públicas (saúde, educação...). Assim, foi construído um quadro de objetivos e metas, no qual eram definidos, além destes itens, ações estratégicas, responsável e prazo de execução.

Diante da experiência adquirida pelos residentes, a partir da inserção no município para a construção e execução do PTS, percebeu-se que os problemas de saúde são complexos e que necessitam de uma Equipe Multiprofissional e de espaços de discussão de caso nessas equipes, articulações com outros serviços de Saúde e Redes de Atenção, além de rede intersetorial e rede comunitária de apoio ao usuário, para a sua resolução; a fragilidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência (rede de cuidados) e a ausência de pactuação de linhas cuidados relacionadas às pessoas com deficiências (fluxos assistenciais enrijecidos e confusos); o desconhecimento dos fluxos assistenciais pelos profissionais e usuários; a invisibilidade das pessoas com deficiência nos serviços de saúde (principalmente, de atenção primária); e olhar dos profissionais de saúde para a usuária somente a partir da perspectiva da situação de deficiência (principalmente, na Estratégia Saúde da Família).

A construção do PTS permitiu a reaproximação da usuária com as equipes de saúde, pois os vínculos encontravam-se fragilizados, e a promoção do cuidado integral e longitudinal da mesma e de sua família. O caso foi acompanhado até o final do percurso da residência e as metas foram, em sua grande maioria, alcançadas. Após a construção inicial do PTS, ainda foram realizadas duas reuniões de reavaliação do caso. Segundo Pinto *et al.* (2011), o PTS garante o cuidado integral dos usuários e de sua família, pois promove o encontro de profissionais de diferentes categorias para as discussões dos casos e para a ampliação dos diagnósticos e intervenções, além de gerar a corresponsabilização dos profissionais e usuários pelo cuidado em saúde, configurando-se em relações democráticas e horizontais.

Em relação à construção do PTS como processo formativo, a atividade gerou a aprendizagem das seguintes competências profissionais para o SUS: identificação dos instrumentos/ferramentas de cada núcleo profissional para atuação junto aos casos complexos no contexto da Saúde da Família e Saúde Mental; ampliação da capacidade de atuação na Atenção Primária à Saúde; desenvolvimento de estratégias transversais de promoção da saúde nos cenários de prática da Estratégia Saúde da Família; e atuação na linhas de cuidado integral em saúde da mulher, saúde da pessoa com deficiência e saúde mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família e Saúde Mental.

## CONCLUSÃO

OPTS possibilitou empreender a construção de responsabilidades entre a equipe promovendo o restabelecimento do vínculo que havia se perdido entre a paciente/família e a equipe. Cada profissional se responsabilizou em

cumprir determinada meta estabelecida em curto, médio ou longo prazo e assim os resultados foram alcançados com mais facilidade, visto a importância do trabalho multiprofissional.

A construção do PTS como estratégia formativa constitui-se em um método eficaz e um instrumento facilitador da aprendizagem do residente, pois proporciona ambientes de trocas de saberes, de humanização do cuidado, de ampliação dos objetos de estudo, de corresponsabilização, de colaboração interprofissional, que além de promoverem o desenvolvimento de competências para atuação qualificada no SUS, possibilitam aos residentes a produção do Cuidado integral aos usuários, junto a outros profissionais, na perspectiva da Clínica Ampliada, integrando Redes de Atenção e construindo Linhas de Cuidado no cenário de prática.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e compartilhada**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

HOLLIDAY, O. J. Para sistematizar experiências / Oscar Jara Holliday; tradução de: Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. Brasília: MMA, 2006. 128 p. (Série Monitoramento e Avaliação, 2).

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA SMM; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, Abr-Jun, 2005. p. 280- 296.

PINTO, D.M. *et al.* Projeto Terapêutico Singular na produção de cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 20, n.3, Jul-Set , 2011. p. 493-302.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e à Secretaria de Saúde do Município de Crateús-CE pelo apoio e dedicação à formação de profissionais comprometidos com o Sistema Único de Saúde.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONHECIMENTO E PRÁTICA SOBRE COMUNICAÇÃO ESCRITA ENTRE ACADÊMICOS DE SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR (IES) PRIVADA

Ana Mariany Barreto Cardoso<sup>1</sup>, Carolina Uchoa Alencar Araripe<sup>2</sup>, Iarla Cristina Luciano de Moraes<sup>3</sup>, Paulo Francisco Reis Barahuna Filho<sup>4</sup>, Whyllane Canuto Pinheiro<sup>5</sup>, Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos<sup>6</sup>

1 Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [anamary212013@outlook.com](mailto:anamary212013@outlook.com)

2 Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [carolina.araripe@gmail.com](mailto:carolina.araripe@gmail.com)

3 Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [iarla\\_moraes@hotmail.com](mailto:iarla_moraes@hotmail.com)

4 Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [paulobarahuna@hotmail.com](mailto:paulobarahuna@hotmail.com)

5 Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [lane\\_cp@hotmail.com](mailto:lane_cp@hotmail.com)

6 Curso de Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. [clauvasc@unifor.br](mailto:clauvasc@unifor.br)

E-mail: [iarla\\_moraes@hotmail.com](mailto:iarla_moraes@hotmail.com)

Palavras-chave: Comunicação. Comunicação em Saúde. Materiais Educativos e de divulgação.

### INTRODUÇÃO

Comunicar significa tornar em comum, fazer saber (FERREIRA, 2001). Assim, entende-se que a comunicação é uma troca de significados por meio de símbolos como, falar, escrever, gesticular, entre outros, havendo entendimento na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2006).

Ao utilizar esse conceito no âmbito da saúde, pode-se dizer que a comunicação em saúde é a alteração do comportamento das pessoas e de elementos ambientais relacionados de forma direta ou indireta à promoção da saúde e que previnam os indivíduos de algum mal, trazendo bons resultados nos comportamentos individuais e sociais (PINTOS, 2001).

A prática de educação ou modo de se educar em saúde, conhecida como educação popular, vem se consolidando nas atividades educativas. Nas quais, estimula-se um modelo interativo e intersetorial que determina estratégias para ajudar os grupos sociais no entendimento de suas condições de vida e maneiras para transformá-las (ALVES, 1993). Nesse sentido, faz-se indispensável o apoio dos profissionais da área para executar as atividades educativas objetivando mudanças nos hábitos por meio da informação (SABÓIA; VALENTE, 2010).

Nas intervenções educativas, feitas por profissionais de saúde, as informações poderão ser propagadas por materiais impressos, meios audiovisuais e por recursos de comunicação em massa, como TV, revista, jornais, rádio, internet, entre outros. Também por elementos ligados à cultura popular (teatro de bonecos, canções populares, contadores de histórias) e através de relação interpessoal (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). Deste modo, os materiais de divulgação no formato de folhetos, cartazes e cartilha, conhecidos por materiais educativos, fazem parte da educação em saúde, tendo um papel fundamental na Intermediação entre os profissionais e a população (MARCONDES, 2008; KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010).

Esses profissionais de saúde que criam materiais educativos impressos para pacientes devem considerar informações com planejamento, validadas e de fácil compreensão, que consigam alcançar o público-alvo. Além disso, devem atentar sempre aos possíveis ruídos ou problemas que possam causar interferência no processo de comunicação, uma vez que, estes tipos de materiais favorecem a autonomia dos pacientes, promoção de saúde, prevenção de doenças e habilidades destes (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Quando se pesquisa sobre a comunicação no âmbito da saúde, outros campos de conhecimento surgem, entre eles, o do letramento em saúde. O letramento é o ato de ensinar ou de saber interpretar e escrever, sendo esta, a condição que adquire um indivíduo ou grupo de pessoas quando se apropria da escrita (SOARES, 2014).

A Organização Mundial de Saúde fala que o Letramento Funcional em Saúde (LFS) envolve a comunicação de informações sobre condições sociais, econômicas e ambientais que podem impactar na saúde das pessoas. Também, pode ocorrer o risco de o indivíduo não ter acesso, entender e utilizar a comunicação como forma de promover a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

O entendimento de letramento em saúde permite refletir sobre o modo de como os materiais educativos para intervenções na área da saúde são feitos, analisados e aproveitados pela população (VASCONCELOS, 2015). Dessa forma, é necessário ter cuidado na elaboração de um material educativo impresso pela grande relação e interligação entre a sua construção e o grau de letramento dos indivíduos a ser aplicado. Assim, se a preparação

do instrumento não for adequada ao público-alvo e ao grau de letramento, o material não terá boa percepção pelos os usuários (PASSAMAI et al., 2012).

Desse modo, o presente estudo tem por objetivo de avaliar o conhecimento da comunicação escrita entre acadêmicos dos cursos da área da saúde, à luz dos pressupostos do letramento em saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem de natureza quantitativa, realizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS) de uma Instituição de Ensino Superior (IES), em Fortaleza, Ceará. A população do estudo envolveu acadêmicos da área da saúde dessa Universidade.

A amostra desse foi determinada pelo cálculo de amostra finita, com erro estimado de 5%. Como não se conhece a prevalência de acadêmicos que incorporam o letramento em saúde nas ações de comunicação e educação junto aos usuários do SUS e, embora provavelmente inexista tal formação, seguiram-se referenciais teóricos de cálculo amostral para população finita, aceitando-se prevalência de 50%. Assim, chegou-se a um número de 160 alunos a serem capacitados. Entretanto, no período estipulado para coleta de dados (agosto de 2016 a março de 2017) atingiu-se amostra de 132 acadêmicos.

Os critérios de inclusão desse estudo foram acadêmicos devidamente matriculados na IES no CCS, que já tiveram contato com pacientes durante as disciplinas do curso e que estão cursando o penúltimo ou último semestre da graduação. Também que estes aceitassem participar de um curso à distância sobre comunicação em saúde, pois o presente estudo é um subprojeto do “Plano Comunica Bem na Saúde” que se trata de um estudo de intervenção, assim, a amostra fará um curso sobre a temática do estudo e após sua finalização, preencherá novamente o questionário do estudo a fim de verificar a mudança de conhecimento e prática dos acadêmicos sobre o tema.

O instrumento de coleta é um questionário semiestruturado, respondido diretamente pelo aluno, com questões abertas e fechadas, com variáveis relacionadas aos dados demográficos (sexo, faixa etária), acadêmicos (curso de graduação e semestre) e outras pertinentes ao conhecimento e prática sobre a comunicação escrita entre estudantes da saúde e pacientes. Ressalta-se que o aluno recebia o questionário e preenchia o mesmo imediatamente, não sendo permitido devolver em outro dia, evitando-se assim consulta literária a respeito do assunto.

Os dados foram tabulados e analisados mediante uso da estatística descritiva, com média, desvio padrão, frequência e percentual. Utilizou-se o programa o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para a análise dos dados.

A coleta de dados teve início após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (parecer 1.706.430) e consentimento dos selecionados mediante a assinatura do TCLE (BRASIL, 12).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra envolveu 132 acadêmicos, com média de idade de 23,46 anos ( $\pm 3,38$ ), predominantemente pelo sexo feminino com 73,48%.

Com relação ao curso de graduação no qual os acadêmicos encontram-se, verificou-se que percentual de estudantes dos cursos ocorreu sem muita disparidade entre odontologia (16,67%), fisioterapia (15,91%), psicologia (14,39%), nutrição (13,64%), medicina (12,88%), educação física (9,09%), fonoaudiologia (7,57%), enfermagem (6,06%) e farmácia (3,79%). O curso de terapia ocupacional foi o único que não apresentou nenhum componente na amostra.

Ao analisar as respostas dos acadêmicos, como mostram na Tabela 1, sobre o que eles pensam do uso de materiais educativos impressos, verificou-se que a maioria (57,25%) o considera importantes, 41,98% afirmam que contribuem para o aprendizado, embora 0,77% destes procura evitar o uso. A opinião dos acadêmicos sobre a importância dos materiais educativos escritos é coerente com o que a literatura aponta em termos de utilidade dos mesmos, entre as quais destacam-se que: facilitam o trabalho da equipe multidisciplinar, contribuindo na orientação de pacientes e familiares, em qualquer etapa da doença, recuperação e autocuidado. Ao mesmo tempo é uma maneira de ajudar os indivíduos a entender melhor sobre o processo saúde-doença e o caminho para a recuperação (ECHER, 2005).

Em relação ao hábito de elaborar materiais educativos impressos, notou-se que a minoria dos acadêmicos (13,64%) sempre elabora impressos para seus pacientes, embora 43,94% “às vezes” elaboram e 42,42% não elaboram. Portanto, verifica-se que os acadêmicos consideram os materiais educativos impressos importantes, porém não os elaboram com frequência ou não os elaboram.

A elaboração de materiais educativos é responsabilidade dos profissionais de saúde que devem produzir impressos de forma adequada ao público-alvo. Isto implica na necessidade do conhecimento por parte desses

profissionais sobre a forma correta de elaborar materiais educativos, permitindo conhecer se os mesmos têm desempenhado essa atividade adequadamente (HOFFMANN; WARRAL, 2004). A literatura sobre diretrizes para elaboração de materiais educativos impressos pelo referencial do letramento em saúde é extensa (OSBORNE, 2013).

Quando questionados sobre a leitura de algum artigo e/ou livro que abordava essa temática, constatou que a maioria (78,03%) afirmou não ter lido sobre o assunto, entretanto, 21,97% afirmam ter lido sobre o tema, no qual, 20% responderam que viram nas disciplinas do curso e 80% responderam que viram em outras fontes/situações.

Já foi evidenciado que os profissionais da área da saúde que elaboram materiais impressos, reconhecem a comunicação visual como um campo que não dominam. Suas preocupações mais frequentes são adequação de linguagem e aumento da divulgação das informações (ROZEMBERG; SILVA; VASCONCELOS, 2002). Provavelmente, o fato da amostra não elaborar materiais educativos impressos deve-se a falta de leitura sobre orientações que ensinam a construir materiais impressos educativos.

Em relação ao questionamento de quais orientações e/ou diretrizes esses acadêmicos da área da saúde seguiam para elaborar materiais educativos impressos, 67,31% não citaram diretrizes da literatura, responderam erroneamente à pergunta. Contudo, 32,69% citaram as orientações e a literatura sobre a temática. Assim, um estudo revelou que os materiais educativos elaborados por parte dos profissionais são confeccionados de forma indevida em vista da grande demanda, ou seja, diversos materiais são solicitados e, associado à falta de tempo, os mesmos elaboram materiais complexos com muitas informações técnicas, o que interfere no autocuidado (GAIL; PRIGHT, 2005). Pode-se dizer também que confecções dos materiais inadequados ocorrem porque muitos desses profissionais da área da saúde não seguem nenhuma orientação para realizar os materiais impressos (folhetos, folder, entre outros).

Portanto, segundo Mialhe (2008), os profissionais devem seguir alguns princípios norteadores já estabelecidos pela literatura científica na elaboração dos materiais educativos impressos a fim de que as informações disponibilizadas aos pacientes alcancem os objetivos pretendidos.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo (n = 132), alunos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Particular, quanto as variáveis de conhecimentos sobre comunicação escrita – materiais educativos impressos. Fortaleza, 2017.

Perguntas	Categoria	N	%
O que você pensa sobre o uso de materiais educativos impressos na área da saúde?	Contribui para o aprendizado	55	41,98
	Acha importante	75	57,25
	Procura evitar	1	0,77
Você tem o hábito de elaborar e/ou orientar a elaboração de materiais educativos impressos para pacientes?	Sempre	18	13,64
	Às vezes	58	43,94
	Não	56	42,42
Você já leu algum artigo e / ou livro que abordava esse tema?	Sim	29	21,97
	Qual?	4	20
	Nas disciplinas durante o curso		
	Outras	16	80
Quais as orientações e/ou diretrizes que você segue quando vai elaborar ou orientar a elaboração de um material educativo impresso?	Não	103	78,03
	Cita a literatura	34	32,69
	Não cita a literatura	70	67,31

Fonte: Elaborada pelos autores.

## CONCLUSÃO

Os acadêmicos em saúde consideram os materiais educativos impressos importantes e que contribuem para o aprendizado de seus pacientes, porém a maior parte deles não os elaboram e não leem orientações para construção de impressos efetivos. Dessa forma, verifica-se que a formação de acadêmicos sobre a temática é precária, o que pode comprometer as práticas educativas no SUS e repercutir de forma negativa a condição de saúde da população.

Assim, o desconhecimento e a não construção de materiais educativos sugerem a necessidade de educação permanente dos profissionais de saúde quanto a esse tipo de temática. É preciso ampliar a interdisciplinaridade no campo da comunicação e saúde, com ênfase na elaboração de materiais educativos.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, G. **O Cotidiano dos trabalhadores de saúde em uma unidade sanitária**. Porto Alegre. Tese: [Mestrado em Saúde Pública]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul 1993.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Resolução nº 426/12. Publicada no D.O.U. de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 30 abr. 2017.
- ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 5, p.754-757, out. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000500022>.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI: O minidicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. 87.
- GAIL, I; PRIGHT, A. Why organizations continue to create patient information leaflets with readability and usability problems. *Research: Health Education*; 2005.
- HOFFMANN T; WARRAL L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. **Disab and Rehabi** 2004 Maio; 26 (9): 1166-73.
- KELLY-SANTOS, Adriana; MONTEIRO, Simone Souza; RIBEIRO, Ana Paula Guolart. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo de memória e práticas educativas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n.32, p.37-51, jan./mar. 2010.
- MARCONDES, Willer Baumgarten. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 12, n. 27, p.927-929, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832008000400024>. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a24v1227.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2017.
- MIALHE, Fabio Luiz; SILVA, Cristiane Maria da Costa. Estratégias para a elaboração de impressos educativos em saúde bucal. **Arquivos em Odontologia**, Minas Gerais, v. 2, n. 44, p.33-39, out. 2008.
- MOREIRA, Maria de Fátima; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Maria Iracema Tabosa da. Comunicação Escrita: Contribuição para Elaboração de Material Educativo em Saúde. **Rev BrasEnferm**, Brasília, v. 2, n. 56, p.184-188, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a15v56n2.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2017.
- ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaina Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, dez. 2006. ISSN 1518-1944. Disponível em: <[doi:https://doi.org/10.5216/ree.v6i2.808](https://doi.org/10.5216/ree.v6i2.808)>. Acesso em: 30 abr. 2017.
- OSBORNE, H. **Health Literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message**. 2nd. ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. 256p.
- PASSAMAI, Maria da Penha Baião et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Fortaleza, v. 16, n. 41, p.301-314, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2812.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2017.
- PINTOS, Virginia Silva. Comunicación y salud. **Revista In/mediaciones de la comunicación.**, n. 3, p.121- 136, nov. 2001.
- ROZEMBERG, Brani; SILVA, Ana Paula Penna da, VASCONCELOS-SILVA, Paulo Roberto SPR. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. **Cad de Saúd Púb**: Rio de Janeiro 2002 Nov/Dez; v. 18, n. 6, p. 1685-1694. Disponível em: < <https://pdfs.semanticscholar.org/616c/d5fd38cd5cf1140f2127623335c0c34d2d18.pdf> >. Acesso em: 09 set. 2017.
- SABÓIA, Vera Maria; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti. A prática educativa em saúde nas consultas de enfermagem e nos encontros com grupos. **Revista de Enfermagem Referência**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.17-26, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a02.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2017.
- SOARES, Magda. Letramento em Verbete: o que é letramento? In:\_\_\_\_\_. **Letramento um tema em três gêneros**. 3. Ed. Belo horizonte: autêntica editora, 2014. Cap. 1, p. 13-25.
- VASCONCELOS, Cláudia Machado Coelho Souza de. **Materiais educativos para prevenção e controle de**

**doenças crônicas: uma avaliação à luz dos pressupostos do letramento em saúde.** 2015. 268 f. Tese (Doutorado) - Curso de Nutrição, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

## **AGRADECIMENTO**

Primeiramente, agradecemos à nossa orientadora, Cláudia Vasconcelos, pela disponibilidade, atenção e cuidado. Agradecemos também a Universidade de Fortaleza pela concessão de bolsas de iniciação científica (PROBIC e PAVIC) e a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## SINDROME HIPERTENSIVA DA GRAVIDEZ – UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho<sup>1\*</sup>, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup> Jose Manuel Peixoto Caldas<sup>3</sup>

*1 Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva-PPGSC da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Fortaleza- Ceará-Brasil*

*2 Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva-PPGSC da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Fortaleza- Ceará-Brasil. Mestrado profissional- Tecnologia e Inovação em Enfermagem –MPTIE. da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva-PPGSC da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Fortaleza-Ceará-Brasil. Universidade do Porto-UP. Porto-Portugal.*

E-mail: [gflamarion@hotmail.com](mailto:gflamarion@hotmail.com)

Palavras-chave: Hipertensão, Gestação, Fatores de Risco.

### INTRODUÇÃO

A Síndrome Hipertensiva da Gravidez (SHG) se caracteriza por pressão arterial (PA) igual ou maior que 140/90mmHg baseada na média de pelo menos duas medidas (BRASIL, 2012). A etiologia da SHG ainda é desconhecida todavia, importantes referenciais literários apontam possíveis causas para o seu desenvolvimento, dentre elas, destaca-se a implantação anormal da placenta na cavidade uterina devido à ausência da segunda onda de invasão trofoblástica, que ocorre por volta do segundo trimestre (ARAUJO e REIS 2012).

No ano de 2014, a SHG representou 30,0% (14/47) dos óbitos maternos por causa direta, sendo esta evitada pela captação precoce da gestante e acompanhamento pré-natal (APN) adequado e de qualidade, ou seja, através do fortalecimento da assistência primária (CEARÁ, 2015).

Martinez *et al* (2014) avaliaram 199 mulheres com no grupo com SHG e 220 no grupo com pré- eclâmpsia (PE). No grupo SHG, o Índice de Massa Corpórea (IMC) médio foi 34,6 kg/m<sup>2</sup> e no grupo PE, 32,7 kg/m<sup>2</sup>, com diferença significativa. O grupo PE apresentou valores de PA sistólica superiores ao grupo SHG. Em relação aos exames laboratoriais, a média de valores denotou, de uma forma geral, maior gravidade no grupo PE. Pacientes submetidas à cesárea foram 59,1% dos casos no grupo PE e 47,5% no grupo SHG. Em relação aos resultados perinatais, a idade gestacional e o peso ao nascer foram significativamente inferiores no grupo PE. Logo, as mulheres com SHG apresentam características epidemiológicas de pessoas com risco de doenças crônicas. As mulheres com PE apresentam parâmetros clínicos e laboratoriais de maior gravidade, taxas superiores de cesárea e piores resultados maternos e perinatais.

De acordo com Noronha Neto, Souza e Amorim (2010), as SHG, nos países desenvolvidos, ocorrem entre 2,0% e 8,0% das gestações, podendo, no Brasil, chegar a 30,0%, representando a terceira causa de morte materna no mundo e a principal causa de morte materna no Brasil.

O diagnóstico precoce e preciso e o tratamento adequado é fundamental para melhorar os resultados maternos e perinatais. Além do rigoroso APN, a gestante deve ser encaminhada ao serviço nutricional especializado a fim de realizar acompanhamento do ganho de peso semanal, correção dos desvios nutricionais (obesidade e desnutrição) (ARAUJO e REIS, 2012).

Mediante a problemática da SHG para a saúde pública, é fundamental o conhecimento da Equipe de Saúde sobre os aspectos relevantes deste agravo, para fins de identificação durante a consulta de pré-natal com vista a planejar e implementar ações educativas na prevenção e/ou controle dos fatores de riscos deste agravo. Então, optou-se por este estudo com o objetivo de identificar na literatura disponível fatores de risco da SHG; prevalência de SHG e os desfechos materno-perinatais; e assistência pré-natal e a promoção da saúde.

### METODOLOGIA

Revisão integrativa que, segundo Polit e Hungler (2011), é uma pesquisa desenvolvida a partir de materiais já elaborados, referências teóricas publicadas, permitindo ao investigados uma melhor análise dos processos e dos resultados.

Para a realização do estudo foram utilizados 25 artigos publicados em periódicos de nacionais e internacionais nos idiomas português, inglês e espanhol, referentes ao período de 2013 a 2017 foi utilizado este recorte temporal porque são os últimos cinco anos onde tem pesquisa mais atual.



A consulta foi feita nas bases de dados: Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. A busca foi feita com base nos critérios que ilustram as temáticas recorrentes na literatura, a saber: 1) *Unitermos, palavras-chave ou descritores inseridos na BIREME, nos idiomas* – português, espanhol, inglês, respectivamente: hipertensão, gestação, fatores de risco; hypertension, pregnancy, risk factors; hipertensión, embarazo, factores de riesgo;

2) Leitura dos títulos e resumos, para fins de seleção da publicação na íntegra; e 3) Leitura do texto na íntegra, para seleção definitiva das publicações que integraram as fontes do estudo. Assim, com o processo de busca e seleção dos artigos, procedeu-se do seguinte modo: unitermos – 142 títulos; - 33 resumos; 25 artigos.

Após a leitura e fichamento das publicações, as informações foram registradas em uma ficha bibliográfica. A organização dos dados das informações foi realizada, após as leituras - analítica e sintética. A análise procedeu com base nas evidências de contribuições, pontos de concordância e discordância ou divergências; e elaboração da crítica e/ou desenvolvimento de reflexões.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de possibilitar o processo de análise, organizaram-se os achados nas temáticas: fatores de risco da SHG; prevalência de SHG e os desfechos materno-perinatais; e assistência pré-natal e a promoção da saúde.

### Fatores de risco da SHG

Amorim, Coutinho e Figueiroa (2014) evidenciaram que no mês de fevereiro apresentou a menor incidência média mensal (9,9%) e agosto a maior (21,5%). O Coeficiente de Correlação de Pearson (CCP) revelou uma maior incidência de transtornos hipertensivos na gravidez nos meses mais frios ( $r = -0,26$ ;  $p = 0,046$ ) e nenhum efeito significativo da umidade relativa do ar ( $r = 0,20$ ;  $p = 0,128$ ). A incidência de transtornos hipertensivos na gravidez pode ser afetada por variações de temperatura, aumentando durante períodos mais frios.

No entanto, Vettorazzi *et al* (2016) estudaram 1.327 primigestas com idade média de 20,7 anos e idade gestacional média de 38,6 semanas. Entre estas, 232 (17,5%) apresentaram alteração na pressão arterial (PA), sendo que 9,7% apresentaram pré-eclâmpsia (PE) e 7,5% outros distúrbios hipertensivos da gestação. Não houve associação significativa entre a frequência de internações por distúrbios hipertensivos e a temperatura média ou mínima do dia ou da semana anterior à internação. Ao longo do ano, ocorreu variação significativa ( $p < 0,05$ ) na frequência de internações por pré-eclâmpsia, sendo esta maior no mês de setembro (15,1% das internações), marcando a transição entre o inverno e primavera. Logo, as variações da temperatura têm influência no número de internações por SHG, sendo essa informação útil no planejamento do Sistema de Saúde e da disponibilidade de leitos hospitalares.

De acordo com o trabalho de Anjos *et al* (2014) foram atendidas 94 pacientes, sendo 20,0% destas atendidas em julho de 2011, 70,0% foram referenciadas da própria região do hospital pesquisado, 17,0% encontravam-se em grupo de risco, já que 3,0% possuíam idade igual ou inferior a 15 anos e 14,0% tinham 35 anos ou mais, 43,0% das pacientes relataram possuir ou estar cursando o ensino fundamental; 42,0% eram casadas e 77,0% foram classificadas como pardas, segundo a sua etnia; 66,0% revelaram que não tiveram nenhum quadro de morbidade antes da gestação e 53,0% afirmaram não terem tido nenhum antecedente mórbido familiar; 59,0% das gestantes eram multiparas e 67,0% já realizaram parto cesáreo. A principal causa do acompanhamento pré-natal de alto risco foi a SHG acometendo 40,5% das gestantes e 94,0% das gestantes realizaram ultrassonografia obstétrica durante a internação hospitalar. Mediante esses achados, os autores sugeriram o incentivo e orientação das políticas públicas para o esclarecimento da população e dos profissionais da saúde sobre a importância do pré-natal, é a melhor forma de se obter resultados satisfatórios de diminuição do índice de morbimortalidade da gestante, feto e do recém-nascido e de fornecer à mulher oportunidade de uma gravidez sem intercorrências.

Linhares *et al* (2014) constataram que 78,4% dos partos foram cesáreas. Das cesáreas realizadas, 54,1% foram de pacientes com 28 a 37 semanas de idade gestacional ( $OR=3,1$ ;  $p<0,01$ ). Pacientes com antecedentes de Pré Eclâmpsia (PE) tiveram mais chance de ter parto cesáreo ( $OR=2,5$ ;  $p<0,02$ ). Todas as pacientes com cesárea anterior evoluíram para parto cesáreo na gestação atual ( $p<0,01$ ). As gestantes com PE grave tiveram 3,3 vezes mais chance de evoluir para parto cesáreo do que as com PE leve ( $OR=3,3$ ;  $p<0,01$ ). Após análise individual, apenas a idade gestacional e o diagnóstico de PE grave apresentaram diferença significativa, sendo fatores de risco para o tipo de parto realizado.

Arango *et al* (2013) analisou-se 108 pacientes da consulta, dos quais 31 (28,18%) não continuam na consulta, para as condições de risco descartados são analisados. Das 77 mulheres grávidas em risco, a idade média foi de  $29,1 \pm 7,8$  anos, com a frequência de gravidez adolescente de 13,15%, e 28,94% eram de primigestação tardia, 31,6% eram nulíparas e 23,4% que tinham uma história de aborto anterior. As mais significativas histórias médicas foram: hipotireoidismo, HAS, epilepsia, PE e eclâmpsia.

As razões mais comuns de encaminhamento foram: cesárea anterior, a idade materna avançada, suspeita de restrição do crescimento fetal. Nenhuma diferença em pacientes de baixo e alto risco, com relação à idade, gravidez, escola ou de proveniência foram encontrados; observado maior frequência de baixo peso ao nascimento, macrossomia, prematuridade, o parto por cesariana, a admissão a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e morte perinatal em alto risco.

### Prevalência da SHG e os desfechos materno-perinatais

No estudo de Bravo *et al* (2013) com 41 gestantes com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Em 56,1% com 35 anos ou mais de idade, 68,3% apresentaram pré-eclâmpsia superajuntada. A taxa de filtração glomerular estimada foi superior a 90ml/min em 9,8%, 58,8% mostrou proteinúria em 24 horas acima de 300mg. E 73,2% teve parto abdominal, em 41,5% os recém-nascidos foram prematuros, e 39,1% tiveram peso menor que 2.500g. Logo, as gestantes com HAS apresentaram características clínicas e epidemiológicas similares àquelas descritas em outros estudos, com a diferença que tiveram alta frequência de pré-eclâmpsia superajuntada com complicações maternas - perinatais.

Outros achados relevantes foram evidenciados no estudo de Silva Junior *et al* (2016), em que as participantes estavam na faixa etária de 21-45 anos (média: 34), 12,6% eram primigestas, e 64,1% tiveram múltiplas gestações. A relação proteinúria/creatininúria em amostra isolada estava alterada em 5,2% casos (0- 6,44 g/g), creatinina sérica estava elevada em 19,6% e cistatina C em 14,7%. Na avaliação das características da gestação em mulheres com HAS e seus recém-nascidos (RN) (vs. Frequências nos casos com CKD-EPI cistatina C abaixo de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), observou-se: 20,5% (33,3%) de nascidos pré-termo (inferior a 37 semanas), 17,5% (22,2%) de RN com peso inferior a 2.500g e 17,5% (22,2%) de RN pequeno para a idade gestacional (PIG); sobreposição de SHG ocorreu em 24,7% (22,2%) dos casos. Alterações renais foram identificadas por proteinúria, creatinina e cistatina C séricas em 5,2%, 19,6% e 14,7% das gestantes, respectivamente. Os resultados sugerem que as fórmulas do CKD-EPI e MDRD, também podem ter aplicabilidade nessa avaliação em gestantes. Detectou-se alta frequência de RN pré-termo ou com menos de 2.500g ao nascer ou PIG, assim como de sobreposição de SHG (24,7%) em gestantes com HAS.

Souza, Andrade e Shinjo (2014) fizeram uma investigação com 98 mulheres, destas 78 (79,6%) tinham antecedentes obstétricos, 6 (6,1%) mulheres com polimiosite e 9 (9,1%) com dermatomiosite engravidaram após o início da doença. O desfecho da gravidez nessas foi bom, exceto nos seguintes casos: um de reativação da doença, um de retardo do crescimento fetal, um de *diabetes mellitus*, um de hipertensão arterial, um de hipotireoidismo e dois de aborto (mesma mulher). Além disso, duas desenvolveram dermatomiosite durante a gravidez e quatro (duas polimiosite e duas dermatomiosite) durante o período pós-parto, com bom controle a seguir com glucocorticóides e terapia imunossupressora. Os eventos obstétricos adversos estiveram relacionados com as intercorrências clínicas e a gravidez não parece levar especificamente a um pior prognóstico na doença (por exemplo: recidiva). Além disso, a dermatomiosite ou polimiosite de início durante a gestação ou no período pós-parto apresentou boa evolução depois do tratamento farmacológico.

Segundo Tuon *et al* (2016), a prevalência de prematuridade em seu estudo foi de 8,3% nas gestantes monitoradas, e de 10,1% nas não monitoradas com ( $p=0,0058$ ), sendo inversamente proporcional ao número de monitoramentos para ( $p < 0,0001$ ). As variáveis associadas foram: idade materna menor que 19 anos, antecedentes de dois ou mais filhos mortos, gestação múltipla, *diabetes mellitus* (DM) e HAS, menor número de monitoramentos telefônicos, atividades laborais em pé e/ou carga de peso, fumo, número de consultas pré-natal, sem ultrassonografia, diabetes gestacional, gravidez múltipla e anomalia fetal. Desta forma, com os custos baixos, a estratégia demonstrou ser efetiva na redução da ocorrência do parto prematuro.

Na pesquisa de Vidal *et al* (2016) foram avaliados 276 mulheres, das quais 92 eram casos, e 184, controles. Na análise multivariada do modelo fiel de regressão logística, permaneceram as variáveis: história pregressa de HAS (OR=20,8; IC95%=6,4-67,4), prematuridade (OR=7,5; IC95%=3,8-14,8) e parto cesáreo (OR=3,4; IC95%=1,69-6,76). Havendo assim uma relação forte entre as variáveis pesquisadas no estudo e a ocorrência de eventos adversos, com a importância da identificação precoce dos fatores de risco para morbidade materna e o estabelecimento de estratégias preventivas.

Soto *et al* (2014) trouxe em seu estudo 128 pacientes as quais foram submetidas a avaliações, onde a Síndrome HELLP apresentou antes do parto em 85 casos (66,4%) e depois do parto em 43 casos (33,6%), já nos pacientes primigestação foram 43,8% e 73,4% apresentaram a síndrome antes das 37 semanas. No que se apresentaram casos de morte materna. A síndrome ocasionou-se por uma alta taxa de mobilidade materna (62,5%) sendo a principal complicação a insuficiência renal aguda (46%). Não havendo nem um caso de hematoma subcapsular hepático. No total de 100,0% das pacientes apresentaram algum grau de hipertensão arterial. Havendo uma alta taxa de mortalidade perinatal (18,0%) associada principalmente a prematuridade. E ao peso médio ao nascer que

foi de  $1.654 \pm 728$ g. Desta forma a Síndrome de HELLP se associa a uma alta taxa de morbidade materna extrema e alta taxa de morbimortalidade perinatal, esta última associada principalmente a complicações de prematuridade.

### **Assistência pré-natal e a promoção da saúde**

De acordo com *Xavier et al* (2015), a iniciação sexual ocorreu na fase da adolescência para 28 mulheres, em um terço dos casos, antes dos 15 anos. Muitas delas tinham história de três ou mais gravidezes e possuíam dois ou mais filhos vivos. As histórias de engravidamento, em ampla maioria, foram de gravidezes não previstas, seja por terem sido não intencionais, por acontecerem em vigência de contracepção ou por se acreditarem inférteis ou na menopausa. Muitas vezes, a gravidez não esperada suscitou a reflexão sobre sua continuidade. Em alguns relatos, as mulheres não se aceitaram grávidas, o que ocasionou iniciação tardia do pré-natal e/ou tentativa ou realização de abortamento. A história de abortamento foi um evento frequente, e algumas revelaram ter realizado este procedimento em condições inseguras. Os percursos das mulheres em busca de cuidados revelam quão ainda se está distante da concretização da perspectiva de integralidade e. Fragmentação e reducionismo, na abordagem à saúde, são características persistentes: cura, prevenção e promoção; cuidados básicos e cuidados especializados; cuidados durante a gestação e cuidados fora dos períodos gravídicos; questões médicas e contextos socioculturais; responsabilidade individual e gestão coletiva dos cuidados; e sistemas de saúde profissionais e outros sistemas de cuidados aparecem como coisas divorciadas.

Os autores recomendam a realização de novas pesquisas para compreender melhor os contextos do processo de saúde e adoecimento e a construção das relações de cuidados no tempo e no espaço pode permitir o desenvolvimento de linhas de cuidados, com abordagens mais integralizadoras e humanizadas, que fortaleçam os sujeitos frente ao processo de cuidado e garantam o direito à saúde.

Os resultados do estudo de Almeida e Souza (2016) indicaram a necessidade de uma maior capacitação dos profissionais da saúde para atuar com as gestantes, pois esses são os detentores de saber mais próximos desse grupo no momento, no sentido de orientá-las para prevenção e promoção da saúde, uma vez que as falas apontaram que os conhecimentos por elas apresentados são insuficientes para prevenir as complicações relacionadas à doença.

Vale ressaltar que Martins, Monticelli e Diehl (2015), perceberam nos resultados de sua pesquisa que os significados culturais atribuídos à hipertensão eram marcados pelo medo da morte do bebê e da própria morte. Elas interpretaram e atribuíram sentidos às suas experiências, tendo por base uma rede de símbolos e significados criada e recriada a partir da interlocução contínua com suas famílias, outros grupos sociais e com profissionais de saúde. A subjetividade dessas mulheres contribuiu à diversidade de percepções e significados. A experiência da doença e as referências socioculturais do contexto das gestantes colaboram para a compreensão dos significados culturais, possibilitando que os profissionais prestem assistência fundamentada nas suas necessidades específicas.

### **CONCLUSÃO**

Com base nos achados observa-se que mesmo com a disponibilidade do Programa de Pré-natal, a SHG ainda é a principal causa de mortalidade materna. Ressaltando ainda que mesmo no Brasil, com todas suas políticas públicas de saúde, com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como dever a prevenção e proteção da saúde, as gestantes com SHG seguem tendo altos níveis de morbimortalidade .

Acredita-se que seja necessária não só a implementação das políticas públicas existentes, além da necessidade da educação permanente da Equipe de saúde da Família, com vista à promoção da saúde da mulher na fase reprodutiva, com inclusão do planejamento familiar e da prevenção e controle dos fatores de riscos da SHG.

### **REFERÊNCIAS**

- Almeida, G. B. S.; Souza, M. C. M. O conhecimento da gestante sobre a hipertensão na gravidez, *Rev APS.*, v.19, n.3, p. 396-402, julho/setembro, 2016.
- Anjos, J. C. S.; Pereira, R. R.; Ferreira, P. R. C.; Mesquita, T. B. P.; Junior, O. M. P. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco, *Revista Paraense de Medicina*, Santarém, v.28, n.2, p.23-33, Abril/Junho, 2014.
- Arango, J.E. V.; Morales, L. E. H.; Gómez, F. A.; Betancourt, A. L. H.; Duque, J. A. P. Resultados materno perinatales en la consulta de alto riesgo, ses hospital de caldas, 2009-2011, *Hacia promoci. Salud*, v. 18, n.2, p. 27-40, 2013.
- ARAUJO L.A, REIS A.T. *Enfermagem Materno Neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2012. 289p.
- BRASIL.Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

- Bravo, J.; Sánchez, J.; Sosa, H.; Díaz-Herrera, J.; Miyahira, J. Características clínicas de las gestantes con hipertensión arterial crónica atendidas en un hospital general de Lima, *Revista Medica Hered*, Lima, v.24, n. 4, p. 287-292, outubro, 2013.
- CEARÁ. Secretária do Estado de Saúde do Ceará-SESA. **Informe Epidemiológico Mortalidade Materna**. Jun. 2015.
- Linhares, J. J.; Macêdo, N. M. Q.; Arruda, G. M.; Vasconcelos, J. L. M.; Saraiva, T. V.; Ribeiro, A. F. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia, *Ver Bras Ginecol Obstet*, Sobral, v.36, n.6, p.259- 263, 2014.
- Martins, M.; Monticelli, M.; Diehl, E. Significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez, *Texto & Contexto Enfermagem*, v.23, n. 4, p.1004-1012, Outubro/Dezembro, 2014.
- Melo, B.; Amorim, M.; Katz, L.; Coutinho, I.; Figueiroa, J, N. Hypertension, pregnancy and weather: is seasonality involved?, *Rev. Assoc. Med. Bras, Boa Vista*, v.60, n.2, p105-110, Fevereiro, 2017.
- Missumia, L. S.; Souza, F. H. C.; Andrade, J. Q.; Shinjo, S. K. Desfechos da gestação em pacientes com dermatomiosite e polimiosite, *Rev. Bras. Reumatol*, São Paulo, v.55, n.2, p. 95-102, 2015.
- NORONHA NETO, C.; SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. vol.32, n.9, pp. 459-468. 2010.
- POLIT, F.D. e HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011.
- Silva Junior, G. S.; Moreira, S. R.; Nishida, S. K.; Sass, N.; Kirsztajn, G. M. Avaliação de alterações urinárias e função renal em gestantes com hipertensão arterial crônica, *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo , v.38, n. 2, p. 191- 202, Junho, 2016.
- Soto, F.; Rivera, L.; Estévez, M.; Ayala, V.; Cabrera, C. Síndrome HELLP: morbilidad mortalidad materna y perinatal, *Rev. Obstet. Ginecol.*, Venezuela, Caracas, v.74, n.4, p.244-251, Dezembro, 2014.
- Tuon, R. A.; Ambrosano, G. M. B.; Silva, S. M. C.; Pereira, A. C. Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil, *cad. Saúde pública*, v.32, n.7, p.1-16, Julho, 2016.
- Vettorazzi, J.; Vettori, D.; Costa, M. S.; Ramos, J. G.L. Variação sazonal na prevalência de distúrbios hipertensivos da gestação entre primigestas do Sul do Brasil, *Clin Biomed Res*, Porto Alegre, v.36, n.1, p.11- 17, 2016.
- Vidal, C. E. L.; Carvalho, M. A. B.; Grimaldi, I. R.; Reis, M. C.; Baêta, M. C. N.; Garcia, R. B.; Silva, S. A. R. Morbidade materna grave na microrregião de Barbacena/MG, *cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.131-138, 2016.
- Xavier, R. B.; Bonan, C.; Silva, K.S.; Nakano, A. R. Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação, *REV. Interface*, Botucatu, v.19, n.55, p.1109-1120, Dezembro, 2015.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira<sup>1</sup>, Glícia Uchoa Gomes Mendonça<sup>1</sup>.

*1 Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), Iguatu - Ceará - Brasil*

*E-mail: ingrid\_lattes@hotmail.com*

*Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Primária em Saúde. Enfermagem. Humanização.*

### INTRODUÇÃO

A humanização é um processo de produção de saúde proporcionando um acolhimento integral aos clientes. Para humanizar esse atendimento é necessário entender cada pessoa em sua singularidade, levando em conta seus valores e experiências como únicas, evitando quaisquer formas de discriminação, enfim, promovendo condições para que obtenham maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma, é preservar a dignidade do ser humano (FORTES, 2011).

A Política Nacional de Humanização (PNH) define a humanização como uma forma de fazer inclusão, uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade, seguindo o Método da Trílice Inclusão, que enfatiza a relevância dos espaços coletivos para a não supervalorização de apenas um modelo instituído de saúde. Conduzindo esse processo para o desenvolvimento em três planos: plano de inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) e nesse sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, plano de inclusão dos analisadores institucionais e sociais ou dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Assim, a humanização se realiza pela inclusão nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletividades (BRASIL, 2010).

Falar em humanização dos serviços de saúde parece à primeira vista uma redundância, uma vez que tanto o executor do trabalho em saúde como o seu objeto de trabalho são seres humanos. Mas essa relação, ao longo do tempo, face às profundas desigualdades socioeconômicas do nosso país, às grandes demandas pelos serviços de saúde, à precariedade das condições de trabalho e às alternativas da vida cotidiana, tornou-se distante, mecânica, não só do ponto de vista do cliente, mas também dos profissionais envolvidos no processo de cuidar (BRASIL, 2004).

A partir da compreensão da humanização como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde, quais sejam os usuários, os trabalhadores e os gestores e como uma possibilidade de qualificar o sistema de saúde vigente, em 2002, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), o PNH ou Humaniza SUS (BECK *et al.*, 2009). Nesse contexto o SUS recomenda princípios como universalidade, integralidade e equidade da atenção, incentivam à humanização, incorporação de novas tecnologias e ampliação dos saberes em saúde, sinalizando fortemente para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas uma vida com qualidade (BRASIL, 2004).

Para tanto, a Enfermagem é uma profissão que se desenvolveu através dos séculos, mantendo uma estreita relação com a história da civilização. Apresentando um caráter mais humano, orientado através de uma assistência que confere valor no processo de diálogo. Nesse contexto, tem um papel preponderante por ser uma profissão que busca promover o bem estar do ser humano, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade, atuando na promoção da saúde e na prevenção de enfermidades (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2010).

Com o progresso científico, tecnológico e a atualização de procedimentos, ligados à necessidade de se estabelecer domínio, o enfermeiro passou a assumir cada vez mais cargos administrativos, afastando-se gradualmente do cuidado ao paciente, surgindo com isso a necessidade de resgatar os valores humanísticos da assistência de enfermagem. A partir desse contexto surgiram as seguintes indagações: Quais as ações desempenhadas pelos enfermeiros para garantir uma assistência embasada num cuidado humanizado? Quais as dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na realização de um atendimento humanizado?

O interesse por essa temática se deu no decorrer dos estágios curriculares em área comunitária, onde foi possível observar desde o momento da entrada do usuário na unidade básica até o final do atendimento prestado, que este muitas vezes não contemplava um cuidado humanizado. Portanto, este estudo teve como objetivo: investigar os aspectos da humanização no atendimento de enfermagem na atenção primária em saúde de Iguatu-

CE, identificando as ações de humanização desenvolvidas pelo enfermeiro, bem como as dificuldades enfrentadas na realização de um atendimento humanizado.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa. A mesma se deu nas Unidades de Saúde da Família da cidade de Iguatu-CE. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento (CNES) (2011), o município é composto por 25 unidades, sendo 14 na zona urbana e 11 na zona rural. Considerando as características levantadas, optou-se por realizar a coleta nas unidades da zona urbana, devido a população da cidade ser predominantemente urbana. Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros que atuam nessas unidades. Do total de 14 enfermeiros, 9 se dispuseram a participar do estudo. O critério de inclusão utilizado foi: Trabalhar como integrante da equipe da unidade de saúde há pelo menos um ano.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário contendo questões abertas sobre a temática, que foi aplicado após a realização do pré-teste. Os dados foram coletados nos meses de Setembro a Outubro de 2013. Ressalta-se que foi respeitado a livre decisão na participação da pesquisa pelas participantes. Os dados coletados foram tratados através do método Análise de Discurso, na modalidade Análise da Enunciação, proposta por Minayo (2009). Seguiu-se os passos: Estabelecimento do *Corpus*, preparação do material e etapas da análise. A interpretação dos dados se deu através da elaboração de categorias. Objetivando preservar a identidade das participantes, que coincidentemente, pertenceram todas ao sexo feminino, na apresentação das falas utilizou-se nomes de flores para representá-las. A discussão dos resultados se deu mediante literatura pertinente à temática.

A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos norteados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As participantes leram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e em seguida assinaram o Termo de Consentimento Pós Esclarecido. Houve a prévia autorização da instituição coparticipante por meio da assinatura da Declaração de Anuência.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da verificação das falas das participantes do estudo, originaram-se as seguintes categorias: Aspectos da humanização existentes nos serviços de saúde na perspectiva do enfermeiro; Ações de humanização desenvolvidas pelo enfermeiro da atenção primária em saúde; Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro para a realização de um atendimento humanizado.

Aspectos da humanização existentes nos serviços de saúde na perspectiva do enfermeiro

Sabendo-se que a enfermagem é a arte do cuidar, são de extrema importância os subsídios que auxiliam e humanizam esse ofício, dentre eles destacam-se as tecnologias leves como: acolhimento e a criação de vínculos, qualificando o desenvolvimento de técnicas e procedimentos, assim como toda a assistência, tornando-a mais integral e sensível. Destacando esse contexto nas falas seguintes:

“(…) No atendimento humanizado usa-se principalmente de tecnologias leves. Como o acolhimento que começa desde a chegada do paciente na unidade e para isso necessita-se de profissionais qualificados e treinados para um bom atendimento” (Orquídea).

“Acolhimento inicial; consulta objetivando a escuta e vínculo com o usuário” (Margarida).

A tecnologia leve pode ser compreendida como mediadora da racionalidade e da subjetividade, do entendimento, da emoção e das sensações, fazendo da razão e da sensibilidade, ferramentas para fortalecer e qualificar o cuidado (PRADO, *et al.*, 2011). A humanização do atendimento quanto à tecnologia leve é um formato de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é apresentada como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado. Esta abrange ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a humanização do atendimento (MERHY 2006).

“Atendimento humanizado é atender as necessidades e suprir as expectativas do paciente. É acolher, dar apoio e atenção ao paciente, deixando que ele se expresse possibilitando assim um diálogo para que possa atendê-lo de uma maneira holística” (Orquídea).

“(…) realizar um atendimento acolhedor, buscando ver não só a doença, mais o paciente como um ser único e assim torná-lo ativo no atendimento mais humanizado” (Tulipa).

Refletir sobre acolhimento e humanização permite a compreensão do nosso modo de pensar, sentir, ver o outro, atuar fazendo um atendimento de enfermagem mais sensível, progredindo neste sentido e contribuindo para essa profissão com uma prática verdadeiramente humana.

## **Ações de humanização desenvolvidas pelo enfermeiro da atenção primária em saúde**

Todo cidadão tem direito a uma assistência integral, onde o profissional de saúde em questão, o enfermeiro, deve ter uma visão holística. Assim sendo, a relação entre o profissional e o paciente deve discorrer de tal forma que sejam considerados os aspectos emocionais, econômicos e culturais, onde o cuidado holístico prevaleça e o diálogo entre os mesmos seja primordial. Vejamos nas falas dos profissionais algumas ações que são realizadas no âmbito da humanização:

“Um atendimento embasado pelo cuidado holístico, que segue uma orientação de funcionamento que propicie um estabelecimento de vínculo entre a coletividade e a equipe de saúde” (Cravo).

“Usar estratégias de atendimento individualizado para cada paciente (cada paciente é único com problemas diferenciados)” (Rosa).

“Grupos atendidos separadamente. Atendimento domiciliar de acamados, livre passagem para deficientes e principalmente diálogo com escuta significativa no momento da consulta” (Hortênsia).

Pode-se destacar que a construção de um processo educativo efetivo direcionado para os profissionais da unidade básica de saúde se traduz na probabilidade de ofertar um serviço expressivo em qualidade, avanço na resolutividade, ótica mais abrangente da necessidade do usuário, programação de ações para a saúde, intervenção efetiva em relação aos problemas locais, dentre outros existentes (ALENCAR, 2006). Como pode ser averiguado nas falas dos participantes:

“(…) atividades desenvolvidas no processo de educação continuada estão sendo resolutivas a cada ano” (Cravo).

“(…) Acredito que preceitos como empatia, responsabilização e ética são próprios de cada um. O que facilita o atendimento humanizado” (Margarida).

Para que essa prática de educação em saúde na modalidade contínua se solidifique, torna-se necessário que o enfermeiro seja capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva em saúde, que envolva ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação.

Trata-se de percepções e práticas de saúde que compreendem: trabalho em equipe, interdisciplinaridade, universalização de saberes, habilidade de planejar, organizar, desenvolver ações voltadas às necessidades da comunidade (BRASIL, 2012). A equipe estabelece métodos e procedimentos de acolhimento de queixas, reivindicações, necessidades, sugestões e outras manifestações dos usuários, por meio escrito ou outro mecanismo existente, como a ouvidoria, respeitando a sua privacidade, o sigilo e a confidencialidade. A equipe busca pautar criticamente as demandas recebidas e levá-las em consideração na reorganização do cronograma assistencial e qualificação da atenção básica (BRASIL, 2012).

“Reuniões periódicas com todos os profissionais da unidade. Caixa de sugestões! Reclamações. Presença de ouvidoria nas unidades” (Violeta).

“Promoção de reuniões com funcionários para se discutir como está sendo os atendimentos, resolutividade nos atendimentos, caixa de sugestões ou reclamações” (Tulipa).

“Reuniões de equipe nas quais há um enfoque voltado p/ a qualidade no atendimento ao cliente. Mesmo assim faz-se necessário um treinamento (cursos) direcionado ao atendimento de qualidade e humanizado” (Orquídea).

Assim as dificuldades encontradas nas unidades, podem ser expostas e debatidas pelos profissionais que nelas atuam, buscando de forma geral contorná-las de modo pacífico, proporcionando mais humanização e integralidade dos serviços oferecidos aos usuários.

## **Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro para a realização de um atendimento humanizado**

Quando indagados sobre as dificuldades para a realização do cuidado humanizado aos usuários dos serviços de saúde, as respostas indicaram que havia profissionais que apresentavam resistência em aderir a novas mudanças para a implementação dessa política.

Podendo ser evidenciado nas falas a seguir:

“(…) Alguns profissionais mais antigos da unidade são resistentes a novas mudanças para a implementação de um atendimento mais humanizado” (Tulipa).

“(…) Alguns profissionais tem resistência em parar o que está fazendo para atender um paciente que veio pedir informações, por exemplo” (Girassol).

“(…) Às vezes por parte de alguns funcionários esse processo é dificultado” (Violeta).

A relação que se estabelece no processo de trabalho, em algumas situações, não se dá entre o enfermeiro e usuário, mas sim entre profissional e os ajustes/desajustes do sistema que surgem nas diferentes circunstâncias do cotidiano. Em determinadas situações existe ainda o agravante de que o conhecimento organizado do enfermeiro não dá conta de peculiaridades próprias de cada usuário, tendo em vista que o hábito em lidar com ocorrências parecidas faz com que queixas sejam banalizadas e investigações sejam feitas com pouca atenção (ROSSI; LIMA, 2010).

Pacientes insatisfeitos ou que não respeitam o serviço adotam comportamentos que não ajudam e nem qualificam o serviço, dificultando o trabalho dos profissionais e criando obstáculos para a realização dos serviços, como exemplificado na fala a seguir:

“(...) muitas vezes o próprio paciente pensa que estamos aqui para servi-lo até mesmo quando ele não quer seguir as rotinas que organizam o serviço” (Hortênsia).

As dificuldades existem e são distintas, mas a força de vontade de cada um, a qualificação e capacitação profissional, a postura adequada, pode promover e garantir eficácia no atendimento a todos (ECHER *et al.*, 1999). E para que aconteça a humanização no atendimento, é preciso que a equipe de saúde esteja preparada para fazer seu diferencial no ato do cuidado, visto que suas ações são fruto de um elo empático entre paciente e profissional (COREN, 2002).

## CONCLUSÃO

Dessa forma, humanizar as práticas de atenção e gestão é admitir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva, sendo de suma importância, a participação do enfermeiro na implementação da humanização, pois este tem a capacidade de formar multiplicadores deste programa, incentivando e atuando na educação continuada da instituição em que trabalha.

Sendo assim, cabe ao enfermeiro, no seu papel de líder, implementar ações humanizadas que valorizem não somente técnicas e procedimentos, mas o relacionamento com o cliente, o olhar, tocar, falar, ouvir, apoiar, conseqüentemente, qualificando mais o atendimento e sensibilizando toda a equipe.

Deste modo, instigar enfermeiros e demais profissionais a se comprometerem com a humanização se faz necessário, para que possam utilizar seu conhecimento técnico-científico em prol do paciente, percebendo suas necessidades, de maneira individualizada, onde quer que estejam.

Prestar uma assistência humanizada constitui um movimento crescente e com uma disseminada busca por um ideal acolhimento, que tem representado a síntese dos anseios por aperfeiçoamento das ações e relações entre os sujeitos envolvidos, gerando a integralidade do atendimento, conferindo a esse, um enfoque mais holístico.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, R.C.V. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Escola de enfermagem, 2006. p.120.
- BECK, C. L. C; LISBÔA, R. L; TAVARES, J. P; SILVA, R. M; PRESTES F. C. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev Gaúcha Enferm.** 2009 v.30, n.1, p.54-61.
- BEDIN, E; RIBEIRO, L. B. M; BARRETO, R. Ap. S. S. - Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família**. 2012. Disponível em: <http://www.gov.br/psf/menu.htm>. Acesso em: 27 de julho 2012.
- COREN, SP. A arte como ferramenta na humanização hospitalar. **Revista COREN-SP**, São Paulo, n.42, set. 2002. Disponível em: <[www.coren-sp.gov.br](http://www.coren-sp.gov.br)>. Acesso em: 19 de julho 2012.
- ECHER, I.C.; ONZI, M.R.; CRUZ, A.M.P.; BEN, G.M; FERNANDES, T.S.; BRUXE, V.M. Opinião de visitantes sobre a sistemática de visitação a pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p.57-68, jan.1999. Disponível em: <[www.bases.bireme.br](http://www.bases.bireme.br)>. Acesso em: 3 de agosto de 2012.



FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde Soc.**, v.13, n.3, p.30-5, 2011.

MERHY, E.E; CHAKKOUR M; STÉFANO E; STÉFANO M.E; SANTOS C.M; RODRIGUES R.A. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde:** a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social:** Teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ 2009.

PRADO M.L; CARRARO T.E; ROCHA P.K; WALL M; GASPERI, P; RADUNZ V. **Tecnologia e Cuidado:** onde está o humano nessa convergência? In: Anais do III Seminário Internacional de Filosofia e Saúde ; Florianópolis (SC), Brasil, 2011.

ROSSI, F. R; LIMA, M. A. D. da S . Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro **Rev Bras Enferm**, 2010 maio-jun; v.58, n.3, p.305-10.

## **AGRADECIMENTOS**

Às participantes, pela contribuição para o avanço da pesquisa científica.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IMPORTÂNCIA DOS ENFERMEIROS NO ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL E OS SEUS OBSTÁCULOS

Rafaela Lima Nascimento<sup>1</sup>, Luana de Sousa Oliveira<sup>2</sup>, Herika Paiva Pontes<sup>3</sup>, Mirna Albuquerque Frota<sup>4</sup>, Ceci Vilar Noronha<sup>5</sup>, Caroline Soares Nobre<sup>6</sup>

*1 Graduação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Graduação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahia-Brasil.*

*6 Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahia-Brasil,*

*E-mail: rafaelaliman@hotmail.com*

*Palavras-chave: Violência Doméstica. Criança. Enfermeiro.*

### INTRODUÇÃO

A violência contra a criança ocorre majoritariamente no ambiente familiar, é um acontecimento universal, endêmico e complexo. Configura uma das manifestações da violência doméstica que ocorre no âmbito familiar. Como consequência para a criança, podem ser apontados traços que se manifestam ainda durante a infância, tais como a dificuldade de aprendizado, ou quando adultas, com vínculos frágeis e inseguros, menor tolerância à frustração, agressividade com colegas e outras pessoas, dificuldade de lidar com as próprias emoções e a repetição da violência com outras crianças, os filhos, por exemplo, confirmando a tendência do fenômeno ser cíclico e marcante em seguidas gerações (CARDOSO; SANTANA; FERRIANI, 2006).

Considerando que é durante a infância que a pessoa adquire as noções de direito, respeito, tolerância, autoestima e capacidade para solução de conflitos, pode-se afirmar que as crianças que sofreram algum tipo de abuso ou que não tiveram modelos de relações benéficos a esta formação poderão tornar-se adultos agressores (MARTINS; FERRIANI, 2008).

Logo, a violência doméstica contribui de forma negativa para o desenvolvimento das crianças, e por vezes, é utilizada como forma de educação ou punição, isto pode ser visto nas famílias mais tradicionais, as quais a força significa poder.

De acordo com Bason (2008) violência é qualquer ato acidental que implica em danos físicos ou psicológicos realizado pelos pais ou por quem cuida da criança, advindos de ações físicas, sexuais ou emocionais. Acrescenta que esses eventos podem ocorrer por omissão ou permissão ameaçando o desenvolvimento físico ou psicológico da criança.

Porém, a violência não é restrita a apenas uma variável, pode ocorrer por situações econômicas desfavoráveis, falta de instrução dos pais, uso de drogas, álcool, dentre outros. Dessa forma, a prevenção e o tratamento tornam-se mais complexos, sem uma medida efetiva a qual o enfermeiro possa realizar mediante situações como essas (APOSTOLICO et al, 2012).

De acordo com Gomes e Lunardi (2004) a enfermagem deve enfrentar e combater a violência contra crianças, destacando a sua importância para não ocorrer a banalização, algumas pesquisas feitas nas emergências do Brasil ressaltam a preocupação dos profissionais de saúde apenas com os sinais e sintomas, patologias, ou ferimentos e o desconhecimento do fenômeno da violência familiar em suas diferentes formas, impossibilitando que os casos sejam investigados, notificados e registrados. Esses profissionais contribuem para um efeito cíclico, no qual a criança continua sendo violentada em casa e o tratamento é feito apenas físico, mas não é aprofundado.

Por conseguinte, a consulta de enfermagem, quando realizada por profissionais bem capacitados, representa um importante recurso para detecção de casos de violência, dado o maior contato com a família e a compreensão da dinâmica familiar, potencializado ainda pela visita diária. O enfermeiro deve, então, ter o conhecimento necessário sobre o fenômeno citado desde a sua formação acadêmica e manter estudos contínuos em serviço, pois não é rara a dificuldade encontrada por esses profissionais para identificar e/ou cuidar da questão acerca da violência familiar (ALGERI, 2005).

Com objetivo de contribuir acerca da importância do enfermeiro no enfrentamento à violência doméstica contra crianças, e as dificuldades encontradas, o estudo tem a finalidade de conhecer a produção científica sobre o tema supracitado.

## METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa, método que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões, avaliação crítica e síntese de evidências disponíveis sobre o tema investigado (MENDES et al, 2008).

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram seguidas as seis etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas e categorização; avaliação; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

As buscas foram realizadas nas bases de dados LILACS e BDEFN, por meio da utilização dos seguintes descritores: violência doméstica, enfermeiro, criança. Os critérios de inclusão considerados foram: artigos científicos com textos disponibilizados na íntegra; divulgados em português e publicados nos últimos dez anos, entre os anos de 2007 a 2017.

A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2017. Para a qualificação dos estudos selecionados foram extraídas e organizadas em um quadro com as seguintes informações: título, autores, periódico, ano, objetivos e tipo de estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca inicial foram encontrados 200 artigos, 109 na MEDLINE, 49 na LILACS, 40 na BDEFN, 2 Coleciona SUS. Foram excluídos estudos em duplicidade, em idiomas distintos dos definidos como critérios para inclusão e aqueles que, conforme percebido através do título ou após leitura do resumo não atendiam ao tema proposto. Dos 23 artigos lidos na íntegra, 11 responderam ao tema proposto e definiram o resultado final. As informações do Quadro 1 sintetizam os conhecimentos dos estudos encontrados e analisados.

**Quadro 1** – Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, periódico e ano de publicação, objetivo e tipo de estudo.

Título	Periódico	Ano	Objetivos	Tipo de estudo
As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2013	Identificar os limites e potencialidades da CIPESC na consulta de enfermagem com crianças vítimas de violência doméstica.	Qualitativo
A criança vítima de violência doméstica: Limites e desafios para a prática de enfermagem	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental	2012	Identificar os fatores que contribuem para a ocorrência da violência doméstica contra a criança, e as suas consequências.	Pesquisa Bibliográfica
Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	2012	analisar a atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família frente à violência intrafamiliar contra a criança.	Qualitativo
Violência doméstica infantil: abordagem da enfermagem	Acta Scientiarum. Health Sciences	2012	Aprofundar a discussão sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes.	Pesquisa Bibliográfica
Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil	Ciencia y Enfermería	2012	Identificar na literatura existente, a importância da atuação do enfermeiro no atendimento às vítimas de violência infantil.	Pesquisa Bibliográfica

Atenção a criança e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviço de pronto atendimento	Revista Eletrônica de Enfermagem	2009	Identificar de que forma acontece o atendimento de enfermagem as crianças e aos adolescentes vítimas de violência intrafamiliar.	Qualitativo
A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde	Ciência, Cuidado e Saúde	2009	Conhecer a percepção dos profissionais de um hospital universitário, quanto à importância da notificação na violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.	Qualitativo
Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência	Revista Eletrônica de Enfermagem	2008	Conhecer os tipos de violência identificados pelos profissionais de saúde nos casos.	Quantitativo
Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente	Revista Latino – Americano em Enfermagem	2008	Compreender as concepções que os profissionais de saúde têm sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente.	Qualitativo
A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: O que nos mostra a literatura nacional	REME – Revista Mineira de Enfermagem	2008	Pesquisar na literatura nacional a produção teórica dos profissionais de saúde sobre essa temática.	Pesquisa Bibliográfica
Violência intrafamiliar contra a criança no contexto hospitalar e as possibilidades de atuação do enfermeiro	Revista do HCPA	2007	Refletir sobre a violência intrafamiliar contra crianças, discutir possibilidades de assistência.	Pesquisa Bibliográfica

Constatou-se que as pesquisas qualitativas e do tipo pesquisa bibliográfica foram as mais predominantes na busca, com 5 produções científicas cada, em relação aos objetivos foram encontrados 4 artigos os quais abordavam a importância e atuação do enfermeiro no processo de enfrentamento, e 6 artigos que tratavam acerca do conceito, fatores e consequências. Martins e Ferriani (2008) relatam que na perspectiva de crianças e familiares, a violência doméstica faz parte do microsistema familiar e é vista como uma prática usual, baseada na crença de valores autoritários e no poder dos pais sobre os filhos. A prática da violência física punitiva gera nas crianças sentimento de revolta, mágoa e humilhação.

Independentemente do tipo de violência, suas consequências atingem diretamente a saúde da criança de forma imediata, a médio e longo prazo. Este fenômeno, que se manifesta nos moldes de um processo patológico social, necessita de uma visão mais ampla dos profissionais de saúde para seu enfrentamento. Diante dessa conjuntura, a enfermagem é vista como a primeira instância de uma rede de apoio que favoreça a interrupção do ciclo da violência (CARDOSO; SANTA; FERRIANI, 2006).

De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2008) o enfrentamento da violência é uma questão delicada, por envolver diferentes aspectos da vida social e requerer intervenções em muitos âmbitos, que extrapolam o setor saúde e sua capacidade de atuação. Por isso, é importante a atuação do enfermeiro nesse enfrentamento já que os profissionais de saúde encontram-se em uma posição estratégica para identificar possíveis situações de violência, uma vez que as vítimas buscam os serviços de saúde em consequência dos danos físicos ou emocionais (RIQUINHO; CORREA, 2006).

Frente a esse contexto, os profissionais de saúde, enquanto seres humanos e cidadãos com direitos e deveres a cumprir, devem intervir em situações de violência onde as crianças estão expostas. Porém, duas questões

complicam o atendimento a essas crianças: a falta de conhecimento sobre sinais e sintomas de maus tratos por parte dos profissionais dados estes que os levaria a intervir corretamente, como também a inexistência de uma rede de apoio às vítimas, na maioria dos municípios (CARDOSO; SANTANA; FERRIANI, 2006).

A visita domiciliária é vista como uma importante ferramenta, a qual acompanha as famílias mais vulneráveis e possibilita um apoio maior, colaborando para as ações dos enfermeiros contra a violência intrafamiliar contra crianças. Por outro lado, essa visita compulsória frequente não é desejada, pois atribui-se a isso a intromissão do setor saúde na vida privada, quando na prática educativa dessas intervenções diárias, adota-se uma postura impositiva e que desvaloriza os conhecimentos e decisões dos usuários (MANDÚ et al, 2008)

Diante do exposto, é notória a importância do enfermeiro e o despreparo para os tipos de situações as quais incluem crianças sendo violentadas em casa. Por isso, é relevante que as instituições educadoras durante o período acadêmico abordem esse fenômeno, e ofereça cursos e palestras com discussões para a consolidação acerca dessa problemática. Dessa forma, o próprio órgão educador e formador destes profissionais, que é a universidade, deve estar atento e preparado para atender suas expectativas e necessidades, diminuindo os obstáculos enfrentados por esses profissionais (ALGERI, 2005).

## CONCLUSÃO

O estudo realizado identificou a necessidade de elaboração de novos materiais científicos os quais abordem essa temática a fim de contribuir para o conhecimento dos enfermeiros sobre sua importância e os possíveis obstáculos encontrados no campo de prática, de forma que permita a melhora no atendimento às crianças vítimas de violência no contexto domiciliar.

Diante dessa conjuntura, a importância da capacitação efetiva desses profissionais para o tratamento, identificação e abordagem correta é evidenciado. Assim como os conceitos de violência doméstica contra crianças, os seus tipos, e as suas consequências a curto e longo prazo.

## REFERÊNCIAS

- ALGERI, S.; SOUZA, L. Violência intrafamiliar contra a criança: uma análise crítico-reflexiva para a equipe de enfermagem. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 4, n. 3, dez. 2005.
- APOSTOLICO, M. R. et al. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. **Rev Latino Am Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 266-73, 2012.
- BAZON, M. R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 323-32, 2008.
- BRASIL. Secretaria Municipal da Saúde; Fundação de Ação Social. **Rede de Proteção à Criança e Adolescente em Situação de Risco para Violência**. Curitiba; 2008 [citado 2011 jun. 3]. Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=220>>.
- CARDOSO, E.; SANTANA, J. S.; FERRIANI, M. Criança e adolescente vítimas de maus-tratos: informações dos enfermeiros de um hospital público. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 4, p. 524-30, out./dez. 2006.
- GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D. Banalização da violência na família. In: LUZ, A.M.H., MANCIA, J.R., MOTTA, M.G.C. (orgs). **As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem**. 1. ed. Brasília: ABEn Nacional; 2004. p. 17-21.
- MANDU, E.N.T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 131-40, 2008.
- MARTINS, C. S.; FERRIANI, M. G. C. A compreensão de família sob a ótica de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: FERRIANI, M. G. C. et al. **Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica**. Goiânia: AB; 2008. p.7-53.
- MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- RIQUINHO, D. L.; CORREA, S. G. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. **Rev Gaucha Enferm.**, v. 27, n. 2, p. 301-10, jun. 2006.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão **integrativa: o que é e como fazer?** Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## “O CAMINHO PARA O INFERNO”: BUSCANDO UMA COMPREENSÃO PARA O TRATAMENTO DE UMA MULHER QUEIMADA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

**Cristiani Nobre de Arruda<sup>1</sup>, Andrea Stopiglia Guedes Braide<sup>2</sup>, Francisco Antonio da Cruz Mendonça<sup>3</sup>, Kátia Castelo Branco Machado Diógenes<sup>4</sup>, Alana Arruda Arja Carneiro<sup>5</sup>, Marilyn Kay Nations<sup>6</sup>**

*1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil*

*5 Graduada em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, (UNIFOR)*

*6 Department of Global Health and Social Medicine Harvard Medical School*

E-mail: cristianiarruda@hotmail.com

Palavras-chave: Violência. Queimaduras. Humanização. Antropologia Cultural. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

A violência contra mulher é uma injúria recorrente na Unidade de Queimados, localizado no estado do Ceará. Situações frequentes escondem um significado relevante e podem ocultar múltiplas causas, como os casos de violência familiar (SAFIOTTI, 2004). A socióloga citada atribui que o fato é um fenômeno complexo, suas causas são múltiplas e de difícil definição. Tão grande é a dificuldade dessa definição que autores como Sorel (2005) e Arendt (2009) dedicaram livros inteiros a esse assunto sem dar uma definição acabada do termo. No entanto, suas consequências são devastadoras: vão muito além daquele ato e de seus efeitos imediatos, gerando uma reprodução geracional dessa violência. Debruçam a uma análise dos problemas conceituais, como também paradoxos e aparentes entendimentos que atribuem à discriminação generalizada das mulheres, as injustiças cotidianas e os insultos fortuitos, a exploração incessante numa sociedade dominada por homens (BOURDIEU, 2003; SAFIOTTI, 2004).

Infelizmente, têm que ser considerado que os quantitativos ainda são poucos registrados em hospitais, porém, na prática a injúria por queimadura representa só a ponta do iceberg das violências cotidianas, mas que embaixo dessa ponta, tem-se um assombroso número de casos, os quais nunca alcançam a luz pública, o que deveria efetivamente acontecer.

Estudos como de Wallace; Duke (2016) mostram o problema da violência intrafamiliar e os ataques nocivos em determinadas culturas, bem como as práticas tradicionais seguidas pelo fogo e ácido. O cenário usual dessa violência se concentra na maioria dos países de terceiro mundo e, surpreendentemente, em alguns desenvolvidos em que o cônjuge da vítima usa ácido sulfúrico concentrado ou gasolina para se vingar de um relacionamento mal sucedido por razões sociais, culturais ou econômicas (WALLACE; DUKE 2016). Centenas de mulheres agonizam em dor física e psíquica após terem seus rostos e corpos desfigurados por maridos ciumentos ou pretendentes rejeitados. Essas mulheres, cujos corpos são signos dessa dramática violência de gênero, expressam-se numa zona de silêncio. Muitas mulheres são queimadas vivas por motivos torpes (conversar com um homem, deixar a mostra alguma parte do corpo, etc.), sob alegação de “acidente doméstico” (SOUAD, 2003, SAVING FACE, 2012). Os abusos são praticados pelos maridos ou familiares, e como o que impera é a “lei dos homens”, muitas morrem ou simplesmente desaparecem na clandestinidade. A submissão, não exposição do corpo, entre outros

aspectos culturais, causam fascínio e informações muitas vezes deturpadas, tornando-as vítimas em relação à sociedade (WALLACE; DUKE 2016).

Vivemos em uma época de mudanças marcada, sobretudo pela tecnologia, economia e política, que afetam todas as áreas da nossa vida, entre elas a profissional. No âmbito profissional da saúde e do cuidado a pessoas queimadas, o panorama atual é de um maior conhecimento, em relação a outras épocas, das alterações corporais, emocionais, econômicas, sociais e de um tratamento interdisciplinar (SEERA et al; 2010). Dentre tantas modificações, indagamos, portanto: como é ser mulher, vivendo a experiência de ser queimada por seu companheiro? Qual a voz evidência a dor das que são exterminadas e cujo desaparecimento é tão gritante quanto seu silêncio? Qual a voz diria a dor dessas mulheres cujos sonhos ficaram pelo caminho? Buscando responder essa e outras inquietações, propomos desvelar esta realidade humana, diante a exposição prévia à injúria e sua extensão.

## METODOLOGIA

O presente estudo adquiriu particularidades de investigação baseadas no caráter qualitativo, exploratório-descritivo. O marco teórico ancorou-se na Antropologia Simbólica - Interpretativa (Geertz, 1989), utilizando-se dos conceitos e formulações da Antropologia Médica (Kleinman, 1980; 1988), a fim de captar e explicitar os sentidos da experiência da hospitalização vivida e a precisão dos detalhes dessa violência. Em vista disso, este estudo faz um recorte temático da tese de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), especificamente do impacto e da dramaticidade deste cenário de controvérsias - situação crítica ou do limite da vida - no atendimento especializado de urgência e emergência na assistência a queimados. A pesquisa de campo acompanhou a rotina de uma mulher queimada em situação de violência, na faixa etária de 38 anos, na cidade de Fortaleza, no período de janeiro a abril de 2016. Após firmar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, decidimos assisti-la em período hospitalar: fase aguda e subaguda crônica - curativos diários das lesões - no setor de excelência (CTQ), de um grande hospital da capital de Fortaleza, estado do Ceará.

O material coletado através da entrevista semiestruturada resultou uma narrativa ampla, êmica, temporal e detalhada de nossa informante. As informações foram registradas manualmente em diário de campo, a posição de observador como participante foi utilizada para enriquecer os dados. A legitimação das conversas, das entrevistas foi registrada em gravador de voz digital portátil e seu conteúdo transcrito pelos pesquisadores em programa informatizado de processamentos de textos. Empregamos a Interpretação Semântica Contextualizada de Bibeau & Corin (1995) para analisar os achados, permitindo integrar elementos semiológicos, interpretativos e pragmáticos essenciais para uma abordagem cultural dessa violência. O percurso foi adequado para expor dúvidas, inquietações, constrangimentos, enfim, que explicitaram a subjetividade da nossa informante-chave. Foram observados os princípios éticos da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), n. 1.267.307. O nome de nossa informante foi preservado, tendo sido expresso por cognome.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O combustível inflamado e destilado flutua na superfície do corpo, com brilho em azul indicando a combustão completa. Venus infla, se incendeia em espiral, o turbilhão chicoteia a aparência corpórea. As chamas formam redemoinhos e se combinam num verdadeiro inferno rotativo, queimando-a no ar. Seu corpo é uma máscara de bolhas. A flagelação se efetua, entremente, via sua pele desprender-se, dilacerando, descarnando e se rompendo das mãos e seios, enquanto seus cabelos pulverizavam-se em milésimos de segundo: *"(...) perdi todo meu cabelo, se esfarelava na minha mão!"*. Reage a sobressalto de dor lancinante e intensa, calafrios, fraqueza física, acompanhada de um abatimento moral violento causado por uma profunda emoção, por um grande medo: *"Isso foi um pesadelo"... "Que dor é essa, meu Deus!"*. Isto representa mais robusto e severo - a tentativa de homicídio a um contexto de violência doméstica praticada pelo seu ex- marido, responsável pelo crime, agora transformado em seu algoz.

Após o escárnio, o inferno se repete numa tortura atroz, Venus chega ao hospital, em situações de emergência, sendo encaminhada ao CTQ. Suas forças dissipam-se. Sua vida é uma corrida contra o tempo. Está fatigada, arrasta um pé após o outro. A dor mais insuportável que um ser humano pode provar, ou seja, aquela produzida pela lesão da queimadura. Ela estava quase perdendo a consciência, e a cada ressalto, a cada movimento, vibrará despertando dores dilacerantes. Seu vestido está colado nas úlceras e tirá-la produz uma tortura atroz. Cada fio de tecido aderido à pele viva; ao tirarem a roupa, se laceravam as terminações nervosas postas em descoberto pelas feridas.

O conhecimento médico-científico diagnostica Venus, com queimaduras de segundo grau profundo e terceiro grau em 55% de sua superfície corporal. Queimaduras distribuídas ao longo de sua face, tórax, membros superiores e inferiores. O médico do hospital preenche um laudo para internação efetuando sua admissão. Na unidade, ela é colocada na enfermaria feminina, em leitos emparelhados.

A partir do momento do diagnóstico, iniciam as alterações irreversíveis na saúde e nas condições de vida de Venus. O principal, em um atendimento de emergência, é propiciar as condições necessárias para que os pacientes assegurem sua volemia (SERRA, 2010). A equipe médica dá início aos procedimentos para alívio da dor e hidratação intensa, assim, a medicação penetra fundo em suas veias a fim de normalizar o funcionamento metabólico esfacelado.

Em meio medicalizado, a dor perturba e desnorteia Venus, a renição não tardaria, obrigando-a entregar-se ao tratamento: observa-se a perfusão da pele, controla-se a pressão e a temperatura. Registramos o suplemento de sondas, drenos e diureses. O sofrimento de estar queimada é algo que ela nunca esquecerá: *"...Se existe mesmo inferno, achava que estava dentro dele... essa dor não para de queimar minhas entranhas!"*. Implora para morrer, pois são instantes tensos de agonia, aflição e consternação: *"Eu tava pedindo para morrer do que viver naquela*

hora e nesse lugar (...)Tava me conformando com a morte, mas no fundo queria viver!”. Um suplício que durará horas, dias, meses. Nietzsche (2009) chegou a dizer que o espírito fértil e fecundo é aquele rico em contradições, e este pensamento nos ocorreu ao contrastar nesse discurso de Vênus.

A clínica médica atua intensamente em cicatrizar o corpo queimado. Pela manhã, limpa meticulosamente suas feridas. Ela encontra-se desnuda na maca, e embora não sinta a menor acanhamento, fica perturbada que o pudor tenha lhe abandonado: “(...) não tenho mais vergonha de nada.... só peço que essa dor passe!”. A limpeza da ferida constitui um passo essencial para um protocolo de tratamento eficaz (SERRA, 2010). Essa compreensão científica não elimina o horror, a exaustão e o desespero dessa mulher. A perda do órgão pele, uma fina película dilacerada registra sua sensibilidade em vê seu corpo miserável e tomado pela dor e pelo sangue: “Meu Deus o que é isso em mim?! Por que ele fez isso comigo?!” [Diz ela sobre seu ex- marido]. Seu corpo é marcado a “ferro e fogo” pelas traumáticas sessões de balneoterapia, equivalendo a todos os sofrimentos vividos por ela: “Por favor, não me levem para esse banho (...) isso é uma tortura!”. Os profissionais combatem o inimigo da infecção, para que não corra risco de septicemia. Na sala de banho – a balneoterapia - é retirado rapidamente o tecido morto, infectado, que rapidamente a água vira rosada, então se via uma rede sangrenta indo embora pelo ralo. O contato desagradável da água pressurizada com a superfície do corpo remove a sujidades e tecidos desvitalizados soltos no leito de suas feridas. As feridas são esfregadas com esponjas por irrigação utilizando jato de água, fazendo o sangramento subcutâneo escorrer pelo esgoto. Essa é a iconografia das consequências imediatas das lesões por queimaduras, é um sofrimento sem alívio, porém, paradoxalmente, a busca da “cura”. É natural, portanto, saber o que Venus experimenta nesse momento, como ser humano e não como prontuário médico.

Porém, ali existe outro espaço, gritos vindos do corredor se misturam aos ouvidos de Venus. Eram compreensíveis, embora ainda confusos. Ela na sua condição de total fragilidade, o medo nos olhos, o desamparo, a pele rasgando do corpo, a dor, o padecimento, parecia que estavam lhe tirando o escalpo. Dor real, a doença, o limite entre a vida e a morte, são parceiras muito próximas nessa unidade. Ela começa a sofrer todas as complicações ocasionadas pelas lesões da queimadura que reafirmam sua convicção da gravidade, percebe diminuição das potencialidades de adaptação e funcionalidade relativamente ao indivíduo saudável: “Me diga, por favor, se vou voltar ao normal (...) pelo amor Deus não quero ficar assim!”. O enfadonho e longo período de internação hospitalar é um dos piores acontecimentos para ela, pois passou a ser instrumentalizado em função de determinado fim: “Quando vou sair daqui, me digam se eu vou morrer, não aguento mais sofrer!”. Há pouca liberdade e a identidade dela é despojada pela norma - vestimenta em compressa de gaze estéril; sob elas encontramos feridas desvitalizadas, sangue extravasado de micro-organismos, grades nas janelas, placas proibitivas, ambientes fechados e limitação dos contatos com familiares (GOMES; NATIONS, LUZ. 2008). Administração de fármacos para diminuição da sensação dolorosa justificaria uma interrupção do descanso, narrada por Venus: “Pelo amor de Deus, preciso de remédio para parar essa dor, me ajudem, por favor!”.

No centro cirúrgico o bisturi colabora inteligentemente para recuperar o primitivo rigor da natureza, extirpando tudo que é prejudicial na pele carbonizada de Venus. Cada procedimento na unidade é um novo suplício: as cirurgias repetitivas para enxerto, a perda de fluidos, as alterações no sistema renal, exames invasivos, risco de infecção, dor intensa (SERRA, 2010). Além, do transtorno de estresse pós-traumático descrito por Burk (2003), como: separação brusca da família, dependência no cuidado em atividades básicas das necessidades pessoais, perda da autonomia, mudanças corporais e tensão constante, toda essa variedade de estressores, Vênus nunca antes havia passado em sua vida: “(...) Não posso mudar o que aconteceu comigo!, diz Ela, (...) não posso esquecer porque meu corpo me lembra disso todos os dias!”. No início do estudo, na composição de nossas possíveis informantes, percebemos que houve uma relutância das vítimas em relatar os incidentes; provavelmente por medo de retaliação dos perpetradores. É possível que o estigma, o medo e as baixas expectativas de assistência dos serviços de saúde impeçam as mulheres de contar aos profissionais sobre a violência - da mesma forma que as mulheres relataram o que as impede de procurar ajuda formal (KLEINMAN; 1988). Em geral, a cultura no Nordeste do Brasil -- forma aguçada aos caracteres machista -- nos pegamos às palavras de Minayo (2005) ao publicar seu artigo, “Laços perigosos entre Machismo e violência”, pesquisadores chamaram a atenção sobre a ligação entre violência e saúde no Brasil, especialmente performances agressivas “dos homens”. Em Elementos para a Análise do Machismo, Drumont (2009) interpreta a estrutura ideológica e representação de machismo como dominação entre os sexos. A violência é um problema complexo, fortemente ligado à cultura e à sociedade brasileira. Cada classe, e cada grupo, constroem suas formas particulares de relações de gênero e machismo. Ceará tem a sua marca: “o cabra macho”.

Narrativizar a história dessa mulher exigiu, portanto, uma moldura conceitual e interpretativa, na qual se tornou fisicamente e emocionalmente condenável. Por isso ouvi-la foi mais que ouvir uma mulher, foi entrar em contato com a pulsação viva. A partir da narrativa acima, se faz obrigatório ver o desastre humanitário que vivencia uma pessoa queimada, mas é impossível fazê-lo sem ficar chocado, revoltado ou emocionado – ou tudo isso junto. Uns viram o rosto, outros fecham os olhos, às vezes é um impulso natural de repulsa. Na realidade, a dramática



situação dessas mulheres é sentida e sofrida como experiência desumana – as feridas ainda abertas, impondo a elas uma tortura emocional (ARRUDA; BRAIDE; NATIONS, 2014).

A narrativa permitiu entrar na dor, ressaltamos que o sofrimento de Venus vai além, transborda, ultrapassa as fronteiras da interpretação acadêmica. Ela extravasou os limites configurados pelas instâncias específicas da memória, associando a emoção e imaginação, em que performatizou a narrativa dessa “invisibilidade” (MASSIMI, 2010). Evoca uma dor imensurável, inquantificável, beirando o inefável (LE BRETON, 2013). Expressa também uma ansiosa preocupação com uma abjeta fragilidade e vulnerabilidade em relação sua pele. Diante de tanta violência, no imediatismo de gritos, existe um corpo mutilado, pele chamuscada - um golpe marcado no terreno originário do Eu-Pele. (ANZIEU, 1988)

Levando em conta todas as aprovações e confirmações médicas, nos deixamos levar, não ao acaso, citar a obra inteligível de Canguilhem (2015, p. 4) – O normal e o patológico - ao expor: “Todo estado orgânico de tensão desordenada, todo comportamento de alarme e stress provoca uma reação suprarreal”. É natural, portanto, saber o que Vênus experimenta nesse momento, a priori uma condição ontológica entre uma forma viva, que era, “perfeita” e, agora, uma forma viva “malograda” (CANGUILHEM, 2015).

A obra de Mol (2005) nos apresenta uma possibilidade de refletir sobre a lógica do cuidado, atentando nos espaços para além das dicotomias de inspiração cartesiana. Para Venus o cuidado do tratamento se tornou tortura – o desconforto e a humilhação são aparentes em toda a narrativa. É neste ponto que queremos elucidar a lógica desse universo quase desmedido que é o cuidado das lesões por queimaduras. Afinal, a unidade de queimaduras é um lugar de enorme potência, o lugar de quem vai salvar e cuidar de uma vida (GAWRYSZEWSKI, 2012). É necessário também admitir, na contracorrente que, entretanto, vemos pele desprender-se, corpo descarnando-se, cabelos que se pulverizam em segundos. Um tratamento que pode levar à loucura. A antropóloga Annemarie Mol (2005) complementa dizendo que os valores de fato são relevantes à lógica do cuidado, em que, não pode ser definido em fragmento. Uma vez que uma doença interfere na vida de um paciente, os valores em que eles referem-se não é um objeto tridimensional (um corpo), mas a algo histórico - ontológico à vida. É uma compreensão integral dos fenômenos, não apenas das suas partes separadas.

## CONCLUSÃO

A violência contra mulheres sob a forma de queimaduras por líquidos inflamáveis é um problema muito peculiar, no entanto, se faz, ainda, (in)visível devido às causas e pela difícil definição. Dessa forma, não nos basta apontar ou imputar de que as causas dos acidentes sejam associadas a um único fato em si. Por mais doloroso ou injusto que possa parecer, o problema dessas mulheres queimadas em situação de violência é considerado como algo que não “chegou” a ocorrer. Em teoria, estas estão disponíveis para notificação, mas, na prática, é o contrário do que esperava. Percebemos uma lacuna particular entre a retórica e a realidade no CTQ. De forma convincente, parece-nos que temos uma censura terapêutica – censura que aspira a esmagar ou pelo menos invisibilizar a lesão como algo fortuito ou casual – algo do destino. Se tentarmos silenciar essas ideias impopulares, podemos fazer injustiça, tanto para quem detém essas opiniões, e também para nós mesmos, por meio de privar o direito de argumentar, relatar, narrar o processo que culminou o ato.

## REFERÊNCIAS

ANZIEU, Didier. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.

ARENDETT, Hannah. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

ARRUDA, Cristiani Nobre de; NATIONS, Marilyn; BRAIDE, Andrea Stopglia Guedes. “Carne crua e torrada”: a experiência do sofrimento de ser queimada em mulheres nordestinas, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 10, p. 2057-2067, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/en/lil-727731>>. BIBEAU, Gilles; CORIN, E. From submission to text to interpretive violence. In: \_\_\_\_. **Beyond textuality: asceticism and violence in anthropological interpretation**. Approaches to semiotics series. Berlin: Mouton de Gruyter. p.3-54. 1995.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. Trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003, 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BURKE, John F. The treatment of burn injury. **Rev Brasileira de Queimaduras**, v.3, n.1,p.4-5, jan-abr, 2003.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7 ed.

Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015. 277 p.

DRUMONT, Mary Pimentel. Elementos para uma análise do machismo. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, v. 3, 2009.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2014. 332p.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; NATIONS, Marilyn K.; LUZ, Madel Therezinha. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 61- 72, 2008.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

\_\_\_\_\_. **The illness narratives suffering, healing & the human condition**. New York: Basic Books; 1988.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 629-640, 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/36465>>.

LE BRETON, David. **Antropologia da dor**. Tradução Iraci D. Poleti, São Paulo: FAP-UNIFESP, 2013. 248p.

MASSIMI, Marina. La memoria, vientre del alma. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 13, n. 4, 2010.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000400010>>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 23-26, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03cv10n1.pdf>>.

MOL, Annemarie. **The logic of care: Health and the problem of patient choice**. London: Duke University Press; 2005.

NIETZSCHE, Friedrich. **Genealogia da moral: uma polêmica**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAVING FACE [MOTION PICTURE]. Denver: **HBO Documentary Films**; 2012.

SERRA, Alberto N. Bolgiani et al. Atualização no tratamento local das queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 2, p. 38-44, 2010. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.com.br/details/32/pt-BR>>.

SOUAD, M. **Queimada viva**. Coimbra: Editora Asa, 2003. 192 p.

SOREL, Georges. **Reflexiones sobre la violencia**. Madrid: Alianza Editorial, 2005. Disponível em: <<https://www.docs.google.com/file/d/.../edit?usp=sharing>>.

WALLACE, Hilary J.; DUKE, Janine M. Acid and burns violence against women: the role of the courts. **Burns**, v. 2, n. 42, p. 476-477, 2016.

## AGRADECIMENTOS

A nossa informante, a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento (FUNCAP) pela concessão da bolsa de estudo possibilitando a dedicação integral ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA ANÁLISE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA

**Kerma Márcia de Freitas<sup>1\*</sup>, Mapoésny Dhália Clares de Sousa<sup>2</sup>, Maria Isabely Cavalcante Martins<sup>3</sup>, Cleciana Alves Cruz<sup>4</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>5</sup>, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira<sup>6</sup>**

*1 Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; Coordenadora de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.*

*2 Enfermeira, Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.*

*3 Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.*

*4 Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE*

*5 Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.*

*6 Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de graduação em Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE.*

E-mail: [kermamarcia@gmail.com](mailto:kermamarcia@gmail.com)

Palavras-chave: Atenção Primária à saúde. Violência Contra a Mulher. Violência Sexual.

### INTRODUÇÃO

O enfrentamento da Violência Contra a Mulher (VCM) ocorreu graças ao movimento feminista, pois esse movimento estabeleceu estratégias para desenvolver a consciência de gênero nas diferentes instituições. Diante disso, esse tema passou a pressionar o setor da saúde para que ele atuasse ativamente no tratamento dos danos provocados pela agressão e no desenvolvimento de ações que pudessem amenizar a situação (PIOSIADLO; FONSECA; GESSNER, 2014).

No ranking de homicídios, o estado do Ceará encontra-se na 22ª posição, apresentando uma taxa de 4,0 para cada 100 mil mulheres, o colocando abaixo da média nacional, entretanto, sua capital Fortaleza apresenta uma taxa de 5,8 para cada 100 mil mulheres, ficando acima da média e ocupando a 16ª lugar entre as capitais do país (WAISELFISZ, 2012).

Vários estudos, sejam estes de origem nacional ou não, evidenciam o aumento da VCM, sendo que o número de vítimas de violência física ou sexual no âmbito mundial varia entre 20% e 75%, onde também fica declarado que cerca de dois milhões de mulheres são espancadas a cada ano. Nessas mesmas pesquisas também é retratado que o principal agressor é o parceiro, seja este atual ou não, revelando desse modo que a mulher está mais exposta a esse tipo de violência no espaço doméstico (MENEZES, et al, 2014).

Segundo um estudo da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2006, a VCM pode ser definida como todo ato de violência praticado por motivos de gênero, sendo dirigido contra uma mulher (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012). A influência do gênero sobre a ocorrência dessa forma de violência vem sendo discutida constantemente, onde passa a ser refletida a visão social dos papéis femininos e masculinos, tendo em vista que a submissão e a dependência da mulher podem ser um dos gatilhos para o acontecimento desses atos violentos (RAFAEL; MOURA, 2014).

O presente estudo pretende dar um destaque na violência sexual, pois mesmo a mulher sendo a mais acometida pela mesma, esta pode afetar a todos os indivíduos, independente de sexo ou idade, proporcionando nestes, consequências para a saúde física, social e psicológica, as quais podem vir a desenvolver a curto ou em longo prazo (FACURI, et al, 2013).

Em relação ao estudo, surgiram alguns questionamentos: Será que os profissionais de saúde da atenção básica estão preparados para identificar esses casos? O que fazem esses profissionais diante dessas vítimas? Quais as dificuldades encontradas pelo profissional para atuar no atendimento? E ainda, como estes buscam solucionar o problema?

Esse tema foi escolhido devido a formação de um grupo de estudos que retrata a VCM, sendo que em conjunto com a prática desenvolvida ao longo dos estágios curriculares nas Estratégias Saúde da Família (ESF), percebeu-se a dificuldade do profissional em atender e tentar conhecer a história da vítima, pois estes não chegam a avaliar a mulher como um todo e não anotam ou perguntam algo relacionado a violência, mesmo quando esta é claramente evidenciada.

O estudo possui relevância no cenário atual, pois é um problema de saúde pública que afeta o âmbito mundial e que está presente em nosso cotidiano. É de suma importância para os acadêmicos de diversas áreas, visto que este trabalho servirá como fonte de pesquisa para os demais interessados nessa temática, colaborando também dessa forma com o meio científico. A sociedade também será contribuída, visto que estas podem buscar

informações que as tornarão conhecedoras do problema, colaborando desse modo com o aprimoramento de seus conhecimentos acerca desse tema.

Com base nessa temática, esse estudo tem o objetivo de analisar, na percepção dos profissionais, a atenção às mulheres em situação de violência sexual na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Icó/Ce, uma vez que estes profissionais apresentam um contato mais próximo com essas vítimas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Essa forma de estudo é caracterizada como um processo que busca conhecer e interpretar a realidade dos fatos sem qualquer forma de interferência nos resultados. Possibilitando também, ao estudar o fenômeno, observar e conhecer sua natureza, composição e os processos que os constituem. Podendo aparecer em forma de pesquisa de opinião, motivação, estudo de caso ou pesquisa documental (RUDIO, 2011).

O cenário da pesquisa foi o município de Icó-ce, o qual está localizado na região Centro Sul do Ceará. O município encontra-se dividido em seis distritos, o Icó(sede), Lima Campos, Cruzeirinho, Icozinho, Pedrinhas e São Vicente. Contando com 67.045 habitantes, sendo 33.575 mulheres e 31.881 homens, segundo dados do IBGE (2014). É sede da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES). A Secretaria municipal de Saúde conta com um Hospital Regional, o qual presta assistência aos sete municípios da regional: Icó, Baixio, Cedro, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari. A atenção primária do município é composta por 20 Equipes Saúde da Família, sendo oito destas da zona urbana e doze na zona rural. A coleta foi realizada nas Estratégias Saúde da Família localizadas na zona urbana, no período de setembro a outubro de 2015.

Participaram do estudo os profissionais de saúde de nível superior que atendem mulheres vítimas de violência sexual nas ESF da zona urbana do município, sendo que os mesmos tinham que estar integrando a unidade por pelo menos seis meses. Foram excluídos os profissionais com licença médica no período da coleta dos dados, os que se recusaram a realizar a entrevista e os que estavam de férias.

Não participaram da entrevista dez profissionais, ou seja, quatro médicos, pois dois estavam de licença e dois não estavam com seis meses de serviço, dois enfermeiros com menos de seis meses e quatro dentistas, pois um se recusou, um estava de férias e dois não tinham seis meses na unidade. A coleta foi realizada com doze profissionais, sendo, seis enfermeiros, quatro médicos e dois dentistas.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente as falas obtidas pela entrevista foram transcritas na íntegra para garantir uma maior fidelidade às respostas dos entrevistados, sendo também garantido o anonimato. Em todas as etapas da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dos doze participantes da pesquisa foi constatado que estes estão na faixa etária de 24 a 61 anos, sendo nove dos entrevistados do sexo feminino. De acordo com a situação conjugal, seis dos participantes se declararam casados, cinco referiram ser solteiros e um afirmou ser divorciado.

Quanto ao tempo de formação, observou-se que a maioria tem mais de cinco anos de formado. Em relação à titulação dos participantes, nove declaram já ter feito pós-graduação, a maioria sendo ligada a saúde da família, três dos participantes negaram e apenas dois afirmaram ter concluído mais de um curso de pós.

Diante desses dados, fica evidente que a maioria dos profissionais apresenta qualificação para atuar numa Estratégia Saúde da Família, tendo em vista que em sua maioria optou-se por uma especialização nessa área.

A maioria dos profissionais entrevistados apresenta certa afinidade com o local de trabalho e principalmente com a comunidade, levando em consideração os anos na instituição. Isso proporciona que os mesmos estejam mais preparados para identificar casos de violência sexual na sua área, tendo em vista o vínculo formado entre o profissional e paciente ao longo dos anos de serviço.

Os profissionais de saúde, até mesmo durante a sua formação, recebem poucas informações a cerca de como atender às situações de violência. Isso acaba interferindo na identificação desse problema por esse profissional, visto que não houve preparação durante a sua graduação (FREITAS, 2013).

Nas entrevistas foi evidenciado esse problema, pois alguns dos entrevistados referiram que a violência sexual contra a mulher não fazia parte da realidade da Estratégia Saúde da Família e sim de hospitais ou centros especializados. Com base nisso, a maioria relatou que quando acontecer esse tipo de violência, o máximo que poderia ser feito seria o encaminhamento para outras unidades.

Ao analisar a qualificação durante a atuação profissional, foi constatado que quanto à participação de capacitações ou cursos de aperfeiçoamento para atuar na atenção à mulher em situação de violência sexual, onze dos entrevistados afirmaram não ter participado e apenas um relatou ter feito um curso.

Sobre receber treinamento para atender às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde ocorreu uma unanimidade, os doze participantes afirmaram que nunca aconteceu esse treinamento. Muitos dos entrevistados estão trabalhando na unidade à mais de cinco anos, ou seja, não foi proporcionado formas de aperfeiçoamento profissional quanto ao atendimento da violência sexual.

Reis, *et al* (2010) afirmam que os profissionais da saúde sentem muitas dificuldades quando encontram algum tipo de situações de violência, principalmente pela falta de preparação, fazendo com que o mesmo sinta um certo receio de interferir nessas questões por serem normalmente consideradas um problema familiar ou da justiça.

Com base nisso, pode-se dizer que é de suma importância a capacitação profissional, pois isso o tornará conhecedor do problema, possibilitando que o mesmo proporcione um atendimento adequado para a vítima e sua família.

Ao serem questionados sobre como realizam o atendimento à mulher em situação de violência sexual, foram citados o encaminhamento para outros serviços, a notificação dos casos, o acolhimento, o atendimento emergencial e o acompanhamento. O encaminhamento da mulher vítima de violência sexual foi citado por quatro profissionais.

No que diz respeito aos encaminhamentos, estes devem ser oferecidos de acordo com a necessidade de cada vítima, para que, em conjunto com outros serviços, se possa garantir um atendimento adequado para o problema apresentado por ela. Ao fazer o encaminhamento para o Boletim de Ocorrência (B.O), a mulher deve ser orientada que essa ação é algo de sua escolha ou de seus representantes, ou seja, a mulher deve ser orientada pelos profissionais de saúde sobre a importância de comunicar o problema para as autoridades judiciais, mas isso é uma decisão que deve partir dela (CORRÊA; PAES, 2013).

Um dos entrevistados revelou que o atendimento à mulher vítima de violência sexual na unidade básica é realizado como qualquer outro atendimento, ou seja, o atendimento de rotina.

Dos entrevistados apenas três afirmaram que ao atender uma mulher vítima de violência sexual é realizada a notificação dos casos.

O acolhimento é fundamental no atendimento em saúde, pois é de suma importância para a construção de vínculo com o paciente, pois ao dar atenção ao cliente, considerar seus receios, ou seja, fazer o aporte de uma ausculta qualificada, isso tornará mais fácil à construção da confiança do cliente para com o profissional.

Segundo Reis *et al.* (2010) é o primeiro contato do profissional com a mulher que sofreu violência sexual que dirá se a mesma irá aderir ao tratamento, portanto, por meio do acolhimento, ele deve oferecer segurança, seja esta física ou emocional.

Ao afirmar que se realiza o atendimento emergencial, os dois profissionais que referiram essa conduta revelaram que se deve primeiramente tratar da emergência que a vítima apresente, assim como, a realização de exames, a profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis e o contraceptivo de emergência.

Mesmo com todas as informações colhidas a cerca de como os profissionais devem atender as mulheres em situação de violência sexual, foi constatado uma fragmentação dos procedimentos, ou seja, nenhum dos entrevistados referiu como se deve atender a mulher de forma completa. O ideal é que se faça o acolhimento, o registro do caso, a notificação, o encaminhamento, se necessário, e o acompanhamento.

Ao serem questionados com relação aos protocolos de atendimento que são seguidos em casos de violência sexual, seis dos entrevistados referiram existir um protocolo e os outros seis afirmaram que não existe

Na Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes de 1999, foi lançado meios de como agir no atendimento à mulheres e adolescentes que sofreram violência sexual. Ela foi apresentada aos serviços de saúde dos municípios como um protocolo, ou seja, um plano que descreve o modo que os profissionais devem seguir no atendimento das mulheres vítimas de violência sexual (SILVA, 2014).

Ao serem questionados sobre os registros que são utilizados no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, nove dos entrevistados afirmaram que existe registro e três relataram não haver qualquer tipo de registro dos casos de violência sexual.

Ao serem analisados os dados sobre a notificação dos casos de violência nas unidades entrevistadas, foram revelados que dos doze entrevistados dez afirmaram que os casos são notificados e dois disseram que não. Nove dos entrevistados relataram que a notificação é feita na ficha de notificação de violência contra a mulher e um afirmou que essa notificação é realizada no relatório.

Na pesquisa observou-se que os principais encaminhamentos dos profissionais se referem ao suporte psicológico e para hospitais de referência, isso é realmente fundamental no atendimento integral da mulher que vivencia a violência.

Isso mostra que os profissionais entrevistados tiveram noção das localidades de encaminhamento, visto que, os hospitais de referência garantem a realização da profilaxia e dos atendimentos em geral e que os serviços jurídicos garantem que a mulher busque seus direitos, visto que estamos tratando de um crime.

## CONCLUSÃO

O presente estudo constatou que a maioria dos profissionais de saúde das Estratégias Saúde da Família de Icó-ce tem menos de 40 anos de idade, são casados, católicos, concursados, não apresentam outros vínculos empregativos, estão com mais de cinco anos atuando na unidade e fizeram pós-graduação em saúde da família. Apesar dessas informações, ficou evidenciado o despreparo dos profissionais, onde, apesar da constituição do vínculo entre eles e os clientes pelo tempo de serviço, constatou-se a dificuldade dos mesmos na identificação e atendimento dos casos de violência sexual contra a mulher.

A entrevista possibilitou o conhecimento da preparação desses profissionais, revelando que durante a graduação não houve preparo adequado e que após a formação os mesmos não buscaram meios de se aperfeiçoar nessa temática. Ainda sobre preparo profissional, foi identificado que não ocorreu em nenhuma das estratégias aperfeiçoamentos sobre o tema, revelando que não está havendo consenso com o que a Norma Técnica indica.

Diante disso, pode-se perceber que a violência sexual contra a mulher é vista erroneamente por alguns profissionais da atenção básica como um problema pertencente apenas a justiça e as unidades secundárias e que é preciso que haja mais discussões sobre essa temática, principalmente na graduação, para que isso proporcione o interesse dos futuros profissionais em conhecer essa realidade.

Por fim, espera-se que essa pesquisa contribua com o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde da atenção básica e que se gere o interesse dos pesquisadores em desenvolver outros estudos sobre esse tema, para que isso proporcione melhores estratégias de prevenção, promoção e assistência da saúde à essas vítimas.

## REFERÊNCIAS

- CORRÊA, F.S.; PAES, M.S.L. Mulher vítima de violência sexual: Como os profissionais de saúde agem nessa situação. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste, V.6 - N.1 - Jul./Ago. 2013.
- FACURI, C.O; FERNANDES, A.M.S.; OLIVEIRA, K.D.; ANDRADE, T.S.; AZEVEDO, R.C.S., **Violência sexual**: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. De saúde pública*, Rio de Janeiro, Maio, 2013.
- FONSECA, D.H.; RIBEIRO, C.G.; LEAL, N.S.B., Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n.2, p. 307-304, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230540>>. Acesso em: 17 de abril de 2015.
- MENEZES, P.R.M; LIMA, I.S.; CORREIA, C.M.; SOUZA, S.S.; ERDMANN, A.L.; GOMES, N.P., Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 778-786, Setembro, 2014 .
- PIOSIADLO, L.C.M.; FONSECA, R.M.G.S.; GESSNER, R., Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 728-733, Dezembro, 2014 .
- RAFAEL, R.M.R.; MOURA, A.T.M.S., Violência conta a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. **Comunicação Breve**. Abril, 2014.
- REIS, M.J.; LOPES, M.H.B.M.; HIGA, R.; TURATO, E.R.; CHVATAL, V.L.S.; BEDONE, A.J. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 2, pp. 325-331, 2010.
- RUDIO, F.V., **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 36° ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- SILVIA, A.C.F. **Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual na perspectiva dos profissionais de saúde**. Fortaleza-ce. 2014.
- WASELFISZ, j.j., **Mapa da violência 2012, crianças e adolescentes do Brasil**, Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, Rio de Janeiro, 1° edição, 2012.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à instituições, Faculdade Vale do Salgado e Universidade de Fortaleza pelo apoio à produção científica e a oportunidade de divulgação.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO: PROBLEMAS AMBIENTAIS DE UMA COMUNIDADE SOCIALMENTE VULNERÁVEL E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE

Izautina Vasconcelos de Sousa\*<sup>1</sup>(PG), Christina César Praça Brasil<sup>2</sup> (PQ), Raimunda Magalhães da Silva<sup>2</sup>(PQ), Ilana Nogueira Bezerra<sup>3</sup>(PQ), Renata Adele de Lima Nunes<sup>1</sup>(PG), Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque<sup>1</sup>(PG).

*1 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-C;*

*2 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE*

*3 Curso de Nutrição, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE.*

E-mail: [izaousoua222@gmail.com](mailto:izaousoua222@gmail.com)

Palavras-chave: Diagnóstico participativo. Problemas sociais. Vulnerabilidade social. Determinantes Sociais de Saúde. Participação social.

### INTRODUÇÃO

Historicamente, a reforma da saúde no Brasil, após a ditadura militar nos anos 70 e 80, impulsionou mudanças importantes nas questões de saúde da população brasileira, saindo de um contexto puramente biomédico e passando para um contexto amplo de direito humano. Assim, determinantes sociais de saúde, educação, redução da pobreza e participação social fortaleceram as mudanças favoráveis nas condições de saúde da população brasileira (PAIM et al., 2011).

Todavia, é importante evidenciar que as informações sobre uma determinada localidade pelos próprios moradores, o que constitui o diagnóstico participativo (DP), permite identificar as necessidades e priorizar as estratégias de políticas públicas apropriadas, com o intuito de alcançar melhorias para a vida da população.

No sentido mais amplo, o DP pode ser compreendido como uma ferramenta de conhecimento profundo de uma determinada comunidade, propiciando questionar as principais dimensões da sua realidade social. Ao incorporar a dimensão da participação, o diagnóstico tem suas perspectivas ampliadas, uma vez que é realizado no contexto complexo e dinâmico das comunidades, tendo os próprios moradores envolvidos na investigação social (FOX et al., 2004).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a programação local participativa é definida como uma ferramenta que permite que as pessoas e a comunidade conheçam a sua própria realidade e definam quando se sentem capazes de agir sobre ela. Implica em um processo contínuo que envolve o diagnóstico, a programação de ação, a implementação e a avaliação (OPAS/OMS, 1999).

Assim, a produção desse conhecimento formado pela coletividade facilita as relações sociais, fomenta a importância da dinâmica setorial, compensando estratégias políticas particulares e interesses sociais em prol do interesse público (RIBEIRO, 2015).

Tendo em vista que o diagnóstico participativo oportuniza uma maior validade na identificação dos problemas da comunidade, destacando os elementos prioritários que mais prejudicam as condições de saúde e sabendo do contraste social existente no bairro Edson Queiroz, em Fortaleza-Ceará, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos moradores de uma comunidade socialmente vulnerável localizada nessa região sobre os problemas ambientais que impactam nas condições de saúde dessa população, a partir do diagnóstico participativo.

### METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, na modalidade participante, realizada no bairro Edson Queiroz, no município de Fortaleza-Ceará, de janeiro a julho de 2016. A comunidade do Dendê foi o cenário do estudo, do qual participaram 31 informantes-chave (IC) residentes nessa área, com idades de 18 a 80 anos, sendo 24 mulheres e 7 homens, a maioria com mais de 5 anos de moradia na localidade, tendo sido indicados por nove Agentes Comunitários de Saúde atuantes no bairro.

Para a coleta de dados, foram realizadas caminhadas de rua e entrevistas individuais semiestruturadas com todos os IC, em dias e horários pré-agendados. Estes instrumentos foram aplicados pela pesquisadora com cada um dos participantes e foram registrados por escrito e gravados em áudio. Em seguida, foram realizados dois grupos focais (GF), com a participação total de 14 IC, para os quais, utilizou-se um roteiro com questões norteadoras sobre os problemas sociais apontados pela comunidade que interferem nas condições de saúde.

Cada GF teve duração média de 2 horas, tendo ocorrido em uma sala preparada com material para gravação em áudio e vídeo, em uma Universidade próxima à Comunidade. Ambos os GF foram conduzidos pelas mesmas facilitadora e moderadora, as quais, registraram por escritos observações que julgaram pertinentes.

Em seguida o material foi analisado com base no método Análise de Conteúdo na modalidade temática (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013), tendo emergido temáticas relacionadas a problemas de infraestrutura (falta de saneamento básico e iluminação pública precária), acondicionamento e tratamento do lixo, além da existência de animais soltos nas ruas.

A interpretação dos resultados fundamentou-se na Hermenêutica e nas abordagens teóricas do diagnóstico participativo (CHAMBERS, 1994; NELSON ; FOLHES; FINAN, 2009), estas últimas possibilitaram enfocar a importância do papel da comunidade na identificação de problemas. Ressalta-se que este estudo constitui recorte de uma pesquisa mais ampla, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob o parecer no. 1.146837.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de urbanização pelo qual passou a população brasileira na maioria das cidades não foi realizado a partir de um planejamento urbano. Muitos problemas de infraestrutura são apontados pela Comunidade em estudo, os quais impactam negativamente nas condições de saúde, tais como: a falta de saneamento básico, que expõe as pessoas a enchentes; a convivência em espaços preenchidos pelo lixo; a existência de vias públicas habitadas por animais, inclusive animais roedores e peçonhentos; a permanência de esgotos a céu aberto e de ruas sem pavimentação; a falta de educação ambiental, fazendo com que o ambiente seja considerado um fator de susceptibilidade ao adoecimento.

O relato a seguir ilustra essa realidade:

*“A água é correndo, o pessoal bota os esgotos por uns canos... O pessoal coloca fezes para correr por esses canos. Às vezes, entope. Agora mesmo, se você entrar lá, você vê tudo entupido... Água correndo pelo caminho onde você passa, onde crianças passam, onde todo mundo passa. É muita gente que tem problema de saúde. As ruas também não têm asfalto e tem muitos buracos...” (IC29)*

As condições ambientais representam um dos mais importantes fatores determinantes da saúde (BRASIL, 2013). O art. 2 da Lei n.º 10.257/2001, traz como diretriz da Política Urbana a garantia do direito ao saneamento, reforçando a Lei n.º 8.080/1990 que criou o SUS, cujas obrigações envolvem a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de ações de saneamento básico e de vigilância sanitária. Jacobi (1995) destaca uma relação direta entre exposição a riscos ambientais e a debilidade de acesso a serviços públicos. A falta de infraestrutura urbana (água, esgoto, coleta de lixo, canalização de córregos, entre outros) configura-se como fator de exposição das populações residentes nessas áreas a inúmeros riscos ambientais, como as doenças de veiculação hídrica.

A convivência próxima com o lixo, também apontado como problema pela comunidade, expõe as crianças a doenças e reduz o espaço para atividades recreativas, como aponta um morador local:

*As pessoas jogam o lixo sem amarrar e ali fica aquela sujeira... quando o carro do lixo vem, eles não vão pegar o lixo solto... vão pegar os que estão amarrados, que estão direitinho... as sujeiras eles deixa porque não está na sacola, justamente, vem os animais, mosca, barata, rato. Muitas coisas assim, imundice. (IC20)*

Esta fala descreve uma comunidade exposta a riscos de doenças em decorrência do lixo mal acondicionado que se associa a falta de saneamento básico, com crianças expostas a infecções devido ao contato com o solo contaminado por resíduos sólidos e líquidos. Tavares et al. (2006) apontam que doenças decorrentes desse cenário, como as enteroparasitoses, constituem graves problemas de Saúde Pública para os países em desenvolvimento.

No Brasil (MARTINS et al., 2003; TAVARES et al.; 2006), a ocorrência de parasitoses ainda é mais grave em consequência da inexistência de políticas que abordem intensamente a educação sanitária. Para a erradicação deste problema, seriam necessárias melhores condições socioeconômicas aliadas ao saneamento básico e à educação em saúde, além das mudanças de hábitos culturais (VISSER et al., 2011). O fornecimento de iluminação pública também representa um problema, tendo sido abordado pelos moradores ao longo de todo o trecho percorrido na caminhada de rua, além de ter sido evidenciado nos grupos focais.

*“É necessário colocar iluminação pública também dentro dessas travessas, mas esses ambientes não são muito favoráveis, pois quando queimam a luzes de repente, passam-se meses e meses no escuro e isso não é muito bom, né?” (IC22).*



O problema se justifica na medida em que aumenta a sensação de insegurança e de exposição à ação de criminosos. Para Rosito (2009), a iluminação pública tem papel fundamental na melhoria da qualidade de vida da população, na ocupação de espaços públicos com a realização atividades lícitas à noite, na imagem da cidade, no incremento do comércio e no turismo.

Outro motivo de preocupação dos moradores foi a existência de animais soltos deambulando livremente, os quais espalham lixo e expõem as pessoas a muitas doenças:

“O problema daqui é porque não era para ter cachorros, porcos, gatos e outros animais soltos no meio da rua, no meio da sociedade e infelizmente tem. O cheiro horrível...espalham lixo e trazem ainda mais riscos de doenças e, outra coisa, saneamento básico que também não tem, é da muita doença.” (IC02)

Os discursos dos moradores demonstram a sensação de estarem prejudicados pela falta de uma ação efetiva do Poder Público, em relação a esses animais. Para eles, animais soltos (cachorros, gatos, suínos, equinos, bovinos e algumas aves) causam transtornos, tais como: sujeira e mau cheiro no ambiente com seus dejetos fisiológicos e restos de lixo que espalham ao buscar alimento; oferecem perigo, uma vez que podem avançar nas pessoas e morder e atrapalham o trânsito, ao deambularem livremente entre os veículos, podendo causar acidentes. Além disso, doenças como leishmaniose, brucelose, leptospirose, raiva, bicho geográfico, escabiose, giardíase, micoses e toxoplasmose encontram terreno fértil em ambientes onde há a circulação de diversos tipos de animais sem o devido controle dos órgãos públicos de saúde (SPICER, 2002).

O contato com os dejetos animais nas águas pluviais também é referido como uma ameaça ao estado de saúde da população dessa comunidade:

“As pocilgas criam porcos e não cuidam da limpeza. Tudo é jogado em qualquer lugar... Aí, aparece muriçoca [mosquito *Aedes aegypti*], lacraia, escorpião, rato, tudo tem lá baixada [a região mais pobre e sem infraestrutura da Comunidade vulnerável em estudo] e ninguém olha. Quando chove, é um Deus nos acuda! Em noventa por cento das casas, entram água.” (IC1).

A disseminação de animais roedores e peçonhentos na comunidade, principalmente em época de chuvas, é facilitada pelo lixo resultante da ação humana, podendo ocasionar a contaminação das águas das enchentes e a proliferação de vetores transmissores de doenças.

Outro grande risco ocasionado pelas águas empoçadas é a formação de criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, vetor de doenças como dengue, zika e chikungunya. A dengue é considerada uma das principais doenças no Brasil, configurando-se como grave problema de saúde pública no país e no mundo (COSTA et al., 2011; FREITAS; RODRIGUES; ALMEIDA, 2011).

A ocorrência de outra doença considerada um importante problema de Saúde Pública, a leishmaniose visceral ou calazar, também é evidenciada na Comunidade em estudo, estando relacionada a outro tipo de mosquito (*Lutzomyia longipalpis*) presente no bairro:

“Teve uma meninazinha que morreu com isso aí (calazar). O mosquito foi andando, andando aí furou a meninazinha que era a filha única de uma mulher... (IC2)”

O relato de IC2 desencadeou uma discussão do grupo focal a respeito da ocorrência de outros casos da mesma doença na região, além da necessidade de cobrar ações de combate ao mosquito pelo poder público. Esta é considerada como uma das doenças negligenciadas e que tem grande potencial em prejudicar predominantemente a classe mais pobre e vulnerável, favorecendo o aumento da pobreza, da desigualdade e da exclusão social (BRASIL, 2010).

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo permitiu a identificação das percepções dos moradores dessa Comunidade sobre os impactos do ambiente nas condições de saúde da população.

A necessidade referida pelos moradores de terem um ambiente saudável para viver denota o desamparo vivido por estas pessoas, traduzindo-se no desejo de que a comunidade disponha dos seguintes recursos: redes de esgoto nas ruas e nas residências; coleta de lixo regular; drenagem das águas da chuva; ruas livres de animais errantes, expondo as pessoas a adquirirem zoonoses; além de uma melhor infraestrutura com iluminação pública e ruas pavimentadas para o acesso de ônibus.

Estas necessidades, apontadas como condicionantes de saúde pela comunidade estão na esfera dos direitos humanos, muitos deles já assegurados em políticas nacionais, porém ainda não efetivados. É imprescindível ressaltar que o atendimento a estas demandas pode impactar positivamente na redução da morbimortalidade das doenças crônicas, infecciosas e por causas externas, representando um ganho para toda a sociedade.

É recomendável à gestão voltar o olhar crítico e reflexivo para estes resultados, assumindo um plano de ação exequível e participativo; não vislumbrando a reivindicação de novas mais políticas, mas sim lutando pela efetivação das existentes e pela garantia do estado de direito a condições mínimas necessárias à manutenção da vida.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.1, p.200-202, 2010.
- BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Guia do diagnóstico integral e participativo em convivência e segurança cidadã**. Brasília: PNUD, 2013. 44 p. – (Coletânea convivência e segurança cidadã: guias de gestão territorial participativa).
- CHAMBERS, R. The origins and practice of participatory rural appraisal. *World Development*, v.22, n.7, p.953-969, 1994.
- COSTA, A. G. et al. Dengue: aspectos epidemiológicos e o primeiro surto ocorrido na região do Médio Solimões, Coari, Estado do Amazonas, no período de 2008 a 2009. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.44, n.4, p.471-474, jul./ago. 2011
- FREITAS, R. M. de; RODRIGUES, Celeste de Souza; ALMEIDA, Maria Cristina de Mattos. Estratégia intersetorial para o controle da dengue em Belo Horizonte (Minas Gerais), Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 20, p.773-785, jul./set. 2011
- FOX, C. E. et al. The Johns Hopkins Urban Health Institute: a collaborative response to urban health issues. *Academic Medicine Journal*, v.79, n.12, p.1169-1174, dez. 2004.
- JACOBI, P. R. Espaços públicos e práticas participativas na gestão do meio ambiente no Brasil. **Sociedade e Estado**, Brasília, v.18, n.1/2, p.315-318, jan./dez. 2003.
- MARTINS, M. et al. Parasitoses intestinais na comunidade Nossa Senhora de Fátima, Manaus – AM. In: **XXXIX Congresso da SBMT**, 2003, Belém/ PA. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.36, p.184, 2003.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- NELSON, D.R.; FOLHES, M.T.; FINAN, T.J. Mapping the road to development: a methodology for scaling up participation in policy processes. *Development in Practice*, v.111, n.3, p.302-316, maio 2009.
- OPS/OMS. Planificación local participative: metodologías para la promoción de la salud em América Latina y el Caribe. Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud Nro 41. Canadá: OPS, 1999.
- PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v.11, p.31, maio 2011.
- RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.24, n.2, p.403-412, abr./jun. 2015.
- ROSITO L. H. As origens da iluminação pública no Brasil. In: ROSITO Luciano Haas. *Desenvolvimento da iluminação pública no Brasil*. **Revista O Setor Elétrico**, p.30-35. 2009. Cap. 1.
- SPICER, John W. **Bacteriologia, micologia e parasitologia clínicas: um texto ilustrado em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- TAVARES, A. M. et al. Enteroparasitoses em moradores do assentamento do Incra no Tarumã-Mirim, Manaus – AM. In: **XLII Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2006, Teresina/PI. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.39, p.206, 2006.
- VISSER, S. et al. Estudo da associação entre fatores socioambientais e prevalência de parasitose intestinal em área periférica da cidade de Manaus (AM, Brasil). **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.8, p.3481-3492, ago. 2011.

## AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos a Fundação Edson Queiroz/Universidade de Fortaleza por apoiar e financiar a continuação deste projeto por meio do Edital 30/2017.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONDUTAS OBSTÉTRICAS: CUIDADO OU VIOLÊNCIA?

**Kerma Márcia de Freitas<sup>1</sup>, Maria Geane Lopes França<sup>2</sup>, Maria Isabely Cavalcante Martins<sup>3</sup>, Josué Barros Júnior<sup>4</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>5</sup>, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira<sup>6</sup>**

*1 Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; Coordenadora de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.*

*2 Especialista em Urgência e Emergência, Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.*

*3 Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.*

*4 Mestre em Ensino na Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado.*

*5 Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.*

*6 Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de graduação em Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE.*

E-mail: [kermamarcia@gmail.com](mailto:kermamarcia@gmail.com)

Palavras-Chaves: Obstetria. Violência contra a mulher. Violência obstétrica.

### INTRODUÇÃO

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), levando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política nacional de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. O qual abrangia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em diversas áreas, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, como a assistência no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 1984).

O Brasil tem hoje 62 casos de morte materna a cada 100 mil nascimentos. Em todo o mundo, aproximadamente meio milhão de mulheres grávidas morre a cada ano. Destas, 13% perdem a vida em consequência de abortos realizados em condições inseguras, o que corresponde a aproximadamente 67 mil mortes anuais (BRASIL, 2005 e BRASIL, 2015).

A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência e/ou danos causados durante o cuidado obstétrico profissional. Incluindo maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos, tais como: episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia, ocitocina, ausência de acompanhante, dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, crescente no Brasil há décadas, apesar de algumas iniciativas governamentais a respeito (TESSER et al., 2014).

Diante do exposto, tendo em base todos os direitos concernidos à mulher e garantidos pelas leis desenvolvidas; e considerando a relevância do tema, o presente artigo tem por objetivo analisar as evidências científicas à cerca da violência obstétrica no período de 2006 a 2015.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa do tipo exploratório-descritivo referente à produção científica nacional da enfermagem sobre a violência obstétrica. Esse tipo de pesquisa contribui para a Prática Baseada em Evidência (PBE), proporciona o aprofundamento do conhecimento em determinado

tema e apresenta as seguintes etapas: 1ª) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2ª) estabelecimento de critério de inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3ª) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e surgimento da categorização dos estudos; 4ª) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5ª) interpretação dos resultados e 6ª) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Os critérios de inclusão para a busca dos artigos foram: Revista Eletrônica Científica Online, por meio dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), publicados na íntegra, em língua portuguesa, entre os anos de 2006 (Ano em que houve a promulgação da lei Maria da Penha) e 2015. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, estudos repetidos e que estavam fora da temática e do período pesquisado. A fonte dos estudos foi a base de dados BVS.

Foram encontradas inicialmente 124 referências bibliográficas, em seguida as bibliografias foram filtradas segundo os critérios de exclusão já citados. Após refinamento dos mesmos, resultaram em 7 estudos, onde os mesmos foram analisados com base na proposta deste estudo.

A busca dos artigos finalizou em Janeiro de 2016. A seleção e a análise dos estudos foram realizadas por meio da organização em tabela usando um protocolo que especificava título, descritores, periódico, ano de publicação, natureza do estudo, autores e formação profissional, característica do sujeito, tipo de violência, resultados encontrados e conclusões/recomendações.

A análise dos dados ocorreu através da técnica de Análise de conteúdo de Bardin, de forma quantitativa e qualitativa, após leitura criteriosa, para se obter uma visão abrangente da temática.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dentre os artigos analisados que apresentam ideias referentes à violência obstétrica, pode-se perceber a magnitude do tema, assim como a escassez de publicações em relação à temática abordada.

O conceito internacional de violência obstétrica é definido como qualquer ato ou intervenção direcionada à gestante, parturiente ou puérpera, e ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (VENTURI *et al.*, 2013).

Após a análise dos estudos selecionados, podem-se agrupar os resultados por conteúdos similares, emergindo assim a construção de 2 categorias, que são: 1-Os tipos de violência obstétrica; 2-Motivos da prática da violência obstétrica.

### **OS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Essa categoria foi construída a partir da análise das interpretações teóricas e dos artigos em discussão que apontam as diversas formas de violência presentes na gravidez, concluindo-se assim, as três principais: violência física, psicológica e institucional.

É nas relações entre profissionais e pacientes que encontramos as situações de violência mais difíceis de serem notadas como tal pelos sujeitos envolvidos. Essas formas estão frequentemente presentes em falas grosseiras, desrespeitosas e discriminatórias para com as usuárias dos serviços (públicos ou privados) e em desatenção quanto às suas necessidades de analgesia e uso apropriado de tecnologia, podendo ser expressas também por agressões físicas, verbais e psicológicas ou sexuais explícitas (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Buscando compreender melhor essas situações infere-se a necessidade de uma divisão da presente categoria a fim de compreender melhor didaticamente as distintas formas de violência obstétricas sofridas por milhões de mulheres usuárias de Hospitais\maternidades públicas ou privadas.

#### **Violência física**

Violência física é considerada quando a uma ação ou omissão que coloque em risco ou cause dano à integridade física de uma pessoa, deixando ou não marcas evidentes.

Caracterizada pelos procedimentos desnecessários, dispensados a paciente, tais como: Parto fórceps rotineiro e episiotomia rotineira e não seletiva para aprendizado de estudantes; Parto cesárea eletivo alegando indicações que não são reais; Realização de tricotomia perineal e enema ante-parto; Manter a parturiente em jejum prolongado sem justificativas clínicas; Amarrar as pernas na perneira da mesa ginecológica durante o parto normal; Toques vaginais coletivos para a formação técnica; Redução digital de cólo; Manobra de Kristeller para apressar o nascimento; Amniotomia rotineira; Uso de hormônios sintéticos de forma rotineira e sem critérios para acelerar o parto, expondo o binômio a desconfortos, dores e riscos desnecessários e procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos praticados ao RN; Realização de parto cesárea em um feto com prematuridade extrema, por erro de cálculo na idade gestacional; clampeamento precoce do cordão umbilical (indicação após 3 minutos) (SILVA *et al.*, 2014; CHACHAM, 2006).

#### **Violência Institucional**

Violência institucional é desde a negligência na assistência, discriminação social, racial e econômica, uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários, resultando em riscos e sequelas para o binômio mãe\filho (CHACHAM, 2006).

Assim, o mau atendimento é definido, pelas entrevistadas, por uma falta de manejo da dor; pela exposição desnecessária da intimidade da paciente; por dificuldades na comunicação; pela realização de algum procedimento

ou exame sem consentimento prévio ou desrespeitosamente; sobretudo, por tratamento grosseiro, preconceituoso e discriminatório marcado pela impaciência ou indiferença dos profissionais, e por falas de cunho moralista e desrespeitoso (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011).

## Violência psicológica

A violência psicológica a paciente é praticada de diversas formas, como por exemplo: realização de consulta obstétrica sem apresentação por parte do profissional e com impaciência de não permitir que a paciente verbalizasse suas queixas, medos e inseguranças, e ir logo “mandando” ela tirar a calcinha e deitar para ser examinada; discriminação quanto à etnia da parturiente; Atendimento grosseiro e profissionais irritados (SILVA *et al*, 2014).

Bispo e Souza (2007) acrescentam ainda que a violência psicológica caracteriza-se por atitudes diversas do profissional, expressas na ausência ou omissão de cuidados, desinteresse, castigos, ameaça de abandono, despersonalização da mulher, preconceito, indução, críticas, abuso de poder, desrespeito à autoimagem e privacidade e atitude depreciativa.

Essa categoria pretende avaliar os reais motivos da violência obstétrica e seus subtipos, praticada por profissionais de saúde, incluindo: médicos, enfermeiros obstetras e técnicos de enfermagem.

Estudos apontam que tanto pacientes, quanto os profissionais associam as atitudes, gestos e ações violentas ao caráter pessoal de quem a pratica. Ser violento seria uma questão de “natureza rude”, de índole, de “falha de caráter”, grosseria ou uma questão de formação pessoal, falta de “berço”, ou seja, em função das experiências pessoais e do grupo social em que está inserido (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2008).

Em pesquisa realizada por Aguiar, D'Oliveira e Shraiber (2008) entrevistados apontam a sobrecarga de demandas, as condições estruturais e a precariedade de recursos materiais e humanos como dificuldades enfrentadas cotidianamente. Também foram apontadas dificuldades na relação com as pacientes; ritmo de trabalho alienante associado à precariedade de recursos, que resulta não só no esgotamento físico e emocional do profissional como na dificuldade de refletir sobre sua prática; a falta de comprometimento ético na formação profissional e a impunidade, sobretudo no serviço público, contra esses atos. Soma-se a essa impunidade a própria discriminação social contra a paciente atendida no serviço público.

## CONCLUSÃO

Ao avaliar as produções científicas referentes à violência obstétrica, no período de 2006 a 2015, pode-se observar que a violência contra a mulher abrange um aspecto muito maior do que o que se tem conhecimento, é um fenômeno complexo e multifacetado que abrange as diferentes classes sociais e instituições, públicas e até privadas.

A violência Obstétrica sofrida por essas mulheres acontece desde a porta da maternidade até a saída dessa paciente da instituição, sendo proferidas por profissionais que deveriam cuidar da paciente. Toda essa violência, desrespeito, violação de direitos, perda da autonomia por parte dessas usuárias se deve a precariedade de um sistema de saúde e está diretamente ligada à falta de investimentos no setor, sejam em estrutura física ou profissional.

O conhecimento consolidado neste estudo sobre a violência obstétrica agrega valor às pesquisas realizadas sobre essa temática, que por sinal são escassas e nos leva a pensar sobre a importância do desenvolvimento de novas pesquisas na área em busca de novos conceitos e soluções rápidas e viáveis para a resolução da temática em estudo.

Contudo acredita-se que a humanização na atenção à saúde da mulher gestante no pré-natal, pré-parto, parto e puerpério seria uma solução rápida, barata e eficaz. A maior dificuldade encontrada para a execução de uma assistência humanizada é humanizar o que já é humano, mas que por muitas vezes se torna irreconhecivelmente bruto.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.
- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; SCHRAIBER, L .B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, Nov. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 Jan.. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912.X>

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 1984

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade Materna, **Perinatal**. Brasília, 2015b

BISPO, D. B.; SOUZA, V. L. C. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 19-30, jan/abr 2007.

CHACHAM, A.S. **O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. *Questões Saúde Reprod.*, v.1, n.1, p.80-91, 2006.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H.F.A.; DINIZ, S.G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira Família e comunidade**. 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M..Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto-enferm**. Florianópolis, v. 17, n. 4, Dez. 2008.

VENTURI, W.; BOKANY, V.; DIAS, G.; ALBA, D.; ROSAS, W.; FIGUEIREDO, N.,; **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado**. Fundação Perseu Abramo e SESC [Internet]. 2010 [citado 2013 mar 21]. Disponível em: [http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra\\_0.pdf](http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf) 3.X

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos às instituições, Faculdade Vale do Salgado e Universidade de Fortaleza pelo apoio à produção científica e a oportunidade de divulgação.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ENGAJAMENTO SOCIAL, FACEBOOK E PROMOÇÃO DA SAÚDE: AS MÍDIAS SOCIAIS NO CONTEXTO DA DOAÇÃO DE SANGUE

Joélia Rodrigues da Silva<sup>1</sup>(PG), Christina Cesar Praça Brasil<sup>2</sup>(PQ), Luciana Maria de Barros Carlos<sup>3</sup>(PQ)

1 Mestrado em saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE;

2 Programade Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza - CE;

3 Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará, Fortaleza-CE.

Email:joeliarodrigues@gmail.com

Palavras-chave: Facebook. Promoção da saúde. Engajamento social.

### INTRODUÇÃO

As redes sociais estão redefinindo o papel do cidadão e das empresas nas diversas formas de se relacionar, seja na avaliação de serviços e produtos, seja na construção de grupos que se conectam por interesses comuns, como na democratização do conhecimento e do acesso irrestrito às informações.

Discutir redes sociais, portanto, é discutir novas linguagens de interação concebidas em cenários sociais que transitam entre o real e o virtual. Lemos (2012) compreende o social enquanto processo de agregação, associação e reassociação, entre atores humanos e atores não humanos. Nessa perspectiva, os signos e informações ressignificam os espaços de interação e impulsionam redes extensas de relacionamentos, capilarizadas por interesses afins, que se alimentam da popularização e agregação de egos, ideias e desejos.

Neste cenário em ascensão, destaca-se o sítio eletrônico *Facebook*, atualmente a mídia digital mais acessada no mundo, tendo alcançado mais de dois bilhões de usuários ativos no segundo trimestre de 2017 (STATISTA, 2017). No Brasil, essa tendência se confirma, o *Facebook* é acessado por 80% dos brasileiros que possuem internet, sendo o terceiro país no *ranking* mundial de acesso. Em números, isso representa mais de 89 milhões de internautas conectados diariamente à rede social mais popular do mundo, segundo dados do *Facebook Business* (2014).

Este ambiente virtual, em franco crescimento, oferece inúmeras possibilidades de investimento para os mais variados seguimentos do mercado. O *Facebook* é reconhecido atualmente como o espaço mais proeminente para identificar e conquistar o público-alvo de qualquer negócio. Dentre suas potencialidades, percebe-se o grande poder de engajamento social desta ferramenta e seus efetivos recursos de mobilização, o que remete à hipótese de que o estudo aprofundado das técnicas empregadas pelo marketing digital pode oferecer resultados relevantes na promoção da saúde pública, com custo reduzido.

Reconhecido por seus usuários como espaço gratuito de livre expressão e relacionamento, o *Facebook* participa da vida de seus usuários captando informações e interpretando comportamentos, personificando cada perfil. Santaella (2013, p. 35) afirma que não se pode “[...] minimizar o papel que as redes digitais hoje desempenham na vida psíquica, social, cultural, política e econômica” das pessoas e seu alcance no meio social.

Nessa conjuntura, objetivou-se verificar o poder de mobilização do *Facebook* no contexto da doação de sangue, uma vez que essa mídia digital oferece suporte aos movimentos sociais que atuam e contribuem para a promoção da saúde. O segmento selecionado foi a “doação de sangue” e a instituição escolhida foi o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará - Hemoce, que é o hemocentro público da cidade de Fortaleza, unidade responsável pela coleta e transfusão de sangue no Estado do Ceará, a qual responde pelo atendimento dos 184 municípios, garantindo 100% de atendimento à rede pública de saúde.

A presente abordagem justifica-se pelo interesse em identificar estratégias promissoras no contexto das novas tecnologias da informação, com baixo custo, que possam contribuir com a doação de sangue e a promoção da saúde coletiva e, desta forma, incitar novos olhares para outras abordagens de comunicação no setor.

### METODOLOGIA

O presente estudo, de natureza aplicada, utiliza abordagem quantitativa (ROSENAL; FRÉMONTIER-MURPHY, 2001; PRODANOV; FREITAS, 2013), por meio do levantamento de dados na *fanpage* do Hemoce, valendo-se da interpretação de indicadores que apontam o envolvimento social com a doação de sangue (HEMOCE, 2017). A instituição foi selecionada por representar uma causa social e agregar valores da promoção da saúde.

A mídia digital escolhida foi o *Facebook* por sua forte aceitação social e por estar no topo das ferramentas mais utilizadas para comunicação social no mundo. Para demonstrar o engajamento dos usuários do *Facebook* do



hemocentro com a doação de sangue e assuntos correlatos, foram analisados os indicadores gerados pelo próprio *Facebook*: a média de curtidas na página, o alcance das publicações, a média de envolvimento, de impressões, de visualizações e de compartilhamentos, todos estes no período de 23 de julho a 23 de agosto de 2017.

Foram feitas planilhas para a organização desses dados, exportadas diretamente do *Facebook*, e consideradas a média diária, a média semanal e a média de 28 dias de cada indicador. Apesar de o período investigado compreender 30 dias, o *Facebook* utiliza métricas próprias e padronizadas de avaliação que consideram dados diários, semanais e de 28 dias.

Segundo afirma Rock Content (2015) as métricas do *Facebook* são alcançadas a partir do algoritmo *Edgerank*, desenvolvido pela empresa, que decide o que será mostrado na linha do tempo do seguidor considerando o que é mais relevante para ele e o seu comportamento na rede. O algoritmo baseia-se no tipo de conteúdo consumido pelo usuário e seus amigos, como também, todas as atualizações de status, comentários, curtidas e compartilhamentos.

Além disso, a literatura sobre o papel das mídias sociais no contexto da comunicação respaldou a interpretação dos resultados obtidos. Segundo Bueno (2015), as mídias sociais representam um canal efetivo de percepção do valor intangível das instituições no mercado, através de seus ativos intangíveis. Entende-se por ativos intangíveis os recursos fundamentais para avaliar as organizações através de seus públicos estratégicos e opinião pública em geral. Quanto maior for a percepção de valor do ativo intangível, maior será a expressão social de marcas, ideias e negócios.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados seguiu as métricas disponibilizadas pelo *Facebook* e buscou-se captar *insights* valiosos sobre a produção da página, com o intuito de mensurar os resultados e avaliar a performance das publicações realizadas de acordo com o foco desejado.

O Hemoce possui, atualmente, 83.330 seguidores em sua página do *Facebook*, alcançando a segunda colocação no país dentro do segmento da doação de sangue, perdendo apenas para a Fundação Pró-Sangue, na cidade de São Paulo. Possui uma média de 600 seguidores envolvidos diariamente em suas postagens. Ressalta-se que no período de coleta de dados para o presente estudo (23 de julho a 23 de agosto de 2017) mais de 15 mil pessoas se relacionavam com a página, seja por clique ou história criada, demonstrando o interesse em rede na temática da doação de sangue e a disposição dos internautas em falar sobre o assunto. Vale ressaltar que não houve registro de falas negativas ou que afetassem a imagem da instituição. Segundo Rêgo (2010a) o relacionamento proporciona a gestão do sentimento de credibilidade entre o público e a instituição.

A maior parte dos seguidores é do gênero feminino (67%) e encontram-se na faixa etária de 18 a 44 anos (60%), conforme demonstra a Figura 1. Geograficamente, os seguidores estão concentrados na capital do Estado do Ceará, Fortaleza (45.592), seguido pelos municípios de Maracanaú (1.827), Sobral (1.585), Juazeiro do Norte (1.477), Tabapuá (1.424), e a capital do Estado de São Paulo, com 1.155 seguidores. São aproximadamente 45 municípios, nas diversas localidades do país, acompanhando a página da instituição, a qual possui uma média de alcance de 10.120 pessoas por dia, com mais de 20.190 impressões (número de vezes que as publicações foram vistas) registradas diariamente.

Dentro do universo de fãs, 6,36% dos seguidores envolvem-se de alguma forma com a instituição, seja curtindo, comentando ou compartilhando as postagens. Segundo dados da Rock Content(2015), empresa especialista em marketing digital no Brasil, a métrica média de envolvimento orgânico de fãs atualmente é inferior a 2%. O Hemoce ultrapassa essa estimativa em 4,36%.

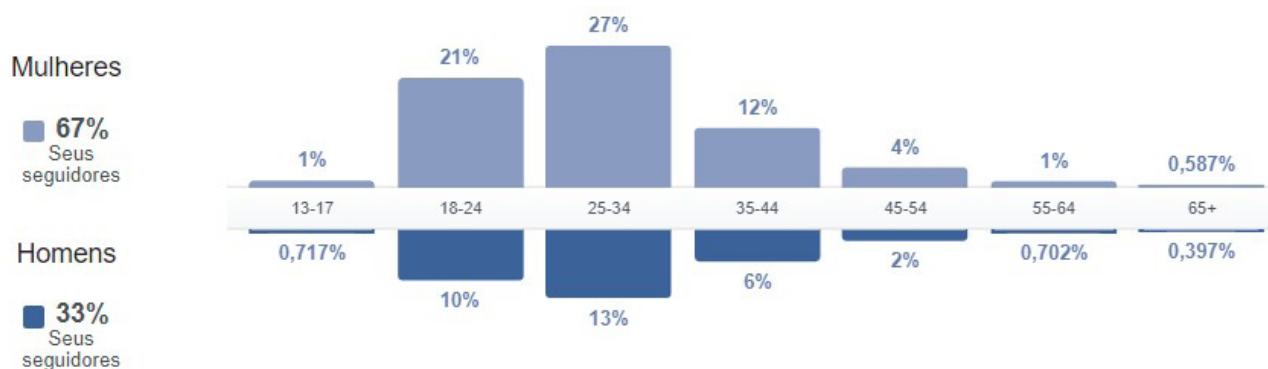


Figura 1: Dados demográficos das pessoas que seguem a página, por gênero e idade.

Fonte: Página do Facebook, Hemoce (Oficial), 2017.



O Hemoce não utiliza o recurso de promover publicações pagas, todas as suas postagens são orgânicas e o único custo atribuído a esta prática é o operacional. Atualmente, a página é mantida por um profissional de marketing, com apoio de um estagiário de *design*. O número médio de pessoas que visitaram a página ou viram uma de suas publicações no *feed* de notícias, no período de 23 de julho a 23 de agosto de 2017, e de forma orgânica, considerando pessoas que curtiram a página e pessoas que não curtiram (usuários únicos) é acima de 18 mil curtidores. Exceder o alcance orgânico, ou seja, o alcance de postagens sem investimento, para além dos seguidores da página reflete o alto poder de divulgação da ferramenta que pode ampliar o universo de captação de doadores de sangue, chegando a um público que até então não se identificava com a causa ou simplesmente não haviam despertado interesse.

O alcance viral dessas publicações chega a ultrapassar 184.190 pessoas no mesmo período. Entende-se por alcance viral o número de pessoas que viram a página ou uma de suas publicações a partir de uma história compartilhada por um amigo (HEMOCE, 2017). Essas histórias incluem curtidas na página, publicações na linha do tempo da página, curtidas, comentários ou compartilhamento de uma das publicações, respostas a perguntas publicadas, respostas a um dos eventos criados, menções da página, marcações da página em uma foto ou *check-in* em uma das unidades do Hemoce.

A média de postagens diárias do Hemocentro é de cinco publicações, seguindo alguns padrões de horários e de conteúdo. Os *banners* ou *Posts*, publicidades postadas no feed de notícias, são publicados sempre às 8h, 10h, 12h, 16h e 19h30, com variações irrelevantes de horários e número de postagens. Em alguns momentos, percebeu-se um crescimento no número de publicações no período da tarde. Os horários das 8h e das 19h30 são reservados para divulgar os locais de coletas de sangue, dia corrente e dia posterior, respectivamente. Às segundas, quartas e sextas, são postados depoimentos de doadores com uma linguagem comunicacional própria de um programa de relacionamento da instituição. *Posts* como 'Você Sabia?' e 'O Hemoce responde' também se repetem e visam responder dúvidas frequentes de doadores e promover a educação social do público de interesse.

O planejamento da comunicação nas mídias sociais para disseminação da informação sobre doação de sangue atende a recomendação da Organização Mundial da Saúde, por ocasião da 58ª Assembleia Mundial da Saúde, que sugere a aplicação dos recursos da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) nos processos de saúde (WHA, 2005), seja para apoio técnico e melhoria da prestação de serviços de saúde, como para aperfeiçoar os sistemas de comunicação em rede, ampliar a capacidade de vigilância, estimular a colaboração internacional, estreitar as relações institucionais, fortalecer o ensino e promover os cuidados com a saúde pública.

O canal de comunicação disponibilizado pelo *Facebook* através de *chats* de conversação e o próprio *feed* de notícias são frequentemente utilizados e o tempo médio de resposta das perguntas é de 1 hora. Por dia, cerca de 10 perguntas chegam ao Hemocentro através da *fanpage*, o que demonstra o envolvimento e interesse social com a causa. Pode-se verificar o grande potencial da ferramenta *Facebook* quanto ao alcance social em apoio à doação de sangue e promoção da saúde, através dos números ora demonstrados.

Verifica-se que o *Facebook* não só possibilita a divulgação de qualquer causa social por meio da criação de uma *fan page* ou perfil social, de forma gratuita, como também oferece diversas ferramentas de monitoramento e acompanhamento do desempenho de suas ações.

Sabe-se que uma boa estratégia de marketing depende de um bom planejamento estratégico. Por conseguinte, o planejamento estratégico deve estar fundamentado no estudo do cenário, na pesquisa de mercado e nos objetivos estratégicos, como também, amparado pela observação contínua do comportamento do consumidor, seja para atender uma demanda de mercado, para promover uma ação social ou satisfazer as necessidades do público-alvo. A instituição em estudo utiliza-se do planejamento de conteúdo e do acompanhamento de métricas e tendências sociais na rede de relacionamento para envolver e engajar seus fãs na promoção da doação de sangue, obtendo resultados promissores e ascendentes.

Observa-se, ainda, que a prática produz resultados relevantes e apresenta números consideráveis de seguidores. O alcance das publicações e o envolvimento dos fãs supera a estimativa do setor, quando se fala em divulgação orgânica, e o poder viral é expressivo e traduz as diversas formas de interação com a instituição (publicações na linha do tempo, curtidas, comentários, compartilhamentos, respostas a perguntas publicadas, menções da página, entre outros).

Outro fato importante diz respeito à estratificação demográfica do público de seguidores que a ferramenta oferece. Essas informações contribuem para avaliar o comportamento dos fãs e definir o perfil dos curtidores, além de identificar a frequência de acesso, o horário com maior fluxo de pessoas conectadas e o conteúdo mais requerido.

## CONCLUSÃO

Verifica-se que a diversidade de recursos que o *Facebook* disponibiliza, de forma gratuita, pode viabilizar a disseminação de qualquer ideia, negócio ou movimento social, incluindo as ações da área de saúde. Neste

estudo, foi possível verificar os benefícios e a potencialidade dessa mídia digital no contexto da doação de sangue, mostrando a sua aplicabilidade nas instituições de saúde, uma vez que contribui na ampliação das possibilidades de comunicação com a sociedade e otimização de recursos capazes de gerar engajamento social.

Partindo-se do pressuposto que a doação de sangue é um recurso para a manutenção da saúde coletiva e que atende ao requisito da equidade social, por meio do acesso irrestrito ao serviço transfusional, a utilização do *Facebook* pode ser entendida como uma prática de promoção da saúde. Por conseguinte, compreende-se que os programas e serviços de saúde podem alcançar maior visibilidade e apoio da comunidade a partir dos novos recursos de comunicação, fortalecendo o setor saúde e promovendo o empoderamento social.

A pesquisa revela dados expressivos de envolvimento social com a doação de sangue decorrente do poder de mobilização e engajamento do *Facebook*, sendo esta ferramenta um recurso eficaz de comunicação e de participação social. Assim, sugere-se a realização de novas pesquisas em saúde no sentido de verificar o alcance e a eficácia da mobilização social em prol da promoção da saúde com a utilização das mídias sociais.

## REFERÊNCIAS

- FACEBOOK. Facebook Business. **Oito em cada dez brasileiros com acesso à Internet utilizam o Facebook** [11 de setembro de 2014]. Disponível em: <<https://www.facebook.com/business/news/BR-Oito-em-cada-dez-brasileiros-com-acesso-a-Internet-usam-o-Facebook>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2017.
- BUENO, W.C. **Avaliando as organizações nas mídias sociais: muito além das métricas**/n: BUENO, W.C., org. Estratégias de comunicação nas mídias sociais. São Paulo: Manole, 2015.
- HEMOCE. **Facebook Hemoce (Oficial)**. Disponível em: <<https://www.facebook.com/HemoceOficial/>> Acesso em: 28 de janeiro de 2017
- LEMOS, A. **A comunicação das coisas: a Teoria Ator-Rede e cibercultura**. São Paulo: Anna Blume, 2012.
- MARKETING DE CONTEÚDO. ROCK CONTENT. **Métricas do Facebook: Como melhorar seus resultados**. Disponível em: <<https://marketingdeconteudo.com/metricas-do-facebook/>> Acesso em: 23 de agosto de 2017.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- RÊGO, A. R. **Comunicação corporativa, marketing e política cultural: Brasil e Espanha**. Tese (Doutorado em Comunicação) - Programa de Pós-Graduação em Comunicação. Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo, 2010a.
- ROSENAL, C.; FRÉMONTIER-MURPHY, C. **Introdução aos métodos quantitativos em ciências humanas e sociais**. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2001.
- SANTAELLA, L. **Intersubjetividade nas redes digitais: repercussões na educação**. In: PRIMO, A. (org). A Internet em rede. Porto Alegre: Sulina, 2013.
- STATISTA. **Número de usuários ativos mensais de Facebook em todo o mundo a partir do 2º trimestre de 2017 (em milhões)**. Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/264810/number-of-monthly-active-facebook-users-worldwide/>> Acesso em: 23 de agosto de 2017.
- WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA58.28: eHealth [Internet]. Geneva: WHO; 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/healthacademy/media/WHA58-28-en.pdf>> Acesso em: 10 de janeiro de 2017.

## AGRADECIMENTOS

À Universidade de Fortaleza pelas técnicas e ferramentas de aprendizado, à professora doutora Christina Praça que contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento na área de promoção da saúde e aos colegas de mestrado que somaram esforços e gentileza na construção do saber, potencializando o pensamento e o compromisso com a saúde coletiva.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ORIENTAÇÃO ACERCA DA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

**Cleciãna Alves Cruz<sup>1</sup>, Aimêe Veras Alexandre<sup>2</sup>, José Pereira da Cruz Filho<sup>3</sup>, Fernanda Mota de Castro<sup>4</sup>, Josué Barros Júnior<sup>5</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>6</sup>.**

*1 Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil; Docente do Curso de Enfermagem e Fisioterapia da Faculdade Vale do Salgado (FVS). Icó-CE- Ceará-Brasil.*

*2 Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Graduando em Medicina, Faculdade de Medicina de Juazeiro (FMJ). Juazeiro do Norte-Ceará-Brasil.*

*4 Graduanda em Fisioterapia, Centro Universitário Unichristus. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Doutorando em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina do ABC Paulista (FMABC). São Paulo-São Paulo-Brasil.*

*6 Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

E-mail: cleciãna.cruz@hotmail.com

Palavras-chave: Autoexame das mamas. Câncer de mama. Detecção Precoce de Câncer.

### INTRODUÇÃO

Uma questão importante que deve ser sempre falado é o controle do câncer, pois isso depende de ações como promoção da saúde, proteção específica e diagnóstico precoce, onde um ponto fundamental é a educação em saúde. Cerca de 80% dos casos do câncer estão relacionados com fatores ambientais, destes que podem ser evitados como o consumo de certos alimentos industrializados, ingestão de medicamentos, uso do fumo, álcool e utilização dos produtos domésticos, ambiente cultural e ambientes ocupacionais e ainda fatores hereditários (SILVA *et al.*, 2011a).

O INCA (2015) destaca que para o controle do CA de mama é importante se ter ações intersetoriais que busquem dar oportunidades de acesso à informação, ampliando o controle do peso corporal e a prática regular de atividade física, além da redução dos problemas de acessibilidade aos serviços de saúde adequados a população-alvo para o rastreamento estratégico na qualificação progressiva do SUS.

No que se refere a educação em saúde, a unidade básica de saúde pode está se disponibilizando a orientar e informar sobre a detecção e identificação dos sinais e sintomas do câncer de mama. Bem como, dar informações a respeito da doença, da realização do autoexame das mamas, idade para fazer a mamografia, fatores de risco do desenvolvimento da patologia e como pode ser prevenida, pois isso interferirá no aumento do número de casos e aumenta as chances da detecção precoce (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013).

As políticas públicas de saúde visam à promoção da saúde, onde busca proporcionar assistência ao público, garantindo o direito da população um bem comum, no intuito do acesso do público alvo à promoção da saúde. Dentre as políticas existentes, o Brasil incorpora nas primeiras décadas do século XX às políticas de saúde para a saúde da mulher que eram focadas a gravidez e ao parto, que da assistência restrita de cuidados no período gravídico-puerperal. Mas, em 1984 o Ministério da Saúde implantou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), com ações que incluíam a promoção, proteção, e recuperação da saúde. E, assim, outras mais políticas foram elaboradas para melhorar a assistência à saúde (SILVA *et al.*, 2011b).

A Portaria GM/MS 2.439/2005 revogada pela Portaria Nº 874/2013 instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica tendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados

paliativos (BRASIL, 2005). Já a nova Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013 “instituiu a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A política consistiu em permitir as ações de estratégias que identifique fatores que determinem e condicionem as neoplasias malignas prevalentes, e promover ações para assegurar os indivíduos acometidos, onde é formada uma linha de cuidados em todos os níveis de atenção, a constituição de redes estaduais ou regionais de atenção oncológica tem que estabelecer fluxos de referência e contrareferência para aprovação do acesso e do atendimento integrados (BRASIL, 2013a).

Ainda, segundo a mesma Portaria, tem como princípios e diretrizes a promoção da saúde, prevenção do câncer, vigilância, ao monitoramento e à avaliação, cuidado integral, ciência e à tecnologia, educação e a comunicação em saúde. A disponibilização de ações e serviços que atendam a prevenção e o controle do câncer, bem como o cuidado direcionado para as pessoas com a doença são serviços que devem ser garantidos aos usuários de responsabilidade do município ao qual, compete às secretarias municipais de saúde organizar a disponibilidade dessas ações. E a atenção básica dever realizar ações de promoção da saúde enfocando nos fatores de proteção em relação ao câncer (BRASIL, 2013).

Muitas mulheres que são diagnosticadas com câncer de mama provavelmente não realizavam acompanhamento de rotina com um profissional de saúde, pois se tivessem feito, poderiam ter minimizado o problema. Assim, diante deste contexto advém os questionamentos: As mulheres recebem orientação quanto à detecção precoce do câncer de mama? Se recebem, por qual via?

Objetivou-se com o estudo conhecer a via de orientação acerca da detecção precoce do câncer de mama.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Cidade Nova I, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada na zona urbana do município da cidade de Icó- CE. A população do estudo consistiu em um quantitativo de 20 mulheres mediante o critério de saturação da das falas.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: possuir idade entre os 20 e os 59 anos, estar cadastrada na área de cobertura assistencial ESF Cidade Nova I do município de Icó, estar na unidade no dia e hora da coleta de dados, ter disponibilidade para participar da pesquisa, concordar em participar do estudo espontaneamente mediante apresentação dos objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Pós Esclarecido. Foi utilizado como método de exclusão: desistir no decorrer da entrevista ou mesmo rasurar os termos que compõem a pesquisa.

A coleta de dados constituiu-se por meio de uma entrevista semiestruturada contendo roteiro que seguiu os direcionamentos dos objetivos do estudo, constituído de dados sócio econômico das participantes, bem como, questionamentos que obedecem à proposta do estudo. Que aconteceu no mês de Abril de 2016, conforme o cronograma de execução da pesquisa.

Para a organização dos dados utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que foram transcritos para os roteiros de entrevista facilitando a análise e discussão dos resultados. Para iniciar as discussões, inicialmente organizados de acordo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e, em seguida, atribuídas Ideias Centrais (IC's) aos relatos. Posteriormente, analisados mediante literatura pertinente.

O presente estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado por meio do parecer de número 1.464.381.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As discussões a seguir mostram os dados coletados das entrevistas, que foram realizadas com 20 usuárias assistidas na ESF por ocasião do exame preventivo de câncer colo uterino. A partir de então, os dados foram agrupados, organizados e sendo posteriormente comentados.

O quadro apresentado abaixo busca saber como as mulheres aprenderam a fazer o autoexame. Tendo como IC's: Enfermeira na Unidade Básica de Saúde (UBS), Agente de Saúde em domicílio, Estagiários na UBS, conhecidos em casa e televisão.

“A enfermeira, ela falou que agente tem que ir palpando, depois que a menstruação acaba né, porque antes não pode né, aqui no postinho”. “Quando a gente vem fazer prevenção ai elas dizem né, que tem que fazer quando for tomar banho, fazer a massagem; aqui no posto”. “Ela sempre diz aqui, a enfermeira, você fazendo massagem quando sempre for tomar banho, você verificar se não tem; foi aqui no postinho”.

“Hum rum, a agente de saúde; pra agente se cuidar e fazer a prevenção e sempre fazer os toques em casa [...]”.

“Sim ela ensinou, aqui a enfermeira e uns que tinha aqui [...]”. “Sim já, a equipe de estagiários do ano passado que estavam aqui, eles explicaram”.

“Minha patroa, assim tocando no seio quando eu tava na casa dela [...]”.

“Através da televisão, assistindo e ensinando os toques na mama ai aprendi a fazer em casa”.

De acordo com a pesquisa as usuárias da UBS estavam recebendo orientações não só da enfermeira da ESF, mas de Agentes de saúde em seu domicílio, e ainda de estagiários que estiveram na unidade durante o supervisionado I, no qual a pesquisadora fazia parte destes em uma época, e outra respondeu ter recebido de conhecidos em casa.

Nessa condição a enfermagem tem o papel de assumir as funções da sua formação e profissão exercer o papel de administrador na unidade e de educadora da família e da comunidade. Onde o mesmo atua nesse caso ensinando e orientando os usuários da importância de se fazer o rastreamento e o diagnóstico precoce do CA de mama através do AEM e também do exame clinica nas consultas de enfermagem (ROSA *et al.*, 2014).

Pode-se perceber que as respostas desta questão trazem indagações diferenciadas, pois além da enfermeira dar orientações na UBS sobre a detecção do câncer de mama, outros tais como o ACS ainda reforçava as informações nas casas dos usuários.

Em relação aos ACS's estarem passando informações para a comunidade é de grande importância, pois isso contribui de forma direta na detecção de doença já que são eles que em mais em contato com a população. O que é um fato muito bom ver que mesmo sendo pouca a cobertura da área para o total de mulheres cadastradas, pelo menos as que comparecem a unidade estão sendo informadas, e as que não vão estarão recebendo informações em casa a respeito da importância do rastreamento e da detecção precoce do câncer de mama.

O ACS tem contato e acesso com a população, o que possibilita que a informação chegue até as casas dos usuários, sendo ele também um educador em saúde.

O estágio curricular proporciona para o aluno a oportunidade de exercer as práticas da profissão, onde os mesmos passam a expressar os seus conhecimentos acadêmicos e assim começa a desenvolver a educação em saúde no seu ambiente de estágio.

O estágio supervisionado proporciona para o estudante benefícios para a sua aprendizagem e formação como profissional, onde ele coloca em prática o trabalho como educador, adquirindo na vivência a prática o que foi estudado na vida acadêmica (SCALABRIN; MOLINARI, 2016).

As pessoas podem adquirir informações fora de casa por profissional de saúde e ao está em casa em contato com outras pessoas, acaba dividindo o seu aprendizado com os conhecidos no qual ele convivi e assim atuando também como um educador em saúde.

No que diz respeito aos princípios de atenção a promoção da saúde e prevenção de doença ou danos, inclusão de desenvolvimento de risco, tratamento, reabilitação, manutenção e apoio individual e familiar no cuidado. Vários sujeitos e serviços possam estar atuando ligados diretamente a atenção integrada a população de forma continua no lugar certo, e com a qualidade certa (INCA, 2012a).

Outras relataram ter aprendido assistindo televisão, esse tipo de meio de comunicação é capaz de transmitir informações que ampliem o conhecimento da população sobre a saúde e promoção dela, e pode ser também, um meio favorável à saúde que possibilita a oferta de um processo educativo e informativo da real situação das doenças e problemas de saúde que mais afetam a população.

O quadro abaixo traz como questionamento se as usuárias da unidade estão recebendo orientações sobre a detecção do câncer de mama. Tendo as seguintes IC's: não recebeu e recebeu.

"Não, ainda não". "Não, quando eu vim fazer a prevenção ela só olhou e não disse nada não". "Não é a primeira vez que to fazendo exame aqui".

"Sim, ela falou que agente tem que ir palpando, depois que a menstruação acaba né, porque antes não pode né".

"Sim, orienta, toda vida que venho aqui, a enfermeira diz depois da menstruação espera uns dias ai agente fica né [...]".

No que se referiu ao recebimento de orientações sobre a detecção do CA de mama, o discurso foi bem subjetivo, onde parte negou receber qualquer tipo de informação e outras receberam todas as vezes que compareceram para as consultas. Um fato curioso, pois as orientações devem ser repassadas a todas as mulheres assistidas e não só a uma parte delas. Ou então, supostamente, estão recebendo, mas não se atentam ao que está sendo comunicado, não dando a devida importância ao que a profissional repassa.

Já aquelas que demonstraram saber é de suma importância para o sucesso do seu acompanhamento em saúde, uma vez que sabem, facilita a identificação de anormalidades e busca por assistência profissional precoce. Cabe aos profissionais de saúde orientar a população que busca a unidade de saúde o fornecimento de orientações e ações em educação em saúde para estes, no entanto, cabe a população a conscientização de ouvir e seguir tais orientações recomendadas, tendo a acessibilidade e a aceitação do que se é transmitido.

As recomendações de enfermagem são práticas definidas e baseadas em programas de saúde, durante todo o ciclo da vida, em ações que busque a proteção à saúde desde criança, mulher e mãe e com os adultos em geral, sendo passadas para a prevenção de doenças crônica e em principal o câncer (INCA, 2012b).

## CONCLUSÃO

Então, é de grande importância que sejam planejadas e organizadas campanhas de educação em saúde para a sociedade, e assim possa haver o conhecimento e a conscientização das mulheres sobre os prejuízos que o câncer pode causar a saúde, sabendo o que é a patologia, a forma de descobri-la, os fatores de risco para se adquirir, e realizando os exames de detecção precoce periodicamente. Por isso, educar em saúde de forma continuada ainda é a melhor alternativa para promoção prevenção e reabilitação em saúde para a comunidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 874/2013. Institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva - INCA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2 edição, Rio de Janeiro, Inca rev. e atual, 2012a.

\_\_\_\_\_. INCA. **Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física**. 2. reimpr. Rio de Janeiro. 2012b.

\_\_\_\_\_. INCA. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pncc\\_mama.pdf?MOD=A JPERES](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pncc_mama.pdf?MOD=A JPERES)>. Acesso em: 25 nov 2015.

LOURENÇO, T.S.; MAUAD, E.C.; VIEIRA, R.A.C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa, **Rev Bras Enferm**, Brasília, p. 585-91, 2013.

ROSA, L. F. A. da; PERLINI, N. M. O. G.; STAMM, B.; COUTO, M. da S.; CARDOSO, A. de L.; BIRK, N. M.

Direitos legais da pessoa com câncer: conhecimentos de usuários de um Serviço De Oncologia Público. Pag.771-783. **Rev Enferm UFSM**. Santa Maria, Rio Grande do Sul. 2014.

SCALABRIN, I. C.; MOLINARI, A. M. C. **A importância da prática do estágio supervisionado nas licenciaturas**. Disponível em: <[http://revistaunar.com.br/cientifica/documentos/vol7\\_n1\\_2013/3\\_a\\_importancia\\_da\\_pratica\\_estagio.pdf](http://revistaunar.com.br/cientifica/documentos/vol7_n1_2013/3_a_importancia_da_pratica_estagio.pdf)>. Acesso em 02 jun. 2016.

SILVA, A.P.S.; OLIVEIRA, M.S.; SOUSA, F.S.; FERNANDES, A.F.C.; BEZERRA, A.K.P. Promoção Da Saúde Nas Políticas Públicas Direcionadas Ao Câncer De Mama. **Cienc Cuid Saude**, Fortaleza, Ceará, n. 10, v. 2, p. 389-394, Abr/Jun, 2011a.

SILVA, A.R.S.; ALVES, E.R.P.; BARROS, M.B.S.C.; BUSHATSKY, M.; SOUTO, C.M.M.R.; FIGUEIRA

FILHO, A.S.S.F. Educação em Saúde para Detecção Precoce do Câncer de Mama. **Rev. Rene**, Fortaleza, p. 952-9, 2011b.

## AGRADECIMENTOS

Os nossos mais sinceros agradecimentos ao apoio e incentivo do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva à pesquisa, bem como, a instituição onde foi desenvolvido estudo pela cooperação e prestatividade.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ATENDIMENTO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Valeria Kely Gomes da Silva<sup>1</sup>, Kerma Márcia de Freitas<sup>2</sup>, Jaiane da Silva Oliveira<sup>3</sup>, Cleciana Alves Cruz<sup>4</sup>, Josué Barros Júnior<sup>5</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>6</sup>.

*1 Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-Ce.*

*2 Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; Coordenadora de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.*

*3 Enfermeira, Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.*

*4 Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.*

*5 Mestre em Ensino na Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado.*

*6 Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.*

Email: [valeriakgs@gmail.com](mailto:valeriakgs@gmail.com)

Palavras-chave: *Violência contra a Mulher. Atenção Primária à Saúde. Profissionais*

### INTRODUÇÃO

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) constituído em parceria com o movimento feminista na década de 80 colaborou para a estruturação de ações mais abrangentes para a saúde da mulher tais como: direitos sexuais e reprodutivos, englobando assistência à saúde em todo ciclo vital e não mais apenas no ciclo gravídico-puerperal (LIMA; DESLANDES, 2014).

A violência contra a mulher é considerado um problema de saúde pública, em todo o contexto mundial. De acordo com os últimos dados publicados pelo Ministério da Saúde (MS), através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), entre 2000 a 2010, foram assassinadas no país, cerca de 43 mil mulheres (WAISELFSZ, 2012).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (PNEVCM) estabelece conceitos, princípios, diretrizes e ações que buscam prevenir e combater à violência contra as mulheres, assim como ações de assistência e garantia de direitos quando enquadradas em situação de violência (BRASIL, 2011).

Em meio aos diversos tipos de violência contra a mulher, o presente trabalho pretende destacar a violência sexual, a qual é definida como todo ato que obrigue uma pessoa a manter contato sexual (físico ou verbal), ou participar de outras relações sexuais através do uso de força, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite de sua vontade própria (CORRÊA; PAES, 2013).

De acordo com Baraldi et al. (2012), a violência sexual contra a mulher é pouco identificada nos serviços de saúde, mesmo com sua alta prevalência é caracterizada como um problema muito difícil de ser abordado.

Sendo assim o presente trabalho tem como objetivo analisar, a atenção às mulheres em situação de violência sexual na atenção primária à saúde no Município de Lavras da Mangabeira, na percepção dos profissionais.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em todas as Estratégias de Saúde da Família (ESF) localizadas na zona urbana na cidade de Lavras da Mangabeira – CE, foi escolhida a zona urbana por concentrar a maioria dos atendimentos por parte dos profissionais de saúde. O município conta com dez ESF, onde quatro estão situadas na zona urbana e seis na zona rural (SIAB, 2015).

A população do estudo foram os profissionais da saúde de nível superior das ESF. O total corresponde a 12 profissionais, no entanto, dos 12 participantes, só 10 responderam a entrevista e 2 se recusaram a participar. Foi utilizado como critérios de inclusão que participarão da pesquisa: profissionais de nível superior, que tenham pelo menos seis meses de atuação na unidade. E foram excluídos: os profissionais ausentes, aqueles que estiveram de férias ou licenças médicas no período da coleta de dados e os que se recusaram a participar do estudo.

Os dados foram coletados a partir de uma entrevista do tipo semiestruturada com questões abertas e fechada sobre o tema proposto. O roteiro das entrevistas teve função norteadora para garantir a flexibilidade e a liberdade no discurso como também garantir a abordagem de todos os temas considerados essenciais para o presente estudo.

A questão norteadora da entrevista abordou aspectos relacionados a características sociodemográficas dos profissionais, atuação do profissional diante de casos de violência sexual contra mulher, fluxo de atendimento para

os casos de violência sexual, qualificação profissional para o atendimento à mulher vítima de violência e limites e possibilidades encontradas para realizar o atendimento à mulher vítima de violência sexual.

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2015. A coleta foi em um local reservado na própria unidade de saúde para garantir o conforto por parte dos participantes do estudo. As entrevistas foram gravadas como meio de garantir a fidedignidade das respostas dos entrevistados, posteriormente as falas obtidas pela entrevista foi transcrita na íntegra.

Os dados foram analisados através da utilização da Análise de Conteúdo de Bardin. O trabalho também seguiu a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde; principalmente no que refere ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que assegura a autonomia, a preservação do sigilo e o anonimato com relação as informações colhidas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo dez profissionais da Estratégia Saúde da Família, dentre eles, quatro enfermeiros(as), quatro médicos e dois dentistas. Constatou-se predominância de profissionais do sexo feminino, sendo sete do sexo feminino e três do masculino. Dentre estes profissionais identificou-se a faixa etária de 25 a 69 anos, com prevalência de 25 a 29 anos. Sobre a situação conjugal sete dos participantes revelaram-se casados e três solteiros ou estão só. Quanta a orientação religiosa nove declararam-se católicos, apenas um declarou-se sem religião.

Ao observamos os dados elencados acima, encontramos um ponto crítico e que merece aqui está comentando, diz respeito ao fato de cinco dos profissionais que tem mais de 10 anos de atuação, declararem não ter feito nenhum curso de aperfeiçoamento ou até mesmo uma pós-graduação.

Quanto a qualificação na graduação sobre a assistência a violência contra a mulher, apenas dois dos Profissionais relataram ter tido abordagem da violência sexual na graduação e oito profissionais disseram que não houve essa abordagem, dos que relataram ter tido abordagem da violência sexual na graduação apontaram as disciplinas específicas como medicina legal, Saúde coletiva e Ginecologia.

Quanto a Qualificação durante atuação profissional nove dos profissionais disseram nunca ter tido qualificação sobre violência sexual enquanto no exercício da profissão, apenas um disse que teve um treinamento.

Conforme Reis et al (2010) discorre que, há uma dificuldade por parte dos profissionais quanto ao atendimento de mulheres em condições de violência, isso decorre especificamente pelo fato de não haver capacitação, como também e em alguns casos nunca ter havido, um preparo adequado para o atendimento. Na atuação de enfermagem frente a essa situação, foi possível analisar que os profissionais relataram a realização ou não do atendimento a mulher em situação de violência sexual. Cinco realizaram atendimento e cinco não realizaram, dos que realizaram, revelaram que identificaram os casos a partir dos relatos da própria vítima e/ou queixas dos pais, ou foram identificados a partir dos sinais clínicos. Quando indagados sobre como procederam com os casos identificados, alguns encaminharam os casos para delegacia, IML, serviço especializado, a polícia e ao conselho tutelar, outros deram continuidade na unidade fazendo anamnese exame físico e escuta da paciente.

A construção de um padrão de atendimento faz-se importante sobre todos os aspectos, mas, especificamente para garantir que as atividades de intervenção possam produzir um resultado satisfatório. Ou seja, ao se constituir um padrão de atendimento, garante-se que todo o protocolo necessário a garantia da veracidade do caso estará assegurado, facilitando assim que os encaminhamentos aos órgãos responsáveis tenham por base a estrutura do atendimento e as condições e percepções nele identificados.

Conforme aponta Junior e Moraes (2010), a violência sexual é uma questão de saúde pública e deve ser objeto das ESFs, por ser esta a porta de entrada do atendimento para a rede de atenção, pode se conceber que este é o espaço adequado para o atendimento mesmo que preliminar das mulheres em situação de violência sexual.

É, portanto, a unidade de ESF, um importante elemento para os primeiros atendimentos de casos de violência sexual, prioritariamente por ser esta a que está mais próxima da comunidade e esta proximidade quando associada a capacitação dos profissionais permite que seja possível identificar, atender e encaminhar os casos notificados em seus atendimentos.

Ao ser abordado sobre as notificações dos casos de violência, observamos que oito disseram que os casos são notificados e dois disseram que não são, os profissionais que apontam notificação dos casos, revelam que essa notificação é feita através da ficha de notificação ou somente registrado em prontuário e que quem realiza a notificação é o médico, a enfermeira ou a atendente.

A notificação compulsória é documento fundamental para as ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências. Além disso, ela é também um mecanismo definido pelas políticas públicas específicas e está garantido na legislação brasileira (BRASIL, 2012).

Quanto aos encaminhamentos desses casos, Sete dos profissionais disseram que encaminham e três não encaminham, os profissionais que encaminham os casos revelam que esse encaminhamento é feito a nível



receituário, notificação por escrito, guia de encaminhamento e através de ficha de referência, e apontam vários serviços para onde encaminham essas usuárias, dentre eles: Serviços de referência médica, serviços de psicologia e serviços de assistência social.

O ministério da saúde relata que no processo de atendimento às pessoas em situação de violência é importante que alguns procedimentos sejam elencados de forma a garantir que os procedimentos se façam considerando o norte psicossocial da assistência. Um sistema eficaz de referência e contra-referência deve abranger todos os serviços levando em conta sua complexidade e sendo necessário, integrando-os através de informações sobre as necessidades e demandas da vítima. Diante do tipo de violência registrado, é importante garantir cuidado e diagnóstico clínico além de encaminhamentos, de natureza psicológica, jurídica e social (Brasil, 2012).

## CONCLUSÃO

O perfil da equipe estudada revela pouca busca por parte dos profissionais em estarem se qualificando e atualizando-se. Sabe-se que a área da saúde é bem flexível a mudanças e para que nos dias hoje a assistência ao cliente seja de qualidade, esta exige profissionais também de qualidade. Os relatos, porém, demonstram que há uma deficiência na preparação durante a graduação como também uma carência em capacitações e/ou educação continuada desses profissionais para atuar em casos de violência sexual contra a mulher.

Essa carência de conhecimento mais profundo do tema violência sexual contra a mulher mostra-se preocupante, pois, limita a capacidade de atuação do profissional da área no sentido de identificar, atender e encaminhar pacientes em situação de violência sexual principalmente nas situações em que esta violência não é explicitada pela vítima carecendo de apoio profissional e habilidade para identificação.

Embora se tenha constatado pontos positivos nas respostas da equipe, pode-se perceber que os profissionais apresentam dificuldades para atuar diante de um caso de violência, seja por não conhecerem os protocolos, ou por não saberem as formas de registros ou até mesmo como manejar os casos. Sendo que alguns profissionais ainda denotam que violência sexual não é uma realidade do setor da saúde. E, quando se deparam com esse tipo de caso, tentam resolver o mesmo mediante ações superficiais, não oferecendo orientações que dê suporte emocional, moral e legal.

Ao se fazer uma leitura crítica da pesquisa e após profunda observação entendemos que se faz importante algumas recomendações como forma de sugestão para o preenchimento de algumas lacunas visíveis, lacunas estas que comprometem o bom desempenho profissional no tocante ao tema.

## REFERÊNCIAS

BARALDI A. C.; ALMEIDA A. M.; PERDONÁ G. C.; VIEIRA E. M. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil [online]**. Vol.12, n.3, pp. 307-318, 2012. ISSN 1519-3829. Disponível em: <http://dx.doi.org/101590/S1519-38292012000300010>. Acesso em: 22 Fev 2015.

BRASIL. Secretaria de Política para Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

CORRÊA, F.S; PAES, M.S.L. Mulher vítima de violência sexual: como os profissionais de saúde agem nesta situação? **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste**, V.6, N.1, Jul./Ago. 2013.

JUNIOR P.C.A, Moraes C.L. The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro 2010V.15 n,6 p.2983-2995, 2010.

REIS, M. J. LOPES M. H. B. M.; HIGA.; BEDONE, A. J. Atendimento de enfermagem: às mulheres que sofrem violência sexual. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** jul-ago 2010; 18(4):[09 telas] 2010.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EDUCANDO EM SAÚDE: PACIENTES CANDIDATOS AO TRANSPLANTE HEPÁTICO

**Nathália Gonçalves de Oliveira<sup>1</sup>, Natália de Lima Vesco<sup>2</sup>, Maria Isis Freire de Aguiar<sup>3</sup>, Darling Kescia Araújo Peixoto Braga<sup>1</sup>, Cecilia Carla Barroso Calazans<sup>1</sup>, Leileane Costa Alves<sup>4</sup>.**

*1 Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Assistência em Transplante, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Especialista em Assistência em Transplantes, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva, Universidade Federal do Ceará.*

*email:nathaliagoncalvesoliveira@gmail.com*

*Palavras-chave: Educação em Saúde. Transplante de Fígado. Período Pré-Operatório. Enfermagem.*

### INTRODUÇÃO

O fígado é o maior órgão sólido do corpo humano e desempenha funções essenciais de manutenção à vida. Doenças hepatocelulares podem destruir as células do fígado, os hepatócitos, resultando em uma insuficiência hepática progressiva. À medida que as células perdem sua função normal, o tecido é substituído por fibrose, progredindo para a cirrose hepática. Em um quadro de insuficiência hepática irreversível, o paciente comumente apresenta quadros graves de hemorragia, hipoglicemia e encefalopatia, podendo evoluir a óbito em alguns dias. Ao contrário de outros órgãos que possuem terapias de substituição de longo-prazo, o fígado não possui atualmente tal alternativa, a não ser o transplante (GROGAN, 2011; VILARINHO, LIFTON, 2012).

O transplante hepático (TH) é uma cirurgia extensa de alta complexidade, que impacta positivamente não somente na sobrevivência do doente, mas também em sua qualidade de vida. Esse tem sido considerado um tratamento de sucesso para muitos pacientes com diferentes patologias do fígado, tornando-se um procedimento amplamente empregado e, portanto, significativo à saúde pública (NEGREIROS et al., 2016; ADAHL et al., 2002; DUTKOWSKI et al., 2015; GROGAN, 2011).

Conforme o Registro Brasileiro de Transplantes (ABTO, 2016), o Ceará atingiu nos últimos anos a posição de terceiro maior centro transplantador hepático do Brasil, ficando atrás somente de São Paulo e Rio Grande do Sul. Existem, atualmente, apenas três equipes que realizam transplantes de fígado, cadastradas pelo estado do Ceará. O hospital universitário da cidade de Fortaleza é o responsável por grande parte dos procedimentos realizados pelo estado.

A condição prévia do paciente e os cuidados que antecedem o procedimento podem influenciar no resultado e na evolução do transplante, tornando a assistência perioperatória vital ao processo (GROGAN, 2011; MENDES, GALVÃO, 2008). A educação pré-operatória almeja a alta hospitalar precoce e a recuperação sem complicações. Descrita como qualquer intervenção educacional que antecede o procedimento cirúrgico, a educação pré-operatória objetiva ampliar o conhecimento, melhorar os comportamentos e os resultados de saúde. O conteúdo apresentado nesse ensino varia de acordo com o setor, entretanto, compreende basicamente discussões relacionadas aos processos pré, intra e pós-operatórios, potenciais complicações, cuidados a seguir, alta hospitalar, acompanhamentos, entre outros. A estrutura da explanação pode englobar desde esclarecimento individual, sessões em grupo, vídeos, cartilhas

ou comunicação não-verbal. A educação pré-operatória frequentemente é ministrada por membros de uma equipe multiprofissional de saúde (EDWARDS et al., 2015; EDWARDS et al., 2017; MCDONALD et al., 2014).

Por ser um procedimento complexo de recuperação prolongada, o TH exige uma preparação multiprofissional indispensável dos pacientes, incluindo enfermeiros, médicos, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. Segundo Mendes e Galvão (2008), o enfermeiro do transplante de fígado dedica mais tempo próximo aos pacientes, se tornando promissor em estabelecer vínculo com os mesmos. Sendo assim, os pacientes desenvolvem uma relação de confiança com esses profissionais, sentindo-se confortáveis para compartilhar aflições e medos. Dentre as diversas funções exercidas pelo enfermeiro do TH com o propósito de viabilizar o sucesso do transplante, encontra-se as atividades de ensino (NEGREIROS et al., 2016).

Dessa forma, o presente estudo objetiva relatar experiências vivenciadas por uma residente de enfermagem durante as orientações do pré-TH aos pacientes listados na fila de espera do hospital de referência do Ceará.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado no ambulatório de um centro de transplante, instituição referência nacional em transplantes de fígado no Ceará, no período de agosto de 2016 a novembro de 2016. Os pacientes na fila de espera por um órgão doado são atendidos seguindo a doutrina do Sistema Único de Saúde de integralidade da assistência. Dessa forma, os usuários necessitam se consultar no mínimo uma vez com o cirurgião geral, anestesista, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social, e caso haja necessidade, são agendadas consultas subsequentes para um acompanhamento mais próximo. Em relação ao enfermeiro, os candidatos ao TH devem ser assistidos em pelo menos dois períodos, a consulta individual e a palestra pré-operatória.

A palestra diz respeito à educação pré-operatória, e se trata de um encontro para inclusão dos pacientes e seus acompanhantes, com o objetivo de proporcionar esclarecimentos sobre o processo de transplante (AGUIAR; BRAGA, 2012). Conforme estabelecido pela equipe da instituição, para comparecer a palestra, o doente hepático deve ser um dos cinco primeiros pacientes na lista de espera pelo órgão, obedecendo a ordem da classificação de *Model for End-Stage Liver Disease* (MELD) estadual. Após o agendamento, o usuário é orientado a participar com um familiar ou amigo, pois muitos clientes apresentam encefalopatia hepática, o que dificulta a comunicação e o entendimento das orientações repassadas.

A enfermeira responsável leciona, semanalmente, sobre o tão aguardado TH em uma linguagem popular, utilizando de recursos didáticos visuais com slides projetados, contendo diversas gravuras para engrandecer a compreensão de todos presentes. Essa instrução é realizada em formato de roda de conversa, contendo no máximo 10 pessoas, com duração média de 1:30h. Trata-se de um momento intimista e descontraído, possibilitando assim, o questionamento dos ouvintes sem timidez por suas dúvidas. Além disso, a educação pré-operatória respeita a cultura dos clientes e seus familiares, visto que o serviço atende múltiplos doentes de outros estados para transplantar (NEGREIROS et al., 2016).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que a palestra pré-operatória atende ao protocolo desenvolvido por Marandola et al. (2011) em Minas Gerais, incluindo assuntos como:

- funções básicas do fígado; indicação do transplante;
- órgão de doador falecido e doador vivo;
- ordem de gravidade pelo MELD;
- funcionamento da fila de espera;
- condições para entrar na fila;
- riscos e benefícios do TH;
- como proceder ao ser chamado para a cirurgia;
- procedimento cirúrgico;
- tempo de internação;
- alta hospitalar;
- cuidados no pós-operatório imediato e tardio;
- alterações na vida após o transplante;
- medicações imunossupressoras;
- complicações mais frequentes.

Os usuários expõem diversas dúvidas, entre os questionamentos mais recorrentes estão:

- de onde vem o órgão?
- posso conhecer a família doadora?
- quando será o transplante?
- vou me curar?

Em um momento de informalidade promovido com brincadeiras, é planejado o esclarecimento das incertezas e etapas do processo de transplante, e o alívio da ansiedade e tensão, visando tornar essa mudança de vida o menos complicado possível.

O presente estudo procurou descrever as experiências vivenciadas durante a palestra informativa do ambulatório do TH entre pacientes candidatos ao procedimento e seus acompanhantes. Os clientes, em sua

maioria, demonstraram em expressões e comentários o entendimento das informações repassadas, sugerindo que a atividade desempenha seu papel educativo.

Utilizada como estratégia para alcançar a qualidade da assistência, em concordância com Negreiros et al. (2016), as atividades de educação compõem a rotina do enfermeiro do TH. Através de uma linguagem acessível e uma relação de empatia, os momentos educacionais visam conhecer o paciente na sua individualidade, dar suporte a família e promover o empoderamento do usuário para o autocuidado. Essa didática utilizada favorece a consolidação de uma relação de confiança, respeito e liberdade, permitindo que os pacientes exponham suas aflições.

Os doentes apresentam a expectativa de sobreviver e ter uma vida relativamente normal ao serem inseridos na lista de espera do TH (AGUIAR; BRAGA, 2012). Portanto, a palestra implementada como educação pré-operatória é uma etapa essencial do processo de preparação do paciente, pois se trata de uma transformação para uma nova fase da vida. Ao término da instrução o receptor do órgão terá recebido as informações corretas para compreender o funcionamento do procedimento.

Assim como o estudo de Promraj et al. (2016) demonstrou bons resultados após o programa educativo implementado, percebe-se que os pacientes desenvolvem uma visão mais acertada a respeito do transplante, apresentando maior tranquilidade, alívio e até ânimo, expressões e sentimentos raramente vistos antes desse momento de aprendizado. Devido ao fato de que o trajeto preparatório é complexo e demorado, a educação em saúde consiste em uma atividade fundamental do enfermeiro, pois, como membro da equipe, consegue desenvolver excelente relacionamento interpessoal, tornando-se o elo entre os pacientes e seus familiares com a equipe multiprofissional. (MENDES, GALVÃO, 2008; NEGREIROS et al., 2016; SASSO et al., 2005).

Do mesmo modo como descrito por Sasso et al. (2005), acredita-se que apenas um momento educativo, utilizando somente um padrão de abordagem não seja o suficiente para os clientes alcançarem o grau de esclarecimento desejado, pois diversas pessoas apresentam instrução escolar precária e até deficiências auditiva e/ou visual. Uma vez que não é aplicado, rotineiramente, nenhum teste de nível de conhecimento, antes e depois das instruções, não há como saber se o aprendizado foi satisfatório. Outra falha identificada foi a respeito da distribuição de materiais informativos, como cartilhas e panfletos, que poderiam ser oferecidos para complementar o que foi abordado.

## CONCLUSÃO

Com esse estudo foi possível perceber que a educação dos pacientes e seus acompanhantes no pré-operatório é primordial ao processo, pois em sua maioria, o TH é uma situação inesperada e que gera muitas dúvidas para o paciente. Dessa forma, eles apresentam ansiedade, angústia e medo da morte, anseios esses, difíceis de expressar para outrem. No entanto, a relação de confiança desenvolvida entre o enfermeiro da equipe com os pacientes permite o alívio da tensão e o esclarecimento das dúvidas apresentadas.

Porém, reconhece-se que ainda há um extenso caminho a se percorrer no ensinamento desses pacientes, como adotar uma abordagem para pessoas com deficiências que dificultem a compreensão, o emprego de pré e pós-teste para verificar a efetividade das instruções repassadas, e também a entrega de materiais instrutivos, sendo, portanto, necessário implementar outras estratégias de ensino.

## REFERÊNCIAS

- AADAHL, M.; HANSEN, B.A.; KIRKEGAARD, P.; GROENVOLD, M. Fatigue and Physical Function After Orthotopic Liver Transplantation. **Liver Transplantation**, Vol 8, No 3 (March), 2002: pp 251-259.
- AGUIAR, M.I.F.; BRAGA, V.A.B. O significado do transplante de fígado para o paciente em lista de espera: abordagem fenomenológica. **Revista Cubana de Enfermería**. 2012;28(4):485-494.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES (ABTO). Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016). Ano XXII Nº 4. São Paulo. 2016.
- DUTKOWSKI P.;LINECKER M.; DEOLIVEIRA M.L.; MÜLLHAUPT B.; CLAVIEN P.A. Challenges to liver transplantation and strategies to improve outcomes. **Gastroenterology**. 2015 Feb;148(2):307-23.
- EDWARDS, P.K.; LEVINE, M.; CULLINAN, K.; NEWBERN, G.; BARNES, C.L. Avoiding readmissions-support systems required after discharge to continue rapid recovery? **J Arthroplasty**. 2015 Apr;30(4):527-30.
- EDWARDS, P.K.; MEARS, S.C.; BARNES C.L. Preoperative Education for Hip and Knee Replacement: Never Stop Learning. **Curr Rev Musculoskelet Med**. 2017 Jun 24.
- GROGAN T.A. Liver transplantation: issues and nursing care requirements. **Crit Care Nurs Clin North Am**. 2011;23(3):443-56.

MARANDOLA, P.G.; MATOS, S.S.; MATTIA, A.L.; ROCHA, A.M.; SILVA, J.S.; RESENDE, M.K.B.; Consulta de enfermagem ao paciente em pré-transplante de fígado: elaboração de um protocolo. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2011 jul/set; 1(3):324-331.

MCDONALD, S.; PAGE, M.J.; BERINGER, K.; WASIAK, J.; SPROWSON, A. Preoperative education for hip or knee replacement. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 5. Art. No.: CD003526.

MENDES K.D.,S.; GALVÃO C.M. Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2008 setembro-outubro; 16(5).

NEGREIROS F.D.S.; MARINHO A.M.C.P.; GARCIA, J.H.P.; CARNEIRO, C.; AGUIAR, M.I.F.; RODRIGUES, A.M.M. Transplante hepático em hospital de referência: competências do enfermeiro no serviço ambulatorial. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 3):1351-9, abr., 2016.

PROMRAJ, R.; DUMRONGGITTIGULE, W.; SIRIVATANAUKSORN, Y.; RUENROM, A.; TOVIKKAI, C.; LIMSRICHAMRERN, S.; KOSITAMONGKOL, P.; MAHAWITHITWONG, P.; ASAVAKARN, S.; Immunosuppressive Medication Adherence in Liver Transplant Recipients. **Transplant Proc.** 2016 May;48(4):1198-201.

SASSO, K.D.; GALVÃO, C.M.; CASTRO-E-SILVA, O.JR.; FRANÇA, A.V.C.; Transplante de fígado: resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2005 julho-agosto; 13(4):481-8.

VILARINHO, S.; LIFTON, R.P. Liver transplantation: from inception to clinical practice. **Cell**; 150(6): 1096-9, 2012 Sep 14.

## **AGRADECIMENTOS**

Os autores gostariam de agradecer a excelente equipe multiprofissional do ambulatório do Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio pela atenção e tantos ensinamentos repassados. E por fim, agradecemos aos nossos pacientes e aos seus familiares por nos ajudar na compreensão desse processo de transplante.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## INTERPRETAÇÕES SOBRE COMPORTAMENTO VOCAL RELACIONADAS AO USO DO APLICATIVO VOICEGUARD

Daniele de Araújo Oliveira Carlos<sup>1</sup>(PG), Renata Coelho Fonteles<sup>2</sup>(PG), Teyla Bastos Leite Andrade<sup>2</sup>(PG), José Eurico de Vasconcelos Filho<sup>2</sup> (PQ), Raimunda Magalhães da Silva<sup>1</sup> (PQ), Christina Cesar Praça Brasil<sup>1</sup>(PQ)

1 Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza,, Fortaleza-CE;

2 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza,, Fortaleza-CE;

3 Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE

E-mail: renata\_fonteles@hotmail.com

Palavras-chave: Voz. Promoção da saúde. m-health.

### INTRODUÇÃO

A alteração da voz ou disfonia é um distúrbio da comunicação oral caracterizado por qualquer dificuldade na emissão vocal que impeça a expressão das emoções, o desempenho profissional e /ou o desenvolvimento pleno do indivíduo na sociedade em que vive (BEHLAU; PONTES, 1996).

A categoria profissional dos professores é uma das mais acometidas por alterações vocais, apresentando como causas tanto as condições nas quais o trabalho é desenvolvido, como a forma como ele é organizado e estabelecido no processo educacional (FILLIS, 2016). A docência exige grande demanda da voz, sendo constatada uma série de problemas vocais entre os que a exercem, visto que poucos professores possuem preparo vocal para o uso profissional. Nesse universo, observam-se os seguintes problemas: conhecimento superficial a respeito dos cuidados com a voz; falta de atenção para as queixas, sinais e sintomas do processo saúde/doença vocal; dificuldades em perceber, interpretar e enfrentar os determinantes de tal processo; uso da voz em condições laborais ambientais e organizacionais adversas; e demora e resistência do professores para a busca pelo atendimento especializado (XAVIER, 2013).

Os dados epidemiológicos apontam uma prevalência média de 35% de alterações vocais na população em geral. Esse valor é ainda maior quando nos referimos aos profissionais da voz, pessoas que têm a voz como seu instrumento de trabalho, chegando essa prevalência a 86% ou mais em professores. Esses dados mostram os impactos das alterações vocais na vida dessa população e as restrição na vida profissional, pessoal e de qualidade de vida desses indivíduos (ALMEIDA, 2014),

Nas ações fonoaudiológicas em saúde vocal voltadas aos docentes, é preciso ampliar a percepção e a análise dos determinantes do processo saúde-doença vocal, deslocando o eixo patologia/tratamento para saúde/promoção e incorporando os aspectos do cotidiano e da dinâmica de vida do indivíduo. Estas são dimensões fundamentais para analisar a disfonia no trabalho docente em que se observa a díade “condições ruins de trabalho e pior qualidade de vida relacionada à voz”. Uma vez ampliados os focos das ações fonoaudiológicas, as oficinas e os grupos de vivência sobre saúde vocal podem ser espaços sociais possíveis para as intervenções (XAVIER, 2013).

Nos últimos anos, a área de pesquisa em saúde móvel (*mHealth*), ramo da saúde eletrônica (*eHealth*) que é definido como “o uso de tecnologias de computação e comunicações móveis em cuidados de saúde e de saúde pública”, tem estado em constante expansão (CARLOS, 2016).

Várias iniciativas de *mHealth* em todo o mundo estão fornecendo indícios do potencial de utilização das tecnologias móveis e sem fio na saúde. Aplicações de *mHealth* estão sendo testadas em cenários bastante diversos, como no contexto do acesso a serviços de emergência, gestão de atendimento ao paciente, redução da falta de medicamentos em postos de saúde, melhoria no diagnóstico clínico e adesão dos pacientes ao tratamento, entre outros. O acesso a dispositivos que podem ser utilizados para *mHealth*, mesmo em países em desenvolvimento, é alto, principalmente no caso de telefones celulares (SARNO, 2014).

O VoiceGuard é um aplicativo para smartphones com tecnologia Android e iOS composto por várias ferramentas que auxiliam no cuidado com a voz de forma interativa e em tempo real. Este aplicativo foi concebido e desenvolvido por uma equipe interdisciplinar composta por profissionais das áreas da saúde coletiva, fonoaudiologia, engenharia de computação e design. Oferece funcionalidades que permitem ao usuário realizar teste de voz para verificar a coaptação glótica e a existência de indícios de alterações vocais; verificar o nível de ruído do ambiente, emitindo alerta sonoro quando este está muito forte e pode oferecer riscos à voz; acessar dicas sobre saúde vocal. Além

disso, o aplicativo também oferece lembretes da hora de beber da água (ajudando o professor a manter a hidratação vocal) e emite relatórios sobre a condição vocal, a partir dos testes realizados, a cada dia de uso (CARLOS, 2016).

Após a sua concepção e desenvolvimento, o aplicativo está em fase de validação, o que justifica a realização deste estudo, o qual objetiva verificar as interpretações de um grupo de professores sobre o comportamento vocal relacionadas ao uso do VoiceGuard.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado de setembro a outubro de 2016, por meio de um teste de validação do aplicativo e de um grupo focal, incluindo 11 professores da Educação Infantil e do Ensino Fundamental, de uma escola municipal de Fortaleza, Ceará, com faixa etária média de 36 anos.

A escola conta com aproximadamente 520 alunos, cursando do Infantil V ao 4º ano do Ensino Fundamental, com 25 professores. No entanto, apenas 11 professoras atenderam aos critérios para a inclusão na amostra, quais sejam: possuir *smartphone* com tecnologia Android, lecionar na educação infantil e/ou no ensino fundamental, ter acesso a Internet na escola e no domicílio e apresentar interesse em compor a amostra.

Inicialmente, realizou-se uma reunião na escola com as 11 participantes para a apresentação do aplicativo e o fornecimento de explicações preliminares sobre o uso do dispositivo móvel. Nessa ocasião, aplicou-se individualmente um questionário sobre o perfil socioeconômico e de saúde das professoras, contendo também uma sessão sobre as expectativas com relação ao uso do aplicativo. Ao final, solicitou-se as professoras para baixarem o aplicativo com tecnologia Android, a partir da *Google Play*, em seus *smartphones* e a utilizarem a ferramenta por um período de 15 dias.

Decorrido o tempo estabelecido para o uso da ferramenta, em outubro de 2016, realizou-se um grupo focal (TRAD, 2009), com duração média de 2 horas e 15 minutos, incluindo as 11 professoras que participaram da primeira reunião. Nessa atividade, utilizou-se para promover o debate em profundidade questões norteadoras sobre “as contribuições do aplicativo para a promoção de mudanças no comportamento vocal e os fatores que interferem no cuidado sistemático com a saúde vocal desses profissionais”.

O grupo focal contou com a participação de uma facilitadora, uma mediadora e uma relatora. Ressalta-se que o grupo focal foi gravado em áudio e vídeo para facilitar a captação dos depoimentos e a respectiva transcrição.

A análise dos dados foi realizada com base na Análise de Conteúdo na modalidade temática (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013). Após a análise das falas, emergiu a seguinte temática: “Interpretações e mudanças de comportamento vocal relacionadas ao uso do aplicativo VoiceGuard”. A interpretação dos dados fundamentou-se no Interacionismo Simbólico (BLUMER, 1969), uma vez que este subsidiou a melhor compreensão sobre o conhecimento, a ação e a interpretação sobre a busca do cuidado com a saúde vocal. A literatura que versa sobre a saúde vocal e o uso de tecnologias mHealth também subsidiou a interpretação dos resultados.

Para resguardar as identidades das participantes utilizou-se a letra “P” para designar “professora” seguida da numeração de 1 a 11.

Esta pesquisa está de acordo com os preceitos éticos previstos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. Ressalta-se que este estudo constituiu um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Tecnologia m-health para a promoção da saúde vocal”, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob o parecer nº 1.666.799.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para a caracterização da população do estudo foi realizada uma enquete com todas as participantes, dentre as quais, 60% eram solteiras, 10% tinham união estável e apenas 30% eram casadas, 60% possuíam moradia própria. Quanto a formação e a vida profissional, 100% da amostra tinha graduação em Pedagogia, e, destas, 80% possuíam pós-graduação e apenas 10% exerciam além da docência outra ocupação. Quando foram questionados sobre a participação em atividades voltadas à promoção da saúde vocal, 60% afirmaram já ter participado de ações com enfoque na saúde vocal, as quais foram ofertadas pela própria escola ou estavam vinculadas a uma Universidade.

A partir do grupo focal, verificou-se que a temática “Interpretações e mudanças de comportamento vocal relacionadas ao uso aplicativo VoiceGuard” está associada ao que as professoras interpretam como as principais contribuições do aplicativo e as estratégias de enfrentamento aos problemas vocais.

Diante do exposto, é evidente que a tecnologia pode influenciar e modificar o modo de viver e agir das pessoas, inclusive quando estas questões passam pelo contexto do cuidado e da promoção da saúde. Diante disso, confirma-se a relevância da incorporação das altas tecnologias nos cenários da assistência à saúde vocal, pois implica um redirecionamento do autocuidado (SILVA; FERREIRA, 2009; PEREIRA; COELHO; BACHION, 2016).

## Principais contribuições do aplicativo

De acordo com os relatos, as interpretações a respeito das contribuições do aplicativo versam, principalmente, sobre a questão da prevenção:

*"[...]Jeu entendo o aplicativo como ferramenta de prevenção.... Acho que ele traz essa coisa de você se sentir cuidado... Ele dá esse suporte, como se tivesse alguém lhe orientando sobre a voz e que está se preocupando com você. O VoiceGuard está lhe ajudando nessa missão de se cuidar." (P6)*

*"[...] eu acho que foi muito importante a vinda do aplicativo para os professores... De um modo geral, ele tem uma grande importância de prevenir alterações na voz. A gente se sente um pouco mais cuidada e poder contar com uma ferramenta inovadora né como é o aplicativo[...] mas eu acho que tudo na prevenção. Prevenir e saber que pode cuidar da saúde com a eficiência da tecnologia é um ponto muito positivo..." (P1)*

*"[...] o contribuiu pra mim foi essa questão da voz de fazer o teste e de saber como está a sua voz." (P3).*

Diante do exposto, o número de professores afastados por problemas relacionados à voz só aumenta no cenário brasileiro, fazendo-se necessário criar estratégias inovadoras que possam ser empregadas para promover o autocuidado e minimizar as alterações vocais desses profissionais (CARLOS, 2016).

A ferramenta "hora da água" também foi interpretada como uma possibilidade a mais de cuidado, visto que a maioria sabe da importância de o professor beber água durante o exercício profissional, mas relatam esquecer de fazê-lo. Com essa funcionalidade do aplicativo, sentem-se cuidados pela possibilidade de o aplicativo lembrá-los dessa ação:

*"[...] a questão de lembrar de beber água isso é muito importante..." (P3);*

*"[...] o VoiceGuard foi muito benéfico para mim... Eu sou uma pessoa que bebo pouca água, então assim, eu olhava para o celular – hora d'água – e lembrava: hora de beber água..." (P1); e*

*"[...] e o aplicativo a importância que eu achei é a questão da água de lembrar né que é essencial..." (P5).*

Estudos de Xavier (2013) mostram que beber água é um recurso importante para a manutenção da saúde vocal dos profissionais da voz e que a não hidratação contínua durante o uso profissional da voz pode levar a problemas, cujos sintomas, como por exemplo o ressecamento na garganta, muitas vezes, não são valorizados.

Os profissionais da saúde, ao conduzirem estratégias de promoção da saúde vocal, devem enfatizar que a água proporciona bem-estar e deve ser uma prática incentivada junto aos profissionais da voz para evitar maiores desgastes, o que pode ser facilitado com o suporte oferecido pelo VoiceGuard. Isto é possível devido a portabilidade, ao imediatismo (as informações podem ser recebidas em qualquer lugar e a qualquer momento), a conveniência e a interatividade proporcionados pela tecnologia móvel, o que favorece o desenvolvimento de ações de promoção de saúde (SARNO, 2014).

## Estratégias de enfrentamento aos problemas vocais

A partir do uso do VoiceGuard, as professoras passaram a perceber os efeitos nocivos do ruído ambiental para a sua voz e relataram a necessidade de monitoramento e mudança de comportamento diante da sua existência, como estratégias de enfrentamento:

*"[...] venho acompanhando sempre o ruído do ambiente, porque eu noto que dependendo do barulho que está no local a gente fala mais alto." (P4); e*

*"[...] essa questão do barulho eu fiz o teste hoje... Na hora do teste, estava dando um ruído muito alto... Eu trabalho numa sala com o ambiente totalmente fechado e assim você está com um nível de voz que pode até estar baixo, mas devido o ambiente ser fechado, parece que ele [o ruído] aumenta mais ainda... Tem também o ar condicionado e a sala toda fechada, assim o nível de ruído vai lá para cima." (P7)*

Estudos mostram (BATISTA et al., 2010; KARMANN; LACMAN, 2013; BRASIL, 2015) que o ruído ambiental é um dos principais fatores de risco para a saúde vocal dos professores, podendo ser causado por fatores internos e externos. No entanto, é importante lembrar que o ruído produzido dentro da sala de aula é mais prejudicial, pois os alunos e os professores o percebem de forma mais evidente, impactando negativamente na saúde e na qualidade do ensino.

O desenvolvimento de uma metodologia de enfrentamento às alterações vocais apoiada por um recurso digital interativo foi considerado pelas professoras como uma inovação para a promoção da saúde vocal, uma vez que a ferramenta possui elementos que possibilitam o monitoramento e o gerenciamento da saúde vocal do professor em tempo real, favorecendo mudanças do comportamento:



*“[...] no dia que você bebe água, você consegue falar melhor... O seu desempenho fica totalmente diferente.” (P7); e*

*“[...] Fiquei tendo todo o cuidado com a respiração na hora de usar a voz e o teste do aplicativo deu Ok. Continuei usando bem a voz... repeti o teste e tudo ficou OK... Eu aprendi com o VoiceGuard que, quando o barulho está alto, e eu não vou competir com ele, pois vai ser ruim pra mim, porque se competir vou ficar rouca... Minha amiga estava monitorando o ruído da sala de aula e ao passo que ela viu no celular que o barulho estava aumentando, ela não quis competir com o barulho, mudou o comportamento da voz. Ela ela calou e ela esperou que o barulho diminuísse para ela falar...” (P6).*

*“Com o aplicativo, percebi que nessa questão do gritar eu tenho que me policiar muito... Eu estou tentando me policiar... Fico quieta, calada, eu deixo eles [os alunos] observarem que eu estou em silêncio e que eu estou esperando eles se acalmarem para poder começar a falar...” (P8).*

A partir desses relatos, segundo Silva (2008), qualquer pessoa precisa cuidar da voz, mas o professor deve ter uma preocupação maior em relação a ela, já que a docência exige o uso contínuo e sistemático do aparelho fonador.

Nesse sentido, o monitoramento propiciado pelo aplicativo e as ferramentas de alerta sobre a “hora de beber água” e o “acompanhamento do ruído ambiental” foram destacados pelas participantes como excelentes para promover mudanças de comportamento vocal. Recursos tecnológicos são amplamente utilizados para o acompanhamento de cuidados à saúde, sendo muito bem aceitos pela população

Importante destacar, que as mudanças de comportamento apontadas pelas professoras convergem com os recursos que julgaram ser as maiores contribuições do aplicativo, mostrando a consistência da avaliação realizada.

## CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que as ações de cuidados e preservação vocal partiram do conhecimento ressignificado e interpretado sobre a importância de mudanças de hábitos e o emprego de métodos relacionados ao bom uso da voz, o que mostrou a eficácia do aplicativo no favorecimento de um comportamento vocal saudável.

Destaca-se que as professoras alinharam suas interpretações, mostrando que a partir do uso do VoiceGuard, os aspectos considerados como as contribuições mais importantes da ferramenta, alinham-se com as mudanças de comportamento vocal. Revelando a sua satisfação com o uso da tecnologia no contexto da promoção da saúde vocal, uma vez que a tecnologia *mHealth* facilitou a maior adesão a hábitos de preservação vocal.

Assim, observa-se a importância de desenvolver estratégias voltadas à saúde vocal que sejam acessíveis a todos e que fortaleçam a relação entre o professor e os profissionais da saúde, ampliando a adesão dos usuários e a eficácia das ações de atenção à saúde, medidas estas de reestruturação dos cuidados com a saúde vocal, no sentido de evitar a instalação de problemas mais graves.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A; et al. Educação em Saúde Vocal: uma experiência de intervenção fonoaudiológica em grupo. <http://www.ufpb.br/trabalhos> 2014

BEHLAU, M; et al. Epidemiologia dos distúrbios da voz em professores e não professores no Brasil: prevalência e efeitos. **Journal of Voice**, New York, v.28, n.5, p. 665, 2012.

BEHLAU, M & PONTES, P. Avaliação e Tratamento das disfonias. **Ed. Lovise**. São Paulo, 1996.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Los Angeles: University of California Press, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Protocolo de distúrbios da voz relacionados ao trabalho**. Brasília, 2011.

CARLOS, D.A.O. **Tecnologia m-health para a promoção da saúde vocal**. 2016. 126 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade de Fortaleza. Programa de Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.

CARLOS, Daniele de Araújo Oliveira et al . Concepção e Avaliação de Tecnologia mHealth para Promoção da Saúde Vocal. **RISTI**, Porto , n. 19, p. 46-60, set. 2016

COSTA, H. O.; MATIAS, C. O impacto da voz na qualidade de vida da mulher idosa. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 172-8, mar./abr. 2005.

- ESTEVE, J. M. Ao mal estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores. **Trad. Durlei Cavichia**. 3ª Edição. Baurú, SP: EDUSC, p.175, 2009.
- FERRACCIU, C. C. S.; ALMEIDA, M. S. Distúrbio da voz relacionado ao trabalho do professor e a legislação atual. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 628-633, 2014.
- FEREIRA, L. P.; MARTZ, M. L. W. Distúrbio de Voz relacionado ao trabalho: experiência dos CEREST. **BEPA**, v. 7, n. 76, p. 13-19, 2010.
- FILLIS, M.; ABJUMRA, M; et al. Frequência de problemas vocais autorreferidos e fatores ocupacionais associados em professores da educação básica de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2016, vol.32, n.1,
- KASAMA, S. T. **Programa de saúde vocal para professores**: estudo em uma escola particular de Ribeirão Preto. 2008. 148 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.
- KASAMA, S. T.; MARTINEZ, E. Z.; NAVARRO, V. L. Proposta de um programa de bem estar vocal para professores: estudo de caso. **Distúrb. Comun.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 35-42, abr. 2011.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- SARNO, F.; CANELLA, D; et al. Mobile health e excesso de peso: uma revisão sistemática. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. ed.35 n5; vol.06, págs: 424-431. 2015
- SILVA, J. M.; SILVEIRA E. S. Apresentação de Trabalhos Acadêmicos – Normas e **Técnicas**. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
- TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.
- KARMANN, D.F.; LANCMAN, S. Professor – intensificação do trabalho e o uso da voz. **Audiol. Commun. Res.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 162-170, 2013
- XAVIER, I; SANTOS, A; et al. Saúde vocal do professor: intervenção fonoaudiológica na atenção primária à saúde. **Revista CEFAC**. Ed 15; n4. Jul-ago. Págs: 976-985. 2013.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## VALIDAÇÃO DO CURSO SAÚDE VOCAL EM FOCO NA MODALIDADE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE VOCAL E OTIMIZAÇÃO DO VOICEGUARD

Maxsuellen Facundo de Moura<sup>1</sup>(IC)\*, Daniele de Araújo Oliveira Carlos<sup>2</sup>(PG), Lana Paula Crivelaro Monteiro de Almeida<sup>3</sup>(PQ), Denise Klein Antunes<sup>1</sup>(PQ), Christina Cesar Praça Brasil<sup>4</sup>(PQ)

1. Curso de Fonoaudiologia, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil;

2. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil;

3. Núcleo de Educação a distância, Universidade de Fortaleza, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil;

4. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: mfacundo@edu.unifor.br

Palavras-chave: Voz. Promoção da Saúde. Educação a distância. Tecnologia Educacional. Estudos de Validação.

### INTRODUÇÃO

Estudos apontam que as alterações vocais comprometem as uniões afetivas, as maneiras de comunicar-se diariamente, as escolhas de distração, os propósitos particulares, o desempenho da profissão, as tentativas para conquistar um trabalho ou, ainda, para o almejado avanço social e profissional; principalmente naquelas funções que utilizam a voz como principal instrumento de trabalho (BEHLAU et al., 2001; BRASIL, 2016).

A literatura indica que os professores são vítimas dessas modificações vocais, o que impacta na qualidade de vida e causa insatisfação por parte dos alunos durante a aula, uma vez, que a voz perde suas características físicas, comprometendo o processo de ensino e aprendizagem. Quando a voz adocece, o professor passa a ter dificuldades para promover, sensibilizar, se relacionar e fazer com que o aluno participe do processo de ensino-aprendizagem de forma satisfatória, além de sentir-se desestimulado com tal situação (CIELO; RIBEIRO; HOFFMANN, 2015).

Diante do exposto, fica evidente que a docência exige grande demanda vocal, sendo constatada uma série de problemas vocais entre os que a exercem, uma vez que poucos professores possuem preparo para o uso profissional da voz (CIELO et al., 2016). Diante desse contexto, desenvolveu-se um curso na modalidade educação a distância (EaD) para promover a saúde vocal de professores e outros profissionais da voz e otimizar a utilização do aplicativo VoiceGuard. Isso traz como consequência a necessidade de avaliar a qualidade e a eficácia dessa tecnologia em EaD, antes da sua ampla disponibilização na plataforma MiriadaX.

Estudos apontam a importância da avaliação de conteúdo de novas tecnologias por especialistas, uma vez que é nesta etapa que será determinado se o produto condiz positivamente com propósito a ser atendido (BELLUCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). Deste modo, a avaliação retrata também uma forma de capturar as visões e as interpretações de um produto específico (BLUMER, 1969; HAGUETTE, 2007).

A avaliação de um artefato tecnológico por especialistas, antes da sua divulgação e ampla disponibilização, demonstra ética e responsabilidade da equipe responsável em relação ao produto desenvolvido, bem como ao público-alvo; uma vez que a opinião dessas pessoas gera sugestões e opiniões capazes de mudar o artefato produzido, ampliando a sua eficácia e a satisfação do usuário (CHAMPAGNE et al., 2011).

Diante do exposto, acredita-se que a validação e o aprimoramento do curso em EaD “Saúde Vocal em Foco”, com orientações sobre o uso do aplicativo VoiceGuard, poderá contribuir de forma efetiva para a promoção da saúde vocal e para os processos de Educação em Saúde com apoio em tecnologias digitais. Esse curso poderá favorecer uma melhor preparação dos professores para utilizarem a voz como instrumento de trabalho, reduzindo riscos ocupacionais, melhorando a qualidade vocal e otimizando a utilização do aplicativo.

Assim, o presente estudo objetivou, validar um curso na modalidade a distância, junto a fonoaudiólogos especialistas para avaliar sua eficácia antes da disponibilização na plataforma MiriadaX.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo, aplicado de produção tecnológica e qualitativo, com respaldo no Design de Interação Participativo (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013). O design de Interação Participativo enfatiza a importância do olhar do usuário no desenvolvimento de ferramentas tecnológicas. Diante do exposto, o curso em EaD foi embasado a partir das necessidades apontadas pelos professores que fizeram o uso do aplicativo VoiceGuard em sua fase de validação. Portanto, desde a primeira etapa até a validação, a visão dos usuários é de extrema importância, admitindo as fases de *design*, *redesign* e avaliação.

O propósito das pesquisas aplicadas é solucionar problemas ou necessidades concretas e imediatas (APPOLINÁRIO, 2004). Desta forma, a pesquisa aplicada consiste na concepção de novos artefatos ou o aumento da eficácia de produtos já existentes (PARRA FILHO; SANTOS, 2012). Assim, este método iguala-se com a concepção do curso em EaD sobre Promoção de Saúde Vocal, o qual foi desenvolvido utilizando o ambiente virtual de aprendizagem Mooc - plataforma Miríada X da Universia, com a participação de uma equipe interdisciplinar composta por uma bolsista PIBITI/CNPq, uma professora do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva e a equipe do Núcleo de Educação a Distância (NEaD) da Universidade de Fortaleza, no período de agosto de 2016 a junho de 2017.

O teste de validação do curso em EaD ocorreu em maio de 2017, na Universidade de Fortaleza, Ceará, com cinco fonoaudiólogos-especialistas que atuam nas áreas de voz e/ou saúde coletiva. Para a inclusão destes na amostra, adotaram-se os seguintes critérios: atuar nas áreas de voz e ou saúde coletiva, ter titulação mínima de especialista, ter disponibilidade para participar da atividade proposta, ser graduado há mais de três anos e ter acesso à Internet em suas residências.

O curso “Saúde Vocal em Foco” foi apresentado aos fonoaudiólogos-especialistas para a realização do teste de validação, individualmente e em pequenos grupos. Nessa ocasião, os fonoaudiólogos foram apresentados à ferramenta pela pesquisadora, a qual os ajudou a fazerem o *login* e os instruiu a navegarem pela plataforma do curso individualmente. Cada especialista teve, em média, 3 horas para a exploração do ambiente virtual.

Após os participantes fonoaudiólogos-especialistas explorarem o ambiente, preencheram um formulário de avaliação do curso em EaD, o qual se embasa nas propostas de Alexandre e Coluci (2011) e Teixeira e Mota (2011), onde é indicada a quantidade ideal de especialistas na validação de produtos. O formulário de avaliação do curso em EaD por fonoaudiólogos-especialistas constitui um questionário estruturado com base na escala de Likert, proposta por Rensis Likert em 1932. O instrumento contempla um conjunto de itens que auxiliam a verificar a opinião dos especialistas sobre o curso, de forma estruturada, a partir de pontuações atribuídas a categorias apresentadas em uma escala. Em seguida, ao responderem as questões propostas, os fonoaudiólogos fizeram observações e sugestões, os quais abordam a avaliação referente aos objetivos, estrutura e apresentação, e relevância do curso ofertado.

Diante das opiniões expressas e visando à preservação das identidades dos participantes, adotou-se a letra “F” seguida dos números de 1 a 5. Assim, “F1” significa fonoaudiólogo 1 e assim sucessivamente.

Para a análise dos dados obtidos a partir da escala de Likert, os itens apresentaram-se em quatro níveis de valoração: Inadequada (valor 1); Parcialmente Adequada (valor 2); Adequada (valor 3) e Totalmente Adequada (valor 4). Abaixo de cada um dos blocos de questões, o instrumento traz espaços para que os especialistas registrem outras observações ou sugestões que considerem necessárias sobre o curso em avaliação.

Os dados coletados foram tratados com base no Índice de Validação de Conteúdo (IVC) (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003), o qual preconiza que o IVC verifica “a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos juízes”, ou seja, a quantidade de itens que se apresentam com avaliação adequada (valor 3) e totalmente adequada (valor 4). Ressalta-se que, para ser aprovado, o item precisa obter valor a partir de 0,76 até 1 (hum). Valores abaixo de 0,76 significam que o item precisa ser revisado.

A interpretação dos resultados está ancorada no Design de Interação Participativo (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013) e nas referências que versam sobre Educação a Distância.

A presente pesquisa está de acordo com a Resolução do CNS nº 466/12, cujo projeto obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob o parecer nº 2.011.129.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Curso Saúde Vocal em Foco ora desenvolvido foi avaliado por fonoaudiólogos-especialistas para verificar se poderá vir a atender às expectativas dos usuários quando for disponibilizado na plataforma para a qual foi desenvolvido. Enfatiza-se a importância do Design de Interação Participativo (ROGERS; SHARP; PREECE, 2013) nesse processo, pois esta metodologia propõe um método de avaliação que possibilita verificar a aceitação do produto pelos usuários. Essa técnica de usabilidade do produto no momento da validação consiste em atender a diferentes critérios, determinando um elevado nível de participação dos usuários. Esse processo, quando realizado de forma eficaz, eleva as chances de entregar um produto que trará alto nível de satisfação para o usuário.

No tópico que versa sobre os objetivos do curso, os especialistas demonstraram, em nove dos 10 itens, um elevado nível de satisfação (valores do IVC entre 0,8 e 1). Apenas no tópico que aborda “a linguagem utilizada está compatível com o público-alvo”, foi avaliada pelos especialistas como insatisfatória (IVC = 0,6). Isso aponta para a necessidade de novos ajustes, como relatam os participantes:

“Eu acho que a linguagem está muito... É muito formal. Eu preciso entender claramente tudo o que está sendo dito e o leigo também precisa saber.” (F2); e

“O grande problema desse tópico está no fato de alguns vídeos terem a linguagem muito sofisticada...” (F5).

No que se refere a análise da estrutura e apresentação do curso, todos os itens, apresentaram um elevado nível de satisfação (valores do IVC igual a 1), o que significa a adequação desses aspectos para a disponibilização da ferramenta para os usuários, o qual pode ser percebido pelo grau de satisfação nos trechos de fala a seguir:

“Gente, essa plataforma é muito interessante e atrativa! O que mais gostei foi esse jogo de cores... são vivas, fortes e convidam a gente a usar cada vez mais... Além disso, achei muito interativo. Gostei também do estilo da letra...” (F1)

“O que pude perceber é uma estrutura sequencial, lógica... ela deixa o curso muito versátil, muito convidativo, sem falar da arrumação e da disposição dos vídeos e dos PDF's! Esse curso é, de fato, algo diferente. Você abusou na ousadia e acho isso fantástico. Estou muito orgulhosa de participar da avaliação de uma plataforma que será tão útil para profissionais que trabalham com a voz.” (F2)

Nos estudos que se propõem a falar sobre avaliação de curso EaD, plataformas virtuais e aplicativos, é notório que, nos quesitos estrutura e apresentação, os avaliadores relatam que a apresentação da ferramenta tecnológica (cores, organização do conteúdo, sequência das telas, entre outros) é muito importante para a boa comercialização do produto (PERRY; EICHLER; RESENDE, 2012). Mais que isso, esses quesitos são ferramentas fundamentais para que o produto tenha sucesso, seja acessado e visualizado cada vez mais. Diante disso, acredita-se que a plataforma “Saúde Vocal em Foco” atingirá o público-alvo com sucesso, uma vez que todos os seus itens relacionados à apresentação e estrutura foram avaliados de forma muito positiva pelos especialistas.

O último tópico avaliado refere-se à relevância do curso, nesse domínio, os avaliadores também demonstraram um elevado nível de satisfação (valores do IVC = 1), todos os profissionais foram unânimes em dizer que o ambiente virtual ora apresentado é, de fato, um ambiente diferente e inovador como relatado nesse trecho:

*“... hoje estou muito feliz por você ter desenvolvido um trabalho tão bonito, tão importante e que será útil na nossa prática profissional”.* (F5).

Apesar das avaliações positivas, os fonoaudiólogos apontaram que há necessidade de ajustes para que o ambiente virtual esteja adequado para auxiliar os usuários nos cuidados com a voz, como relatam os participantes:

“Existem alguns detalhes que precisam ser verificados, como por exemplo: o quiz não funcionou para mim. Não consegui marcar o item correto. Isso dificulta o entendimento, porque eu fiquei me perguntando: e agora? Faça o quê? Ainda me perguntei se seria possível refazer o quiz quando assistisse novamente às aulas.” (F3)

“A linguagem utilizada em alguns vídeos precisa ser repensada. Por alguns momentos me perguntei se pessoas leigas entenderiam o que está sendo dito... E sabe o que mais? Eu não consigo responder ao quiz... Esses pontos precisam ser mais bem configurados ou instalados [referindo-se ao funcionamento desses recursos].” (F4)

Segundo Rogers, Sharp e Preece (2013), a usabilidade e a aceitabilidade do produto são realizadas por meio do processo de avaliação. Quando esse processo é bem realizado, aumentam as chances de entrega de um produto final mais completo e atendendo a todas as expectativas do cliente final, nesse caso, os profissionais da voz. É importante lembrar que o processo de avaliação está no centro do *design* de interação e é exatamente esse processo que assegura que o produto avaliado seja usado com êxito.

## CONCLUSÃO

O curso em pauta foi desenvolvido baseado nas necessidades de professores que participaram da validação do VoiceGuard, as quais relataram, durante os grupos focais, que era necessário uma ferramenta que auxiliasse a utilizar o aplicativo, bem como algo que gerasse um conhecimento maior, quando o assunto se trata de saúde vocal. A partir dessas sugestões, desenvolveu-se neste curso, uma tecnologia com potencial para ampliar a promoção da saúde vocal desses profissionais, uma vez que esta ferramenta gera conhecimento sobre o tema.

Os resultados evidenciaram que o Curso Saúde Vocal em Foco é uma ferramenta relevante para promoção da saúde vocal, apresentando Índice de Validação de Conteúdo (IVC) de 0,8 a 1 na maioria dos itens do questionário,

com exceção do item, “a linguagem utilizada está compatível com o público-alvo” o qual obteve IVC igual a 0,6, indicando a necessidade de revisão. Além dos resultados do IVC, as falas dos participantes mostraram elevada satisfação com a ferramenta, especialmente com relação ao conteúdo, à estrutura física e à eficácia.

Diante do exposto, acredita-se que os objetivos deste estudo foram plenamente atingidos com o desenvolvimento do curso em EaD Saúde Vocal em Foco, o que é enfatizado pelos participantes, ao apontarem que um dos seus diferenciais mais relevantes consiste no fato de que ele poderá oferecer formação sobre saúde vocal e subsidiar o uso do aplicativo VoiceGuard. Ademais, o potencial tecnológico inovador do curso para a promoção da saúde vocal possibilita uma melhor preparação vocal dos professores, auxiliando na redução de riscos ocupacionais, na melhoria da qualidade vocal, na divulgação e na otimização do uso do VoiceGuard.

Ressalta-se, ainda, que além dos professores outros profissionais da voz também poderão utilizar e beneficiar-se com o curso desenvolvido.

## REFERÊNCIA

- APPOLINÁRIO, Fabio. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2004.
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011
- BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 65, n. 5, p.751-757, out. 2012.
- BEHLAU, M. et al. Avaliação de voz. In: BEHLAU, M. **Voz: o livro do especialista**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- BLUMER, Herbert. **Symbolic interactionism, perspective and method**. California: Prentice-Hall, 1969.
- BRASIL, C. C. P; SILVA, R. M. **A voz da professora na integralidade em saúde**. Fortaleza: Edições UFC, 2016.
- CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-40.
- CIELO, Carla Aparecida; RIBEIRO, Vanessa Veis; HOFFMANN, Carla Franco. Sintomas vocais de futuros profissionais da voz. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 34-43, jan./fev. 2015.
- CIELO, C. A. et al. Perfil vocal, ocupacional e de saúde geral de docentes de Santa Maria/RS. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 635-648, maio/jun. 2016.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- PARRA FILHO, Domingos.; SANTOS, João Almeida. **Metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: Cengage, 2012.
- PERRY, G.T; EICHLER, M.L; RESENDE, G. Avaliação de usabilidade do Mobiteste, um aplicativo educacional para dispositivos móveis. **Info Design, Revista Brasileira de Design da Informação / Brazilian Journal of Information Design**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 70-87, 2012.
- ROGERS, Yvonne; SHARP, Helen; PREECE, Jennifer. **Design de interação: além da interação humano-computador**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.
- TEIXEIRA, Elizabeth; MOTA, Vera Maria Sabóia de Souza (Org.). **Tecnologias educacionais em foco**. São Paulo: Difusão, 2011.
- WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, [s.l.], v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao CNPq e a Fundação Edson Queiroz/Universidade de Fortaleza por apoiarem e subsidiarem esta pesquisa, em seguida aos professores e orientadores pelo apoio e estímulo.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL DE RECEPTORES DE FÍGADO E INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Natália de Lima Vesco<sup>1</sup>, Luciana Vládya Carvalhedo Fragoso<sup>2</sup>, Naiana Pacífico Alves<sup>3</sup>, Maria Isis Freire de Aguiar<sup>4</sup>, Francisca de Melo Beserra<sup>5</sup>, Nathália Gonçalves de Oliveira<sup>6</sup>.

*1 Enfermeira. Especialista em transplante pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em atenção hospitalar à saúde. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*3 Acadêmica de enfermagem na Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-Ceará- Brasil.*

*5 Enfermeira. Mestre em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*6 Enfermeira. Residente em transplante pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em atenção hospitalar à saúde. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.*

Email:nataliavesco@gmail.com

Palavras-chave: Infecção hospitalar. Transplante de fígado. Epidemiologia.

### INTRODUÇÃO

O transplante de fígado constitui-se de uma modalidade terapêutica efetiva nas doenças hepáticas avançadas, possibilitando a melhoria na qualidade de vida de pacientes que aguardam na fila para transplante. Apesar do sucesso do Transplante Hepático (TH), as infecções pós-cirúrgicas ainda permanecem como uma das principais complicações e causas de mortalidade (VAN HOEK; DE ROOIJ; VERSPAGET, 2012).

Durante o pós-operatório precoce, as infecções podem ser causadas por bactérias, fungos ou vírus. Fatores como permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), transfusões intraoperatórias, retransplante, diálise pós-transplante, reoperação, ventilação mecânica, instalação de sonda vesical de demora e outros procedimentos invasivos podem tornar esses pacientes mais propensos a adquirir infecções (ROMERO; RAZONABLE, 2011; VAN HOEK; DE ROOIJ; VERSPAGET, 2012)

Os cuidados com as vias aéreas, trato urinário, corrente sanguínea, sitio cirúrgico e trato gastrointestinal (TGI) são essenciais para prevenção de infecções. Além disso, a regulação imunológica é uma necessidade de todos os pacientes submetidos a transplante devido ao uso de imunossupressores, independente da doença de base, por isso toda equipe de saúde deve enfatizar a prevenção e o controle de infecção em pacientes imunossuprimidos (CARVALHO et al., 2007).

Considerando a complexidade do procedimento cirúrgico, o paciente demanda uma assistência multiprofissional, em particular de enfermagem, por ser uma assistência contínua. A equipe de enfermagem possui um papel fundamental na prevenção de infecções pós-transplante, pois atua diretamente nos cuidados pós-operatórios.

A identificação do perfil de pacientes submetidos ao TH e a incidência de infecções poderá contribuir para o planejamento da assistência, reduzindo a incidência de infecções e suas complicações, favorecendo o sucesso do transplante e contribuindo para promoção da saúde dos transplantados. Ações direcionadas para a promoção da saúde desenvolvidas nos hospitais podem conduzir o indivíduo e sua família na busca

de uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, as equipes assistenciais desempenham um papel importante na vida do paciente e de sua família durante o período de internação (SILVA et al., 2011).

Diante do exposto, objetivou-se identificar o perfil de receptores de fígado do ano de 2015 e a incidência das infecções relacionadas à assistência à saúde durante o primeiro mês do pós-operatório.

### METODOLOGIA

Estudo retrospectivo com abordagem quantitativa, realizado em um centro de referência nacional em TH, no município de Fortaleza, Ceará.

A população foi composta pelos pacientes submetidos ao transplante de fígado no ano de 2015. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para determinação da amostra: pacientes maiores de 18 anos, submetidos ao procedimento cirúrgico no ano de 2015. A amostra totalizou 127 receptores de fígado.

A coleta de dados foi realizada de outubro a dezembro de 2016, com aplicação de um instrumento elaborado pelos próprios autores, adaptado com as informações existentes nas fichas de acompanhamento do pré e pós-



TH, bem como as fichas de notificação e investigação de infecções relacionadas à assistência à saúde, contendo algumas características sociodemográficas, clínicas, cirúrgicas e pós-cirúrgicas, sobre o receptor e o procedimento do transplante.

Os dados foram descritos em média e mediana, para variáveis escalares, e frequência e percentual, para as variáveis categóricas. Para análise estatística, utilizou-se o programa *Microsoft Excel 2016*.

Foram obedecidos todos os princípios éticos e legais regidos pela pesquisa em seres humanos, após obter aprovação emitida pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição hospitalar, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n. 57929316.1.0000.5045.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 127 pacientes avaliados, 21,2% (n=27) apresentaram Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) durante o primeiro mês do pós-operatório de TH. Houve predominância do gênero masculino (n=80; 63,0%), com faixa etária média de 51,1 anos, provenientes da região nordeste (n=87; 68,5%). Na tabela 1 é possível comparar as características sociodemográficas entre os pacientes que desenvolveram e não desenvolveram infecção no PO.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica de pacientes transplantados hepáticos no ano de 2015 estratificados por presença ou ausência de infecção relacionada à assistência à saúde.

Variáveis (n=127)	Sem infecção (n=100) % (n) ou média	Com infecção (n=27) % (n) ou média
<b>Sexo</b>		
Masculino	66,0 (66)	51,8 (14)
Feminino	34,0 (34)	48,2 (13)
<b>Idade*</b>	54,6	47,6
18-39 anos	14,0 (12/86)	26,9 (7/26)
40-59 anos	45,3 (39/86)	53,9 (14/26)
60-74 anos	40,7 (35/86)	19,2 (5/26)
<b>Região de origem</b>		
Nordeste	68,0 (68)	70,4 (19)
Norte	24,0 (24)	22,2 (6)
Sudeste	6,0 (6)	7,4 (2)
Sul	2,0 (2)	-

\*Alguns dados inexistentes ou indisponíveis.

Estudos demonstram que receptores de fígado do sexo masculino apresentam mais IRAS (KALPOE et al., 2012; JUNTERMANN et al., 2015) além de mais doenças do fígado (BATISTA et al., 2012; MENDES et al., 2016), quando comparado às mulheres.

Estudo de coorte retrospectivo, realizado com 175 receptores de fígado, mostrou que dos 14 pacientes que apresentaram IRAS, todos eram maiores de 50 anos de idade, com média de 57 e intervalo de 52-71 anos (KALPOE et al., 2012), diferindo do resultado da atual pesquisa.

A maioria dos pacientes foi proveniente do mesmo estado onde se localiza a instituição hospitalar estudada (n=87; 78,5%), pois, por ser referência em TH, a instituição recebe pacientes de diversos Estados do Brasil, principalmente das regiões Norte e Nordeste.

Na caracterização clínica, a maior proporção foi de pacientes pertencentes ao grupo sanguíneo tipo O (n=62; 48,8%). A principal causa para indicação do transplante foi cirrose por hepatites virais (n=66; 52,0%), com predominância do vírus C (n=44; 66,7%), seguido do vírus B (n=14; 21,2%) e D (n=8; 12,1%).

A maioria dos enxertos foi proveniente de doadores falecidos (n=123; 96,6%), com média do tempo de espera na lista de transplante de 83,4 dias e a classificação do indicador de gravidade Model for End-Stage Liver Disease (MELD) no dia da cirurgia foi de 24,5 pontos. Em relação à média dos dias de internação hospitalar em até 30 dias antes da cirurgia foi de 3,3 e em até 30 dias após a cirurgia foi de 21,8. Durante o primeiro ano da realização da cirurgia, no total, 22 (17,3%) pacientes faleceram. A comparação dessas variáveis entre os pacientes que desenvolveram e não desenvolveram infecção no PO está descrita na tabela 2.



**Tabela 2** – Caracterização clínica de pacientes transplantados hepáticos no ano de 2015

<b>Variáveis (n=127)</b>	<b>Sem infecção (n=100)</b> % (n) ou média	<b>Com infecção (n=27)</b> % (n) ou média
<b>Grupo sanguíneo</b>		
O	47,0 (47)	55,5 (15)
A	38,0 (38)	29,6 (8)
B	11,0 (11)	14,9 (4)
AB	4,0 (4)	-
<b>Indicação do transplante†</b>		
Hepatite Viral	52,0 (52)	51,8 (14)
Hepatocarcinoma	42,0 (42)	33,3 (9)
Cirrose alcoólica	28,0 (28)	22,2 (6)
Cirrose criptogênica	16,0 (16)	11,1 (3)
Outros	10,0 (10)	18,5 (5)
<b>Retransplante</b>	3,0 (3)	7,4 (2)
<b>Doador falecido</b>	98,0 (98)	92,6 (25)
<b>Doador vivo</b>	2,0 (2)	7,4 (2)
<b>Dias de espera em lista</b>	94,2	72,6
<b>MELD</b>	23	26
<b>Dias de internação no pré-operatório</b>	4,2	2,5
<b>Dias de internação no pós-operatório</b>	12,4	31,3
<b>Óbitos até 1 ano</b>	18,0 (18)	14,8 (4)

MELD: Model for End-Stage Liver Disease; † Alguns pacientes tinham mais de uma doença.

Pesquisas apontam dados semelhantes sobre a tipagem sanguínea de receptores de fígado, com predominância do tipo O, seguido do tipo A, B e AB, respectivamente (BATISTA et al., 2012; MENDES et al., 2016).

As principais indicações para o transplante encontradas em estudo realizado com receptores de fígado diagnosticados com IRAS, foram as hepatites virais (6; 43,0%), seguida de hepatocarcinoma (5; 36,0%) e cirrose alcoólica (3; 21,0%), corroborando com a presente pesquisa (KALPOE et al., 2012).

O retransplante tem sido apontado como um dos fatores de risco para infecção pós-transplante, podendo estar relacionado ao aumento da possibilidade de contaminação (SUN; CACCIARELLI; SINGH, 2011; VAN HOEK; DE ROOIJ; VERSPAGET, 2012). Corroborando com o resultado deste estudo, a maior porcentagem de retransplante foi relacionada aos pacientes que apresentaram infecção.

Apesar de algumas pesquisas apontarem um elevado escore MELD (>30) como um dos fatores de risco para infecção pós-transplante (SUN; CACCIARELLI; SINGH, 2011; VAN HOEK; DE ROOIJ; VERSPAGET, 2012), um estudo retrospectivo concluiu que o escore elevado não está associado a maior incidência de infecções, mas à mortalidade significativamente maior no caso de septicemia (JUNTERMANN et al., 2015). Neste estudo, os pacientes com infecção apresentaram um escore MELD maior em relação aos pacientes não infectados.

Os pacientes infectados ficaram hospitalizados por um tempo significativamente maior (média= 31,3 dias) após o transplante, quando comparados com os não infectados (média= 12,4 dias). A prolongada internação após a cirurgia está associada a maiores taxas de infecção, pois quanto mais dias hospitalizados, maior a chance de colonização de microorganismos e desenvolvimento de IRAS, uma vez que os pacientes ficarão expostos à pressão seletiva no ambiente hospitalar, maior quantidade de procedimentos invasivos e manipulação por parte dos profissionais (OLIVEIRA et al., 2012).

Em relação à IRAS, dos 27 pacientes diagnosticados durante o pós-operatório, um apresentou dois tipos de IRAS, totalizando 28 diagnósticos. A maior prevalência foi a sepse clínica (n=11; 39,3%), conforme tabela 3.

**Tabela 3** – Tipos de infecções relacionadas à assistência à saúde até 30 dias pós-cirurgia, em pacientes transplantados hepáticos no ano de 2015.

Variáveis	% (n)
Episódios de infecção	22,0 (28/127)
Tipo de infecção	
Sepse clínica	39,3 (11/28)
Trato respiratório	17,9 (5/28)
Trato urinário	14,3 (4/28)
Sítio cirúrgico	10,7 (3/28)
Gastrintestinal	10,7 (3/28)
Corrente sanguínea	7,1 (2/28)

A sepse apresentou o maior número de infecções neste estudo, considerada como um problema mundial que pode causar a falência de múltiplos órgãos e a morte (SILVEIRA et al., 2015). A não detecção, detecção tardia ou tratamento inadequado de infecções podem contribuir para o desenvolvimento de sepse no pós-transplante, por isso é importante que profissionais tenham maior atenção e cuidado na realização de procedimentos em pacientes no período pré e pós-operatório a fim de reduzir as taxas de septicemia.

O segundo principal tipo de infecção foi do trato respiratório, que pode estar relacionado ao uso de dispositivos de ventilação invasivos, pois estes apresentam-se como porta de entrada ou meio de cultura para microorganismos. A necessidade de ventilação e diálise prolongada estão relacionadas ao aumento do risco de infecções bacterianas (ROMERO; RAZONABLE, 2011).

Infecções do trato urinário tem sido relacionadas a inadequada utilização de sonda vesical, como técnica incorreta, calibre do cateter inadequado, falha no manuseio do circuito, tempo de permanência do cateter, entre outros (BARROS; KERBAUY; DESSUNTI, 2013).

Estudo com pacientes transplantados realizou uma análise univariada, mostrando que o aumento de infecções pós transplante está associado significativamente a permanência prolongada na UTI, necessidade de nutrição parenteral e necessidade de transfusão sanguínea (VERA; CONTRERAS; GUEVARA, 2011).

## CONCLUSÃO

Diante da casuística de 127 receptores de fígado, foi possível identificar e comparar o perfil dos pacientes que foram diagnosticados com IRAS no primeiro mês do pós-operatório de TH, através de algumas informações sociodemográficas, clínicas, cirúrgicas e pós-cirúrgicas. Foram identificados 28 diagnósticos de IRAS em 27 pacientes, com maior prevalência para a sepse clínica, seguida de infecção do trato respiratório, urinário, sítio cirúrgico, TGI e corrente sanguínea.

A identificação do perfil de pacientes submetidos ao transplante e a incidência das IRAS poderá contribuir para a reflexão dos profissionais acerca dos cuidados prestados no período pós-operatório, favorecendo a realização do planejamento de intervenções que possam reduzir a incidência de infecções, contribuindo para promoção da saúde e sobrevida dos transplantados.

O ambiente hospitalar apresenta-se como um espaço onde se pode pensar em promoção da saúde, educação em saúde e criação de vínculos, uma vez que as equipes assistenciais desempenham papel importante na vida do paciente e de sua família durante o período de internação. Através do cuidado baseado em escuta ativa, respeito, estabelecimento de confiança e boa interação entre paciente e profissional, a enfermagem pode contribuir para o empoderamento dos pacientes para que tenham uma vida saudável após o transplante.

## REFERÊNCIAS

- BATISTA, T. P. et al. Emprego do escore MELD para a predição da sobrevivência pós-transplante hepático. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 105-111, abr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912012000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 30 ago. 2017.
- BARROS, S.K.S.A.; KERBAUY, G.; DESSUNTI, E.M. Catheter-associated urinary tract infection: antimicrobial sensitivity profile. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 1005-1013, Sep. 2013. Available from: <[http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1325/pdf\\_1](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1325/pdf_1)>. Access on: 26 Aug 2017. CARVALHO, D.V.

et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório de transplante hepático por cirrose etílica e não-etílica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 682-687, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 ago 2017.

JUNTERMANN, B. et al. Infectious complications in the era of MELD. **Ann transplant.**, Warsaw, v. 20, n.1, p. 297-302, May. 2015. Available from: <<https://www.annalsoftransplantation.com/download/index/idArt/893122>>. Access on: 20 Aug 2017. KALPOE, J.S. et al. Mortality associated with carbapenem resistant klebsiella pneumoniae infections in liver transplant recipients. *Liver transpl.*, Philadelphia, v. 18, n 4, p. 468–474, Apr. 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/lt.23374>. Access on 18 Ago 2017.

MENDES, K. D. S. et al. Caracterização sociodemográfica e clínica de candidatos a transplante de fígado. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 128-135, abr. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000200128&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000200128&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 30 ago. 2017.

OLIVEIRA, A. C. et al. Infecções relacionadas à assistência em saúde e gravidade clínica em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 89-96, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 30 ago. 2017.

ROMERO, F. A.; RAZONABLE, R. R. Infections in liver transplant recipients. **World Journal of Hepatology.**, Pleasanton, v. 3, n. 4, p. 83–92, April. 2011. Available from: <<http://www.wjgnet.com/1948-5182/full/v3/i4/83.htm>>. Access on: 25 Aug 2017.

SILVEIRA, L.M. et al. Health-related quality of life in sepsis survivors. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 451-459. May/Jun. 2015. Available from: <<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000300019>>. Access on: 20 Aug 2017.

SILVA, M. A. M. et al. Health promotion in hospital settings. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-599, Jun. 2011. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300027&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 15 Aug. 2017.

SUN, H.Y.; CACCIARELLI, T.V.; SINGH, N. Identifying a targeted population at high risk for infections after liver transplantation in the MELD era. **Clin Transplant.**, Copenhagen, v. 25, n.3, p. 420-425, May/Jun. 2011. Available from: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-0012.2010.01262.x/full>>. Access on 20 Aug 2017.

VAN HOEK, B.; DE ROOIJ, B.J.; VERSPAGET, H.W. Risk factors for infection after liver transplantation. **Best Pract Res Clin Gastroenterol.**, London, v. 26, n. 1, p. 61–72, Feb. 2012. Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521691812000054?via%3Dihub>>. Access on: 15 Aug 2017.

VERA, A.; CONTRERAS, F.; GUEVARA, F. Incidence and risk factors for infections after liver transplant: single-center experience at the University Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia. **Transpl. infect. dis.**, Copenhagen, v. 13, n. 6, p 608–615, Dec. 2011. Available from: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-3062.2011.00640.x/abstract>>. Access on: 26 Aug 2017.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## **SOBRE(VIVER): PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS DE PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Márcia Uchôa Mota<sup>1\*</sup>, Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes<sup>2</sup>, Natália de Lima Vesco<sup>3</sup>, Francisco Roberto Pereira de Oliveira<sup>4</sup>, Aline Teles de Andrade<sup>5</sup>, Cláudia Maria Costa de Oliveira<sup>6</sup>.**

*1 Médica nefrologista. Mestre em epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo. Doutora em medicina interna e terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Médica nefrologista. Mestre em saúde coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Enfermeira. Especialista em transplante pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em atenção hospitalar à saúde. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*4 Farmacêutico Clínico. Especialista em transplante pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em atenção hospitalar à saúde. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*5 Psicóloga. Mestre em saúde coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceará-Brasil*

*6 Médica nefrologista. Mestre em medicina clínica pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em ciências da saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

E-mail: nataliavesco@gmail.com

Palavras-chave: Qualidade de vida. Transplante renal. Percepção.

### **INTRODUÇÃO**

A Doença Renal Crônica (DRC) é considerada traumática pelas consequências psíquicas significativas que impactam a vivência do paciente, pois o processo de tratamento é percebido como uma experiência difícil e dolorosa que envolvem significativas mudanças na vida social e familiar, desencadeando sua dependência e a perda da autonomia (VALCANTI, et al. 2012).

O Transplante Renal (TR) é reconhecido como a melhor alternativa para o tratamento da DRC, proporcionando aos pacientes uma melhor Qualidade de Vida (QV) e sobrevida (RANGEL, et al. 2015), permitindo aos pacientes resgatar o bem-estar físico e a capacidade cognitiva, além de (re) inseri-los no contexto social, resgatando a sua autonomia (SANTOS; SANTOS; COSTA, 2011).

O termo QV está inserido amplamente no cotidiano da sociedade contemporânea, sendo incorporado ao vocabulário popular com várias formas de conotação. O termo relaciona-se com aspectos do conhecimento humano tais como: biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante harmonização (inter-relação) (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). No caso desta pesquisa, o termo está associado ao conceito de satisfação, como uma forma humana de percepção do próprio existir, a partir de esferas objetivas e subjetivas, considerando os aspectos inter-relacionais constantes entre tais elementos.

Dessa forma, os pacientes que estão na lista de espera pelo TR criam expectativas em relação a melhoria da sua QV após o procedimento cirúrgico. O TR representa uma possibilidade de tratamento mais definitivo, com uma mudança de vida e transformação de uma realidade extremamente difícil em dias melhores. Pacientes relatam que ter a possibilidade de fazer um transplante ajuda-os a encarar o penoso dia a dia do tratamento dialítico, como um sonho de recomeço (LOPES; SILVA, 2014). Apesar dos benefícios do TR, o procedimento precisa ser entendido como um tratamento e não uma cura da DRC (VALCANTI, et al. 2012). Isso aponta para a importância de uma assistência voltada para as necessidades desses pacientes em relação às expectativas diante do transplante, na perspectiva de avançar na integralidade da atenção à saúde (LOPES; SILVA, 2014). Dessa forma, os profissionais precisam acompanhar o paciente de uma forma integral, uma vez que doenças associadas podem prejudicar o funcionamento do enxerto. Assim como a aderência ao tratamento no pós-transplante, as expectativas que o paciente deposita nesse tratamento também repercutem diretamente na QV.

Portanto, objetivou-se analisar, compreender e comparar as percepções dos pacientes sobre suas expectativas enquanto transplantados renais.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, realizado em um ambulatório de pós TR, localizado em uma instituição hospitalar do município de Fortaleza, Ceará.

Participaram da pesquisa os pacientes transplantados renais com idade maior ou igual a 18 anos, que realizaram o TR com a equipe da instituição do estudo e permaneceram em acompanhamento no ambulatório citado. A determinação da amostra foi feita por conveniência, sendo abordados durante as consultas de rotina no período do estudo. Foram excluídos os pacientes que realizaram transplante duplo, pacientes com falência de enxerto, em tratamento dialítico, em consulta para a retirada dos imunossupressores e pacientes que não aceitaram ou que não concluíram o estudo, totalizando 52 sujeitos.

Os participantes foram divididos em dois grupos de acordo com o tempo de TR. No primeiro, participaram os pacientes submetidos ao transplante de zero a seis meses (grupo A); e no segundo, os pacientes submetidos há mais de 10 anos (grupo B). Tal divisão se mostrou importante para analisar, compreender e comparar o discurso dos participantes sobre aspectos relacionados ao transplante.

A coleta foi realizada no período de setembro a outubro de 2015, por meio de entrevista semiestruturada, com o intuito de melhor captar a realidade investigada. A entrevista abordou questões subjetivas, possibilitando a obtenção de informações a partir dos discursos dos participantes, além de um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra.

As entrevistas foram realizadas em local reservado fornecido pela própria unidade, de forma a proporcionar privacidade aos sujeitos da pesquisa. Para identificar as falas e garantir o anonimato, escolheu-se codificar com a letra P, seguida de um número ordinal, onde do P1 ao P26 estão os pacientes do Grupo A e do P27 ao P52 estão os pacientes do Grupo B.

Todos os discursos foram vinculados às perguntas que lhes deram origem, quais foram: “como o(a) senhor(a) se sente como transplantado(a) renal?” e “o que o(a) senhor(a) sente em relação às suas expectativas com a realização do TR?”. Após análise dos discursos, as respostas foram comparadas por grupo a fim de compreender os aspectos similares e divergentes em relação ao tempo de realização do TR.

A análise dos discursos foi direcionada por Minayo (2007), e adaptada por Assis e Jorge (2010), onde seguiu as etapas de ordenação dos dados, classificação e análise final dos discursos.

Este estudo é um recorte de uma pesquisa mais ampla de mestrado, sobre a qualidade de vida em pacientes transplantados renais de um hospital universitário, através do Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual do Ceará. A pesquisa foi aprovada no comitê de ética da própria universidade, com o CAE:48224315.0.0000.5534, e do Hospital Universitário Walter Cantídio/Universidade Federal do Ceará, com CAE:48224315.0.3001.5045.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 52 pacientes, divididos em dois grupos. O Grupo A corresponde aos 26 pacientes com até 6 meses de TR, assim distribuídos: 65%(17) do gênero masculino; 65%(17) pardos ou negros e 35%(9) brancos; 46%(12) estudaram até o ensino fundamental, 27%(7) até o ensino médio, 15%(4) até o ensino superior e 12%(3) analfabetos; 58%(15) aposentados e 42%(11) recebiam auxílio- doença; 96%(25) receberam rim de doador falecido. O Grupo B é constituído por 26 pacientes com mais de 10 anos de transplante e assim representados: 50%(13) do gênero masculino; 50% (13) pardos ou negros, 42% (11) brancos e 8%(2) amarelos; 38%(10) estudaram até o ensino fundamental, 31%(8) até o ensino médio, 23%(6) até o ensino superior e 8%(2) analfabetos; 50%(13) aposentados, 34%(09) recebiam auxílio- doença, 12%(3) exerciam atividade remunerada e 4%(1) desempregado; 27%(9) receberam rim de doador falecido.

Quando indagados sobre a pergunta “como o(a) senhor(a) se sente como transplantado(a) renal?”, somente no grupo A foi encontrado um discurso de insatisfação com a terapia substitutiva: “*Estou rezando para acordar com saúde. Quem tem família sofre muito, porque eu não consigo sustentar eles*” (P12).

No caso dos pacientes renais crônicos, a rotina de consultas, exames e tratamento dialítico, além das próprias dificuldades físicas acabam por diminuir a capacidade laborativa, promovendo uma queda brusca nesta, na mobilidade e no autocuidado. Em muitos casos, é comum os pacientes dependerem dos familiares para realizar as atividades mais simples, como banho, preparo dos alimentos e locomoção, causando sentimentos de dependência e menos valia.

Após o transplante os pacientes se deparam com novas dificuldades para manter o enxerto funcionante. Além da preocupação e insegurança quanto à rejeição, existem as preocupações com as medicações e seus efeitos colaterais, acesso à consulta, laudos e exames, restrições alimentares, entre outros.

A pesquisa identificou que o conceito de satisfação para os pacientes do Grupo A refere-se principalmente à diminuição e/ou ao término das sessões de hemodiálise, como se vê nos discursos: “*Para o transplante nota 10. Na hemodiálise não é vida de gente, a heparina me dava muita coceira*” (P7); “*Só em não ter que ir para a máquina é uma maravilha*” (P14). Durante a aplicação da entrevista com os pacientes deste grupo, foi possível inferir que entre as principais queixas dos pacientes em hemodiálise está a debilidade física que o procedimento acarreta.

No Grupo B, foi possível identificar nos discursos, que a satisfação com relação ao TR está relacionada às mudanças no cotidiano pessoal e social, como observado a seguir: *“Bem eu me determinei a viver como uma pessoa normal. Casei, estudei, engravidei e tive filhos depois do transplante”* (P51).

Os principais fatores de risco associados ao TR no primeiro ano são as rejeições e as infecções, sendo os episódios infecciosos responsáveis por 49% das principais complicações (SOUSA et al. 2010). Dessa forma, os três primeiros meses após o TR tornam-se fonte de tensão diante desses riscos. Tal cenário é ilustrado através das falas: *“Bem, tem certo incômodo ao deitar. Você sente que tem um órgão ali, mas vem melhorar com o passar dos meses”* (P5); *“Bem, até agora ótimo, o início foi difícil”* (P38).

Sobre suas percepções como transplantados renais, é possível perceber muitos aspectos similares entre os dois grupos. Entretanto observaram-se divergências, como por exemplo: no Grupo A, há discursos nos quais os pacientes declaram estar bem enquanto transplantados, apesar do incômodo que sentem: *“Bem, mas sinto um inchaço”* (P1); *“Bem, tenho certo incômodo ao deitar”* (P5). Já no Grupo B, observa-se satisfação com a condição de transplantados renais, sem apesares: *“Ótima, foi como nascer de novo”* (P39); *“Me sinto bem porque levo uma vida normal”* (P47). Os incômodos relatados pelos pacientes do Grupo A justificam-se pelas condições próprias de um pós-operatório, já inexistentes para os pacientes do Grupo B.

As narrativas ilustram a importância para o modo de enfrentamento de cada paciente após o transplante. De acordo com Ravagnani; Domingos e Miyazaki (2007), a identificação de estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes para “minimizar” o impacto do estresse sobre o organismo, constituem-se fatores importantes da QV antes e depois de procedimentos médicos.

Assim, sobre a percepção dos pacientes dos grupos A e B, têm-se que hegemonicamente há satisfação em relação à condição de transplantado renal, independentemente do tempo de realização da cirurgia. Embora que no Grupo A tenha havido menção aos incômodos decorrentes da cirurgia, 25 dos 26 pacientes declaram-se satisfeitos enquanto transplantados.

Quando questionados sobre suas expectativas com a realização do TR, todos os pacientes revelaram estar satisfeitos, enquanto três do grupo A não demonstraram satisfação diante de suas expectativas.

Diante dos discursos do Grupo A, é comum o desejo de ter uma (sobre) vida comum, “normal”, como as outras pessoas, ou ainda, como tinham antes do adoecimento: *“Viver! Cada dia é uma vitória. Eu não quero me preocupar com quase nada. Quero só viver uma vida comum”* (P1).

Nesse caso, sobreviver ao TR é a maior preocupação dos pacientes, o que faz pensar na teoria de Maslow (1970), que na medida em que as primeiras, ou necessidades mais básicas, fossem satisfeitas, surgiriam às necessidades dos níveis seguintes, até se chegar às mais elevadas. Porém, esta hierarquia não é rígida: necessidades mais elevadas podem surgir antes das mais básicas terem sido completamente satisfeitas, pois estes níveis podem ser interdependentes e justapostos.

Já entre os pacientes do Grupo B, sobreviver significa retomar as atividades da vida diária, com autonomia, mesmo com possíveis limitações decorrentes da dependência das medicações e das visitas sistemáticas ao hospital. Zelar pelo rim, de modo que ele permaneça funcional, sem que haja retorno à hemodiálise; assegurar a manutenção da QV conquistada através do TR; dar continuidade no cuidado à saúde como condição para manter a QV.

O discurso a seguir exemplifica o pensamento crítico dos participantes: *“A gente sabe que é um paliativo. Eu me trato, eu me cuido. É uma perspectiva de QV. Para mim está sendo ótimo”* (P38). O paciente reconhece a condição crônica do seu quadro de saúde, entretanto tem consciência da necessidade de se cuidar, como forma de aumentar a sua QV.

Em alguns discursos, foi possível observar que a fé em Deus tornou-se um fator de cuidado e proteção: *“Estou no saldo. As minhas expectativas estão nas mãos de Deus”* (P39). Ao empregar recursos religiosos como alternativa de enfrentamento às condições de saúde, o paciente utiliza-se de coping religioso, definido como uso das crenças para compreender e lidar com os agentes estressores (VALCANTI et al. 2012).

Os discursos corroboram com a pesquisa de Lopes e Silva (2014), realizada com mulheres em tratamento dialítico, que discute a percepção das mesmas sobre a sessão de hemodiálise como uma gangorra, tendo lados positivo e negativo. Em alguns momentos, um lado pesa mais que o outro.

No que se refere à expectativa do retorno às atividades laborais, apenas um paciente considerou o TR insatisfatório: *“Ficar bom. Sei que não trabalho mais, mas quero pelo menos ajudar em casa”* (P9). No mesmo grupo, foi observado temor por medo de perder o enxerto renal. Assim, o grau de satisfação ainda não é um fator considerado pelo paciente a seguir: *“Eu nem sei dizer. Hoje não tenho aquela confiança de acreditar na minha chance de recuperação, devido aos meus problemas de saúde”* (P8).

Em contraponto, os discursos do grupo de pacientes transplantados há mais de dez anos, referem que o TR possibilitou a retomada das atividades cotidianas mais simples, melhorando significativamente a QV como observado: *“Foi a maior maravilha da minha vida, eu era morto na hemodiálise”* (P30).

Outra informação importante é que os pacientes transplantados há mais de 10 anos, superam as fantasias de cura a respeito da cronicidade da doença renal, tornando-se conscientes das limitações impostas pela condição crônica e usufruindo com melhor QV. *“Foi do jeito que eu esperava. A médica sempre orientou que podia ser pelo resto da vida ou dar problema” (P37).*

Assim, embora no grupo dos pacientes com até 6 meses de cirurgia tenha ocorrido discursos insatisfeitos relacionados às expectativas na realização do TR, 23 dos 26 pacientes declaram-se satisfeitos com o procedimento, enquanto todos os pacientes transplantados há mais de 10 anos revelaram satisfação diante de suas expectativas.

## CONCLUSÃO

O estudo aponta caminhos sobre as percepções e expectativas de pacientes acerca de sua condição como transplantados renais. Por tratar-se de um estudo avaliativo, foi possível identificar que a expectativa dos pacientes está frequentemente vinculada ao desejo de que o enxerto permaneça funcional a fim de que seja possível o retorno às suas atividades cotidianas e laborativas. Depreendeu-se a partir dos discursos, que todos os participantes da pesquisa têm expectativa de não precisar retornar ao tratamento dialítico. Desse modo, percebeu-se que o TR continua sendo uma das mais importantes terapias substitutivas na DRC.

Os pacientes do grupo A apontam as limitações decorrentes da sua condição de transplantados renais de forma mais acentuada do que os pacientes do grupo B. Desse modo, o grupo de pacientes que tem entre 0 e 6 meses de TR reconhece tanto os benefícios quanto as limitações próprias dessa terapia substitutiva.

Os discursos dos participantes estão contextualizados em um tempo histórico e simbólico, o que representa os seus modos de pensar e sentir a experiência do TR como alternativa mais vantajosa para sobrevida em relação ao tratamento dialítico.

Este trabalho contempla o mais representativo sentimento acerca das percepções e expectativas após o TR. O que se pretende é trazer à luz a voz dos sujeitos que vivenciam em si mesmos uma doença crônica, submetidos ao TR, e com isso instigar o desenvolvimento de novos estudos que busquem alternativas de enfrentamento dos reveses próprios da condição de DRC com o fim de garantir uma melhor QV.

Nesse sentido, compreende-se a relevância desse estudo por tratar-se de um tema que contribui para a discussão na promoção da saúde dos pacientes renais crônicos que realizam TR, pois aborda aspectos que impactam na QV dessa população.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa.** São Paulo: Escola de artes, ciências e humanidades, 2012. Disponível em: <[http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf)>. Acesso em: 06 ago 2017.
- ASSIS, M.A.A.; JORGE, M.S.B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. *In*: SANTANA, J.S.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.** p.139-159. Feira de Santana: UEFS, 2010.
- LOPES, S.G.R.; SILVA, D.M.G.V. Narratives of women on hemodialysis: waiting for a kidney transplant. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v.23, n.3, p.680-687, Sep 2014. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000300680&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300680&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 07 Aug 2017.
- MASLOW, A.H. **Motivation and Personality.** Third Edition. Nova Iorque, Longman, 1970. Available from: <<http://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2015/01/Maslow-1954.pdf>>. Access on: 30 Oct 2015.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- RANGEL, L.E.A., et al. Modification of healthrelated quality of life in kidney transplant recipients. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc.** v.53 Supl.1, p.66-673, 2015. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26020668>>. Access on: 06 ago 2017.
- RAVAGNANI, L.M.B.; DOMINGOS, N.A.M.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estud. Psicol. (Natal).** Natal, v.12, n.2, p.177-184, ago 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2007000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2007000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 out 2015.
- SANTOS L.V.A.; SANTOS, A.B.; COSTA, C.M.A. Qualidade de vida relacionada ao domínio relação social em transplantados renais: estudo preliminar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.** UERJ, ano 10, Supl.1,

p.64-72, jan-mar 2011. Disponível em: <[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=124](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=124)>. Acesso em: 06 ago 2017.

SOUSA, S.R., et al. Incidence of infectious complications and their risk factors in the first year after renal transplantation. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v.32, n.1, p.77-84, Mar 2010. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002010000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100013&lng=en&nrm=iso)>. access on: 13 Nov 2015.

VALCANTI, C.C., et al. Religious/spiritual coping in people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v.46, n.4, p.838-45, Aug 2012. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400008&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 06 Aug 2017.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## USO DA TECNOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA COM ENFOQUE NO PRÉ-NATAL: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Antônia Meirivânia de Sousa Santos<sup>1</sup>(IC), Patricia Moreira Costa Collares<sup>2</sup>(PQ), Francisca Francinete de Sousa Nunes Queiroz<sup>3</sup>(PG), Raimunda Magalhães da Silva<sup>4</sup>(PQ), José Eurico Vasconcelos Filho<sup>5</sup>(PQ), Christina César Praça Brasil<sup>4</sup>(PQ)**

*1 Curso de Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;*

*2 Curso de Fisioterapia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE;*

*3 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;*

*4 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE-Brasil;*

*5 Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação – NATI, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE*

*E-mail: meiry.vania@yahoo.com.br*

*Palavras chave: Tecnologia em saúde. Educação em saúde. Atenção básica. Pré-natal.*

### INTRODUÇÃO

A tecnologia pode influenciar e modificar o modo de viver e influenciar nos campos social, econômico e ambiental. Assim, torna-se relevante a incorporação das altas tecnologias nos cenários de assistência, pois implica um redimensionamento do espaço do cuidado (SILVA; FERREIRA, 2009).

Merhy e Feuerwerker (2009) utilizam-se de uma analogia com a “caixa de ferramentas” para classificar três tipos de tecnologia: a dura, que está vinculada à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos) e consome o trabalho de máquinas e seus operadores; a leve-dura, caracterizada pelos saberes (como a Clínica e a Epidemiologia), que refletem a interação médico-usuário de serviço, na qual há uma mediação imposta pelo raciocínio clínico; a terceira é a leve, com fulcro nas relações trabalhador usuário, na produção de suas relações.

Estes três tipos de tecnologias utilizadas na área da saúde (dura, leve-dura e leve) foram exemplificados da seguinte forma: tecnologia dura são ferramentas de trabalho e aparelhos usados na assistência ao paciente, como o estetoscópio utilizado no exame, fichário para anotar prontuário, raio-x, entre outros; tecnologia leve-dura são conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, da enfermeira, do fisioterapeuta; por fim a expressão tecnologia leve se refere à comunicação direta, ao acolhimento, ao respeito à pessoa, à valorização das experiências pessoais de cada um e às necessidades individuais dos pacientes (MACHADO; HADAD; ZOBOLI, 2010).

É fato que as novas tecnologias modificam o cotidiano das pessoas, seja no âmbito laboral ou fora dele. A tecnologia aplicada ao cuidado em saúde constitui fenômeno conducente a uma prática representacional pelos agentes sociais, levando em conta as reconfigurações das relações interpessoais diante do fenômeno das incorporações tecnológicas no dia a dia (SILVA; FERREIRA, 2009).

Na atenção básica, as intervenções devem incluir várias tecnologias, em conformidade com as necessidades dos usuários e disponibilidade dos serviços de saúde, para que eles, por meio desses recursos, possam melhorar suas condições de vida em detrimento do atendimento, que requer tecnologias materiais (COELHO; JORGE, 2009).

Com o avanço das políticas públicas prioritárias voltadas à saúde da mulher, prepararam-se manuais de condutas para os profissionais de saúde, expondo a gravidez e o parto como experiência significativa e enriquecedora, sugerindo, ainda, a iniciação de conceitos de humanização nos serviços de saúde e consentindo ao profissional estabelecer maior vínculo afetivo (CARDOSO; SANTOS; MENDES, 2007).

Para que essas informações cheguem às gestantes, faz-se necessária a presença de um profissional capacitado e sensibilizado para a prática de Educação em Saúde por meio de suportes informacionais, a exemplo das cartilhas, álbuns seriados, *folders*, manuais, mídias interativas, dentre outros modelos de cuidado.

Carvalho, Copetti e Loques Filho (2011) listam uma série de fatores que contribuem para o aumento da adesão e podem ser alcançados por meio de serviços e tecnologias inteligentes que permitam ao profissional de saúde acompanhar de perto a evolução de seu paciente, como, por exemplo: receber continuamente a situação de saúde do paciente, as informações do seu cumprimento do plano de cuidados, o emprego de notificações ao paciente, lembrando-o de realizar as prescrições e a disponibilização de informações aos familiares, favorecendo seu envolvimento e participação no tratamento. A adesão ao acompanhamento pré-natal, por sua vez, refere-se ao cumprimento das orientações dos profissionais de saúde por parte da gestante.

Considerar a tecnologia enquanto fenômeno psicossocial, situado no contexto do cuidado em saúde, significa trazer à tona o que os profissionais pensam e como agem ante a incorporação destas, bem como as mudanças ocorrentes quanto à atuação profissional por conta de sua incorporação (SILVA; FERREIRA, 2009).

Diante da importância da utilização das tecnologias aos serviços de saúde visando à melhoria da qualidade da assistência, questiona-se: Quais as percepções dos profissionais de saúde com o uso de tecnologias na Atenção Básica com enfoque no pré-natal?

Assim, este estudo objetiva conhecer a percepção de profissionais de saúde quanto a usabilidade de tecnologias na assistência pré-natal.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de cunho exploratório, que transcorreu em março e abril de 2013 e versou sobre os depoimentos de 16 enfermeiras sobre a usabilidade de tecnologias durante o atendimento pré-natal. Para a escolha dos sujeitos, adotou-se a amostragem não probabilística intencional, cuja principal característica é não fazer uso de formas aleatórias de seleção. Nesta, o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção etc.) de determinados elementos da população, mas não em sua representatividade numérica (MINAYO, et al., 1994).

A pesquisa aconteceu em quatro Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) do Serviço Público de Fortaleza. A quantidade de respondentes foi calculada à medida que as respostas se repetirem em pelo menos 50% das entrevistas realizadas. As entrevistas com as enfermeiras foram norteadas pela seguinte solicitação: Narre sobre a utilização de *tecnologias em saúde na rotina da unidade básica de saúde, durante o pré-natal*. Ainda nessa ocasião, foi aplicado um questionário para a caracterização socioeconômica das participantes do estudo, abordando o tempo de profissão, bem como a realização de cursos de educação continuada.

A entrevista transcorreu de forma individual, em ambiente apropriado e as respostas foram gravadas sob o consentimento das participantes. Para a análise qualitativa dos aspectos estruturais da entrevista, adotou-se a proposta de Gomes e Mendonça (2002) e Gomes (2007). Este método de análise privilegia a interpretação de sentidos. Para a preservação das identidades das participantes, adotou-se a palavra “Enfermeira” seguida de números de 1 a 16.

Os dados quantitativos obtidos a partir do questionário foram armazenados em planilhas e organizados em tabelas e gráficos, por meio do programa SPSS 20.0.

O referencial que aborda tecnologias em saúde associadas ao pré-natal subsidiou a interpretação dos resultados.

O presente estudo seguiu todos os preceitos éticos previstos pela Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil. Critérios éticos foram obedecidos, de maneira que a fase de coleta de dados foi realizada somente após serem prestados esclarecimentos acerca do propósito da pesquisa e da conduta ética a ser adotada pelo pesquisador, ressalta-se que este estudo constituiu um recorte da tese de doutorado, intitulada “Inovação tecnológica na assistência pré-natal”, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob o parecer nº 189.251.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao tempo de exercício da Enfermagem, verificou-se que sete atuavam a menos de 10 anos; quatro atuavam de 11 a 15 anos; e cinco há mais de 15 anos. Quando questionadas quanto a realização de cursos de pós-graduação, concluído (s) ou cursando, elas relataram Especialização em Saúde Pública/Coletiva ou em áreas específicas (13); Mestrado em Saúde Pública/Coletiva (duas) e/ou cursos outros nessa área de conhecimento (uma).

**Tabela 1.** Caracterização das enfermeiras entrevistadas.

VARIÁVEL	N	%
<b>Tempo de profissão (n = 16)</b>		
<b>0 A 10 anos</b>	07	44%
11 A 15 anos	04	25%
Acima de 15 anos	05	31%
<b>Cursos Educação Continuada (n = 16)</b>		
<b>Especialização em Saúde Coletiva/Pública</b>	07	44 %

Especialização em outras áreas	06	38%
Mestrado em Saúde Coletiva/Pública	02	13%
Outros	01	6%

Fonte: Dados da pesquisa.

Esse grupo de enfermeiras declarou pertencer a Estratégia Saúde da Família (ESF) há um intervalo de tempo de seis meses a 18 anos. Em relação aos treinamentos sobre tecnologias de apoio pré-natal, ofertados pela Secretaria Regional nos últimos dois anos, (sete) alegam nunca terem recebido esse tipo de curso. O tempo de atuação somado aos cursos realizados na área de assistência básica em saúde são elementos que favorecem a melhoria da qualidade da assistência prestada à gestante e demais usuários do serviço (ALBUQUERQUE et al., 2011).

Na atenção básica em saúde e, em particular no pré-natal, embora se reconheça haver emprego de tecnologias, em muitos casos, evidenciou-se pouca familiaridade das participantes com a nomenclatura/definição destas. Ao serem questionadas em relação aos treinamentos nesse campo, discorrem sobre diversos assuntos, mas não falam pontualmente do que foi proposto. Uma enfermeira - com 10 anos de profissão, sendo quatro destes na Atenção Primária a Saúde (APS) - explicita sentir necessidade de *“inovar em termos de cursos para os profissionais”*, vindo como *“importante”* uma iniciativa de cursos sobre tecnologia em saúde (TS), uma vez que passam o *“ano todinho sem ter curso nenhum”*. (Enfermeira 03).

O comprometimento, das entrevistadas, em usar as tecnologias, torna-se importante, pois, ao contar sua história, elas partilham experiências e obtêm ajuda, transformando o pré-natal em um momento de debate esclarecedor (ETGES; OLIVEIRA; CORDOVA, 2011). Evidencia-se também, o bom relacionamento entre enfermeiros e gestantes. Este agradável convívio propicia um atendimento diferenciado, embasado na escuta, no diálogo, confiança e vínculo, pondo em prática o acolhimento efetivado quando os profissionais se interessam por ajudar o usuário (ALBUQUERQUE et al., 2011).

Outro sentido atribuído às tecnologias leves foi o do “diálogo” durante as consultas de Enfermagem. As entrevistadas entendem que nessa ocasião há um potencial para que a grávida se aproxime mais e confidencie suas necessidades. Sobre essas confidências, uma entrevistada expõe: *“Acaba saindo mais pelo nosso diálogo mesmo e a confiança que a gente passa para elas”*. (Enfermeira 07, especialista em saúde pública, 12 anos de profissão, sendo dez destes na APS).

[...] *“tem também na roda”* (Enfermeira 08, 11 anos de profissão, sendo dez destes na APS), no entanto, como lembra outra enfermeira, referindo-se à estratégia “roda de conversa”, que reúne pessoas para discutir temas de seus interesses e projetar medidas coletivas de agir em função do bem-estar coletivo. Trata-se aqui da estratégia pensada de modo participativo e no âmbito de vida cotidiana das pessoas saudáveis, porém, *“sob risco de adoecer”*. O encontro possibilitado pelas rodas de conversa é espaço, portanto, de reflexão e diálogo (livre e participativo), proporcionam uma assistência humanizada e qualificada, colaborando, ainda, para a autonomia dos sujeitos, favorecendo não só a recuperação, mas também a manutenção e a Promoção da Saúde (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Os escritos de Shimizu e Lima (2009) expressam que o enfermeiro deve proporcionar um espaço acolhedor que possibilite diálogo, livre expressão de dúvidas, sentimentos e experiências, favorecendo o empoderamento da gestante. Notou-se, ainda, que as enfermeiras ensejem a consulta para pactuar a continuidade da assistência: *“minhas consultas vão ser sempre com você, assim você vai conhecendo a gestante”* (Enfermeira 09, 11 anos de profissão, sendo quatro destes na APS).

Outros exemplos tecnológicos abordados pelas enfermeiras são os *“vídeos, quando solicitados às Regionais, ou quando trazidos por iniciativa própria”* (Enfermeira 07). Na aquisição de materiais assim tão elaborados, as enfermeiras encontram dificuldades, esbarrando, muitas vezes, na burocracia nos moldes como descritos por uma depoente: *“Existe na regional um kit muito bacana, mas que é uma dificuldade pra gente ter isso daí, é uma burocracia muito grande”*. (Enfermeira 07, 12 anos de profissão, sendo dez destes na APS).

Fazendo menção a mais uma tecnologia em saúde, uma enfermeira declara: *“Eu uso o cartão da gestante, os manuais: tipo esse “saúde da gestante”, que a gente pega, a gente folheia”*. Entretanto, também esse artefato, *“[...] o cartão da gestante, sempre tá faltando e a caderneta é muito difícil vir. Então, tem que tirar xérox e, com pouco tempo, já está rasgada”*. (Enfermeira 13, sete anos de profissão, sendo cinco destes na APS).

Outra categoria de tecnologia referida pelas entrevistadas diz respeito aos suportes de repasse à informação, aqueles que facilitam e dinamizam a aprendizagem como é *“[...] o caso dos folhetos, manuais e cartazes, quando o Ministério da Saúde manda”* (Enfermeira 13, sete anos de profissão, sendo cinco destes na APS).

Nesse sentido, os depoimentos das enfermeiras permitem inferir que tais recursos são oficiais, com maior demanda/oferta, provavelmente, relacionada aos momentos de campanhas; fora delas há carência desse material.

A estratégia da Educação em Saúde também foi significada como tecnologia para “passar conhecimento” (Enfermeira 01). Em duas das UAPS visitadas, as enfermeiras utilizaram-na com esse fim. Do ponto de vista das entrevistadas, “a gente faz Educação em Saúde conversando de pessoa a pessoa”. (Enfermeira 04, 16 anos de profissão, sendo 12 destes na APS).

Acreditam as enfermeiras deste estudo que “[...] elas (se reportando às gestantes) gostam desse encontro (momentos de Educação em Saúde), de maneira que se investe muito no momento da consulta para estar conversando com ela, tirando as dúvidas, deixando ela bem à vontade”. (Enfermeira 02, três anos de profissão, sendo dois destes na APS).

Para uma enfermeira, mestre em Saúde Pública, com cinco três de atuação na APS, por meio dessa estratégia consegue-se “[...] criar um vínculo maior com a gestante do que na própria consulta” (Enfermeira 05).

Outro dado destacado foi à má adaptação dos materiais informativos à população-alvo, como é o caso mencionado por uma entrevistada: “Essa agenda que a gente recebe é importante, só que ela é muito grossa, então como a maioria da nossa população é mais carente, muitos não sabem ler[...] deveria ser um material mais fácil de manuseio que despertasse mais interesse” (Enfermeira 01, sete anos de profissão, sendo cinco destes na APS).

Nesse tocante, Reberte; Hoga e Gomes (2012) chamam atenção para a necessidade de se utilizarem materiais audiovisuais, como álbuns seriados, cartazes ilustrativos e vídeos, considerando-se a população com baixo ou nenhum nível escolar.

A saúde da gestante deve ser considerada de forma a abranger todo o âmbito dessa assistência, indo além de condições biológicas de reprodução, mostrando-lhes todos os direitos de receberem informações, de participarem e usufruírem de tudo.

## CONCLUSÃO

As participantes deste estudo sugerem que haja mais condições de infraestrutura, disponibilização de recursos técnicos e educativos, para, assim, enfrentar de forma resolutiva os obstáculos que surgem, conferindo às gestantes uma assistência que esteja em consonância com os programas ministeriais voltados à saúde da mulher.

Ademais, as enfermeiras destacam o vínculo e a Educação em Saúde como componentes infalíveis na relação entre profissional e gestante. Ademais, as participantes reclamam da carência de tecnologias leve- duras no serviço e sugerem a sua disponibilização, pois estas aprimoram as ações voltadas ao pré-natal.

Nesse sentido, o estudo mostra carências nos serviços e apresenta o olhar das profissionais que vivenciam a falta das tecnologias para a melhoria da atenção pré-natal, evidenciando que a sua ampla disponibilização pode aprimorar a comunicação entre profissionais e pacientes, além de favorecer o envolvimento das gestantes com o momento vivenciado.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F. J. B. et al. Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças dos profissionais. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 28, n. 3, p. 363-70, set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília (DF); 2012.
- CARDOSO, A.M.R.; SANTOS, S.M. dos.; MENDES, V.B. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? **Diálogos possíveis.** Janeiro/junho, p.141-160, 2007.
- CARVALHO, S. T.; COPETTI, A.; LOQUES FILHO, O. G. Sistema de computação ubíqua na assistência domiciliar à saúde. **J. Health Inform.** v.3, n.2, p.51-57 Abril-Junho, 2011.
- COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, (Supl. 1), p.1523-1531, 2009.
- ETGES, M. R.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; CORDOVA, F. P. A atenção pré-natal na ótica de um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 1, p. 15-22, 2011
- GOMES, R. Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2007.

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

MACHADO, E. P.; HADAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Bioethikós** (Centro Universitário São Camilo), v. 4, p. 447- 452, 2010.

MERHY, E. E.; FEUEWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. **Leitura de novas tecnologias**. Salvador: EDUFBA, 2009.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 101-108, 2012.

SHIMIZU, H.E.; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Bras Enferm.** v.62, n.3, p.387-92, 2009.

SILVA, R.C. da; FERREIRA M. de A. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de Enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n.1, p: 169-173, jan./mar., 2009.

SOUZA, V.B.; ROECKER, S.; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO HOSPITAL GERAL COM PACIENTES DE TENTATIVA DE SUICÍDIO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Ivina Alencar de Figueiredo<sup>1\*</sup>(IC), Maisse Leoncio Catunda<sup>1</sup>(IC), Sarenne Pacheco Barbosa Carioca<sup>2</sup>(IC), Anna Karynne Melo<sup>3</sup> (PG), Christina Cesar Praça Brasil<sup>3</sup>PG).

1 Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;

2 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE;

3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

E-mail: sarennepbc@hotmail.com

Palavras-chave: Suicídio, Psicologia; Fenomenologia.

### INTRODUÇÃO

A palavra suicídio surgiu no século XVII, na Inglaterra, na obra do Inglês Sir Thomas Browne, chamado Religio Médico, publicada em 1642 (MELEIRO; TENG; WANG, 2004). Foram encontrados registros pela primeira vez do termo suicídio em um dicionário na Inglaterra, em 1661 - Oxford English Dictionary - segundo Alvarez (1999).

A partir da compreensão da natureza multifatorial que constitui as causas do fenômeno do suicídio, hoje, entende-se que ações de auto agressão que resulta memóbito ou em pacientes com grandes gravidades de internação são, muitas vezes, resultantes do somatório de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômico se culturais. A partir disso, uma série de variáveis deve ser levada em consideração quando se entra em contato com um indivíduo imerso em perspectivas que o fazem agir contra o seu próprio instinto de sobrevivência (ABREU et al.,2010).

Partindo do pressuposto que o sofrimento e a dor são singulares ao indivíduo, o ato suicida se caracteriza por ser de alto grau de complexidade, além disso, percebe-se que as vivências que podem fazer com que um indivíduo cometa um ato como esse se diferencia em cada ser humano. É um momento de intenso sofrimento, diminuição do universo pessoal e sofrimentos causados, por exemplo, por uma crise de identidade, financeira, conjugal, notrabalh o, nafamília. Diversos são os motivos e causas, por mais que eles possam se repetir nos sujeitos pode-se concluir que cada ser humano os vivencia de forma única e singular (BOTEGA,2014).

Ao longo da história, as doenças foram perpassando por períodos de descobertas, de estudos, de afetação das pessoas e de cura. No século XX, por exemplo, as doenças infecciosas eram as grandes responsáveis pelas taxas de mortalidades, hoje essa realidade já se organiza de modo diferente, outras doenças preocupam e são tidas como foco de atenção (ISMAEL, 2005).

O suicídio constitui uma importante questão de saúde pública no mundo inteiro. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), é um fenômeno global, que chega a somar por ano cerca de

800.000 mortes em todo o mundo, dado que representa a realidade de uma morte por suicídio a cada 40 segundos. O Brasil teve uma taxa nacional de suicídio de 5,01 casos por 100 mil habitantes no ano de 2013, e a cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, ocupou o 5º lugar entre as cidades brasileiras por número de suicídio, tendo em 2014 o número de 154 óbitos ocasionados por automutilações (DATASUS,2016).

Sabe-se que a cada ano, para cada suicídio existem muitas tentativas que não resultam na morte propriamente dita e que saem despercebidas pela sociedade. Uma tentativa anterior ao suicídio é um fator de risco importantíssimo, pois alarma para a realidade existencial que o indivíduo e até mesmo uma sociedade estão perpassados. Compreendendo que as tentativas de suicídio e o suicídio atingem inúmeras pessoas, e não apenas elas, mais suas famílias e amigos, deve-se considerar o fato de que ociclo-social de quem tentou, sofre prejuízos no âmbito físico, econômico, emocional e psicológico (ABREU et al.,2010).

O Brasil teve uma taxa nacional de suicídio de 5,01 por 100 mil habitantes no ano de 2013, e a cidade de Fortaleza - CE ocupou o 5º lugar entre as cidades brasileiros por número de suicídio, tendo em 2014 o número de 154 óbitos ocasionados por automutilações (DATASUS, 2016). Faz-se importante destacar, que esses números podem chegar a ser cerca de 20 vezes maiores se consideradas as tentativas de suicídio, visto que há um comportamento em querer esconder situações como estas, pois até hoje a questão do suicídio ainda se configura cercada por muito tabu (ABREU et al.,2010).

Nesse contexto, existem fatores de risco que atuam de forma acumulativa para o aumento de comportamentos suicidas nas pessoas, entre eles estão: as dificuldades de ter acesso aos cuidados de saúde e receber assistência

necessária; a fácil disponibilidade de meios usados para cometer suicídio; o sensacionalismo da mídia que aumenta o risco de atos suicidas por imitação; a falta de atenção às pessoas que procuram ajuda para o comportamento suicida ou para o cuidado com a saúde com o uso de substâncias mentais psicoativas; e a presença de transtornos mentais, especialmente a depressão (OMS,2014).

Diante da complexidade que envolve o suicídio, dos diversos motivos que levam o sujeito ao ato e das diversas formas encontradas para se tirar a vida, os casos que chegam até os hospitais gerais são os mais diferenciados e únicos, já que mesmo quando se iguala o método da tentativa, o sofrimento que envolve o contexto do paciente é completamente diferente e personalizado. Diante disso, os atendimentos nas emergências aos pacientes que cometeram tentativas de suicídio promovem a possibilidade de o profissional de saúde intervir para promover mudanças na perspectiva que a pessoa hospitalizada tem da sua própria vida (VIDAL; GONTIJO,2013).

A psicologia surge como mecanismo capaz de desencadear mudanças nos comportamentos humanos, como instrumento capaz de fomentar a promoção e a prevenção da saúde física e emocional também dentro do hospital. Porém, sabe-se que essa inserção ainda hoje é envolta de problematizações que advêm de motivos diversos, como por exemplo, a base teórica ancorada na psicologia clínica, as dificuldades de inserção desse profissional nesse meio e a precarização dos sistemas de saúde (ISMAEL,2005).

Dentre os profissionais de saúde, o psicólogo tem como função proporcionar um olhar diferenciado para com o paciente, promover acolhimento baseado na aceitação incondicional, na empatia com o sujeito e com sua família e possibilitar um clima favorável para a mudança na perspectiva do sujeito, da família e dos profissionais que atendem essa demanda (GONDIM, 2015).

A prática do psicólogo hospitalar, portanto, apesar de ainda ser permeada por diversos desafios, hoje, ganhou e vem ganhando grande importância no hospital, pois é ela que vai ser capaz de promover a minimização do sofrimento do paciente e de sua família e a integração destes com uma equipe multiprofissional. Ele é que vai ser capaz de tornar a integração desses três componentes o mais saudável enriquecedora possível (ISMAEL,2005).

O atendimento do psicólogo a um paciente internado por tentativa de suicídio se faz necessário logo no início da internação e as ações do psicólogo devem avaliar o grau de seu sofrimento, verificando o predomínio de “eu desejo” ou “não desejo” pela sua vida. Ao escutar a história de vida dos pacientes, de perdas, assim como suas motivações, esse profissional poderá auxiliar o paciente a se escutar também, e, conseqüentemente, apontar outra direção para a sua própria vida (GONDIM, 2015, p.15).

Este estudo tem como objetivo verificar a importância que o psicólogo atribui à sua inserção em um hospital geral de Fortaleza-Ceará ao atuar com pacientes que cometeram tentativas de suicídio.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se uma pesquisa qualitativa com base no método fenomenológico, que tem como artifício central, a redução fenomenológica. Por meio da redução fenomenológica há a possibilidade de se perceber e compreender o mundo, de enxergá-lo em sua realidade e em essência para, dessa forma, poder dar-se conta dele (MOREIRA,2004). A partir de uma redução fenomenológica é possível alcançar a realidade experiencial da inserção do psicólogo num hospital geral que realiza atendimento com sujeitos que cometeram tentativa de suicídio, a realidade das necessidades dos pacientes e a realidade que compõe a rotina em um hospital geral.

A pesquisa foi realizada, em maio de 2017, em um hospital geral e regional de Fortaleza, o qual é referência em procedimentos de alta complexidade e é o hospital privado com o maior número de leitos do Estado do Ceará. A coleta de dados incluiu a equipe de psicologia do hospital composta por quatro psicólogas, tendo como pergunta disparadora: “De que modo se dá a sua atuação quando em contato com pacientes que cometeram tentativa de suicídio?”. Ressalta-se que as entrevistas foram registradas por meio de gravação em áudio.

Para a análise dos dados, foi utilizado o método fenomenológico de Moreira (2004) que traz a análise fenomenológica mundana como instrumento de pesquisa, por meio dos seguintes passos: divisão do texto nativo (transcrição literal da entrevista) em movimentos, segundo o tom da entrevista; análise descritiva do significado emergente do movimento e o sair dos parênteses. Para a preservação das identidades das participantes, as falas que ilustram os resultados foram apresentadas com nomes fictícios.

Esta pesquisa foi desenvolvida em concordância com os padrões éticos, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob o parecer de número 2.033.030.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Tendo como base o objetivo do trabalho em questão, algumas temáticas foram evidenciadas pelas quatro psicólogas entrevistadas como fundamentais para a inserção do psicólogo em um hospital geral e o desenvolvimento

de uma prática de qualidade junto a pacientes que tentaram suicídio, quais sejam: atendimento ao paciente e à família; papel de mediação de conflitos internos e externos; e trabalho de preparação da equipe multidisciplinar. Para a análise e a interpretação dos resultados, incorporam-se os temas em uma categoria que discute a problemática em questão apresentando-se algumas falas das participantes.

Sobre o atendimento ao paciente, a família e a equipe, as psicólogas relataram a importância do modo como o atendimento ocorre. Para elas, o psicólogo hospitalar tem que disponibilizar atendimento diante desse sujeito que está precisando de ajuda, tendo como base a utilização de uma atitude empática como forma de tentar entender as motivações que levaram o sujeito ao ato. Além disso, é fundamental proporcionar reflexões ao paciente para que ele pense sobre seu ato:

*“Realmente tem que disponibilizar atendimento psicológico. Se chegam ao ponto desse sofrimento, dessa angústia sertão grande, tão grave ao ponto de acabar com a própria vida, então é porque ele está precisando de ajuda”.*(Lia)

A atuação do psicólogo hospitalar, apesar de ainda ser permeada por diversos desafios, atualmente, ganhou e vem ganhando grande importância no hospital, pois esse é o profissional que será capaz de promover a minimização do sofrimento do paciente e de sua família, além da integração destes com a equipe multiprofissional.

Para Fukumitsu (2014), o manejo com os pacientes que passaram por tentativas de suicídio requer: respeito; disponibilidade; trabalho contínuo que abranja as dores; tolerância às frustrações e à falta de sentido que o outro atribui à sua vida; e trabalho interdisciplinar com a família e outros profissionais. Ainda de acordo com a autora, o trabalho do psicólogo com o tema suicídio envolve questões existenciais, visto que se tem como queixas, muitas vezes, sentimentos como solidão, tédio, medo, incertezas e falta de prazer na vida. O psicólogo deve atuar como mediador, realizando escuta, orientando, desmitificando e propondo reflexões, como ressaltam as psicólogas:

*“Aí...é importante ressaltar que no hospital esse cuidado deve ser também com a equipe. Essa equipe que cuida, que está ali para cuidar desse paciente, mas um profissional que, muitas vezes, não teve esse preparo”.* (Alana)

Essa realidade aponta para a importância do profissional de psicologia dentro de uma emergência. O trabalho realizado por ele com toda a equipe multiprofissional passa a ter como objetivo, também, a promoção de uma mudança no olhar direcionado ao paciente suicida, evidenciando para o fato de que o atendimento realizado a esse paciente hoje influencia, de modo considerável, na reprodução de outro ato ( VIDAL; GONTIJO,2013):

*“...o foco desse atendimento é no sentido de o que ele vê nessa vida, o que faz sentido para ele estar vivo. Trabalhar essas coisas, pessoas ou situações que prendam ele a essa vida. O que faz sentido para ele nessa vida e também o outro olhar dessa vida, porque, muitas vezes, o que a gente percebe do paciente suicida é que ele tem uma visão muito para o lado negativo...”* (Alana).

De acordo com Simonetti (2011), para que ocorra um atendimento psicológico promotor de crescimento do paciente, é necessário que o psicólogo se disponibilize e, que entenda que o seu local de atendimento é qualquer lugar que o paciente esteja e lhe demande.

## CONCLUSÃO

Diante do fato de que a hospitalização traz para o sujeito interno uma variedade de obrigações médicas, limitações das vontades e dos papéis do ser, perdas de autonomia e limitações sociais e físicas, questiona-se sobre a qualidade de vida desse paciente, sobre a sua condição humana nesse ambiente que nasceu para cuidar, mas que muitas vezes não se propõe a contemplar as singularidades dos sujeitos que devem ser cuidados.

A inserção do psicólogo em um hospital geral que atende sujeitos com tentativas de suicídio torna-se essencial no processo de humanização do cuidado, sendo ele o profissional que escuta a dor e o sofrimento do sujeito, da família e da equipe de profissionais de saúde; de modo que estes sejam compreendidos em toda a sua dimensão humana. Além disso, trabalham para que haja uma compreensão de todos de que o desejo de morrer não deve ser julgado, mas compreendido como inerente à existência humana.

É necessário que gestores da área de saúde, especialmente de hospitais, tenham o conhecimento dessas reflexões, no sentido de ampliar o acesso dos pacientes ao acompanhamento psicológico, no sentido de auxiliá-los na resignificação da vida e das relações.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A. O deus selvagem: um estudo do suicídio. São Paulo: Companhia das Letras. 1999.



ABREU, Kelly Piacheskideetal. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, abr. 2010.

Datasus, *Tecnologia da Informação a Serviço do SUS*. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10br.def>> Acesso em 07 de novembro de 2016.

BOTEGA, Neury. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre, Artmed. 2014.

FUKUMITSU, Karina. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, 25(3), 270-275. 2014.

ISMAEL, Sílvia. (Org). **A prática psicológica e a sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.

GONDIM, Denise. A intervenção da psicologia: tentativas de suicídio e urgência hospitalar. *Revista Científica da FMC*, Vol. 10 n. 2, dez. 2015.

MOREIRA, Virginia. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 447-456, 2004 .

Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: um imperativo global. *Resumen Ejecutivo*. Washington: OPS. 2014.

SIMONETTI, Alfredo. *Manual do psicólogo hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, June 2013 .

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço sempre e em primeiro lugar a Deus por ter permitido que eu realizasse este trabalho, às Professoras da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, pelo empenho e dedicação no processo de orientação.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## A PRÁTICA DO PARTO HUMANIZADO APÓS IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alessandra Soares Aragão<sup>1</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>2</sup>, Francisca Bertilia Chaves Costa<sup>3</sup>, Célida Juliana de Oliveira<sup>4</sup>, Luiza Valeska de Mesquita Martins<sup>5</sup>, Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>6</sup>

1 Hospital Maternidade São Lucas, Crateús-Ceará-Brasil.

2 Doutoranda do Programa de pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Bolsista FUNCAP. Fortaleza-Ceará-Brasil.

3 Doutoranda do Programa de pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza- Ceará-Brasil.

4 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri (URCA). Crato-Ceará-Brasil.

5 Discente do Curso de Psicologia, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Bolsista Probic. Fortaleza-Ceará-Brasil. 6 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.

E-mail: valeskamesquita@hotmail.com

Palavras-chave: Serviços de Saúde Materno-Infantil. Parto Humanizado. Enfermagem Obstétrica.

### INTRODUÇÃO

Fazendo uma retrospectiva histórica referente à saúde materno-infantil, constata-se que houve um grande avanço na assistência prestada à gestante na rede pública de saúde. Avanços esses, que muito têm contribuído com a redução significativa tanto da mortalidade materna quanto infantil (MORAIS, 2010).

Até o final do século XIX, os partos eram realizados por parteiras na residência da parturiente. A ida da gestante ao hospital era motivo de preocupação, pois essa só era encaminhada ao médico, quando ocorria algum problema na hora do parto. Somente no início do século XX, ações voltadas à mudança dessa prática, começaram a ser implantadas. Teve início então, a conscientização da necessidade do acompanhamento médico durante a gestação, no intuito do esclarecimento da gestante acerca de higiene, alimentação, medicamentos, dentre outros. Com essa prática, ocorreu o aumento de partos em hospitais e redução dos partos feitos em casa (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

No Brasil, desde os anos 90 que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento vem sendo debatido em diferentes esferas e entre diversos sujeitos, envolvidos com a saúde da mulher. E finalmente, a partir de 2000, melhorias começaram a acontecer, já sistematizadas, mediante Normativos e Manuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Fundamentando-se nessas propostas, foi instituído ainda no ano de 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Programa voltado a promover melhor acesso, cobertura e qualidade de assistência, garantido assim, os direitos de cidadania da mulher, tendo como eixo principal, a humanização no atendimento ao parto (BRASIL, 2014).

A partir de 2004, essas ações direcionadas à mulher, principalmente em referência ao pré-natal, parto e puerpério, foram bastante intensificadas. E uma dessas importantes ações, foi a instituição da Política Nacional de Atenção Integrada à Mulher (PAISM) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2010).

Ainda voltadas à Assistência Integral à Saúde da Mulher e ao resgate de sua cidadania, e o protagonismo na hora do nascimento e do parto, diversos órgãos governamentais e não governamentais, continuaram nessa luta, e em 2005, foi promulgada a Lei Federal nº 11.108. A referida Lei, autoriza a mulher ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e puerpério (BRASIL, 2005).

Em 2010, por meio da Portaria/GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, foram estabelecidas diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo dessa Rede foi promover a integração das ações voltadas à saúde, de forma contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, no sentido de tornar o atendimento de fácil acesso e eficaz, de forma eficiente e econômica (BRASIL, 2011a).

Dentro dessa contextualização, surgiu o conceito de parto humanizado que pode ser definido como um conjunto de condutas e procedimentos voltados ao caráter fisiológico do nascimento. Significa dizer, que a humanização da assistência ao parto tem como premissa oferecer à parturiente, o suporte necessário para que o parto ocorra da maneira mais natural possível. É propiciar um acompanhamento integral, dando conforto emocional, respeitando os desejos e necessidades da mulher e da família (BRASIL, 2014).

O parto humanizado deve ser entendido como um evento natural da vida sexual e reprodutiva. Um processo fisiológico, que requer um acompanhamento com o mínimo de intervenção médica. No entanto, apesar do fato de sugerir uma menor intervenção médica, o conceito de humanização do parto também prevê a possibilidade e o direito da parturiente, de que toda a tecnologia perinatal existente, seja empregada, no intuito de garantir maior segurança à mãe e ao bebê (OLIVEIRA; MADEIRA, 2004).

Desse modo, a humanização da assistência é de extrema importância no sentido de propiciar que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e prazerosa pela gestante. O contato humano, o acolher, o ouvir, o confortar, são indispensáveis nesse momento. Vale ressaltar também, a redução de medidas intervencionistas e o respeito à parturiente, como também, o papel relevante do profissional de saúde (enfermeiro obstetra), como facilitador do processo, através do aconselhamento, orientações e acolhimento da gestante e acompanhante (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas por uma enfermeira durante a prática diária no acompanhamento à parturiente durante o trabalho de parto em uma maternidade pública localizada em um município do interior do Ceará.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo-exploratório, do tipo relato de experiência, com o objetivo de relatar a experiência da humanização ao parto, por intermédio da observação e vivência de uma enfermeira de uma maternidade contemplada com a Rede Cegonha.

Esse trabalho é resultado de experiências vividas por uma enfermeira, no seu labor diário no acompanhamento ao parto humanizado, no período de dezembro de 2014 a julho de 2016, em uma maternidade contemplada pelo Programa Rede Cegonha em uma cidade localizada no interior do Ceará.

A observação e prática voltada ao parto antes e depois do processo de humanização, teve início em janeiro de 2011 a dezembro de 2014, trabalhando na sala de parto. E partir de dezembro de 2014 a julho de 2016, já na estratégia do Parto Humanizado, época em que o hospital foi contemplado com o Programa Rede Cegonha. Para a execução desse relato, foi utilizada a observação e a prática profissional cotidiana no cuidado às gestantes que buscaram aquela instituição na hora do parto.

A prática diária no atendimento às gestantes foi de suma importância para a execução desse trabalho, onde a observação do atendimento foi feito desde o acolhimento à alta hospitalar das gestantes. Foram observados a maneira que essas eram acolhidas, o tipo de acompanhamento às dependências da maternidade, os exercícios e insumos utilizados para redução da dor, o acompanhamento e respeito à mulher e ao companheiro, o cuidado com a gestante e bebê após o parto.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterizando o Cenário**

A maternidade em questão foi inaugurada em dezembro de 2014, estando equipada para atender as gestantes dos 11 municípios que compõem a região dos sertões de Crateús. As mulheres atendidas na referida maternidade, são em sua totalidade usuárias do SUS. Trata-se de uma instituição que foi contemplada com uma reforma estrutural em sua ambiência por meio da Rede Cegonha, visando atender as premissas da humanização no atendimento à gestante, com atenção ao parto e ao nascimento.

A maternidade abrange acolhimento com classificação de risco, atendimento e acompanhamento médico e o parto humanizado. O setor está dividido em Centro de Parto Normal, com cinco quartos - Pré-parto, parto e pós-parto (PPP's), um quarto para parto natural e a maternidade com 22 leitos, planejados para o conforto das gestantes, bebês e acompanhantes.

O Centro de Parto Normal, está equipado com cinco quartos individuais, com toda estrutura física para garantir um parto tranquilo, sem necessidade de deslocar a gestante para qualquer outro setor do hospital. Esses quartos possuem suíte, ar condicionado, equipamentos para exercícios e massagens e berço. Além de, uma banheira de água morna, e ainda uma equipe multiprofissional, composta por obstetra, neonatologista, pediatra, enfermeira obstetra, psicóloga, fonoaudióloga e técnicos de enfermagem.

### **Parto humanizado: O cotidiano**

A unidade de Parto Humanizado, fica em uma ala distinta com o atendimento totalmente isolado da recepção de urgência e emergência do referido hospital. No entanto, desde sua inauguração, as pacientes continuam sendo atendidas na recepção do hospital.

Nesse setor, a equipe multiprofissional da maternidade oferece assistência humanizada, com permanência com a parturiente e acompanhante até duas horas após o parto. Se após esse período não houver intercorrência, o binômio mãe-bebê são transferidos para o setor de enfermarias conjuntas, podendo receber alta em até 24 horas. Vale ressaltar, que uma das dificuldades enfrentadas pela equipe da maternidade, ocorre após esse período, quando a parturiente é transferida para as enfermarias. Nesse caso, se o acompanhante for o companheiro, esse não pode permanecer com a esposa, tendo em vista que é um alojamento conjunto, onde as mulheres ficam expostas, não podendo assim, ter a presença de homens.

Porém, a Rede Cegonha assegura à mulher, dentre outros direitos, a ampliação do acesso, o acolhimento, a realização do parto e nascimento seguros e o direito ao acompanhante durante o parto e não durante o período em que essa permanece na maternidade. Isso tem gerado problemas que precisaram ser resolvidos com muito preparo da equipe, para essas e seus companheiros passem a entender as limitações das dependências da maternidade e realmente quais são os seus direitos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2011a).

A parturiente ao ser admitida pelas enfermeiras e auxiliares da Unidade de Parto Humanizado, após o acolhimento, passam a conhecer as dependências da maternidade e são apresentadas à equipe. Após o exame médico, recebem métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, com a aplicação de métodos não farmacológicos, como, caminhar, massagens corporais, exercícios respiratórios, banho e o uso do cavalo e da bola de pilates ou bola obstétrica.

De acordo com SARTORI *et al.* (2011) o movimento de humanização da assistência ao parto a nível mundial pode ter influenciado a busca por medidas não farmacológicas, pois promove alívio da dor durante o trabalho de parto e está intimamente ligado com a garantia de segurança a parturiente na vivência do processo doloroso e conseqüentemente, em um parto mais saudável.

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, proporcionam conforto e possibilita a liberdade de escolha por parte da parturiente. Devem ser utilizados por serem seguros, menos invasivos e ainda por reduzirem sensivelmente as dores, proporcionando o relaxamento e redução da ansiedade. Tem ainda a vantagem de minimizar e ou protelar a utilização de fármacos, permitindo assim, a colaboração ativa da parturiente maior participação do acompanhante (BARBIERI *et al.*, 2013).

De acordo com Faisal e Menezes (2006), além dos aspectos técnicos, o preparo para o parto envolve uma abordagem voltada à priorização do acolhimento da mulher e seu acompanhante no serviço de saúde. Esse acolhimento inclui o fornecimento de todas as informações desde o local e como o nascimento deverá acontecer, ao preparo físico e psicológico da gestante. Daí a importância da visita às dependências da maternidade para conhecer suas instalações físicas, o pessoal e os procedimentos de rotina.

Ao receber a gestante a equipe da maternidade utiliza um conjunto de cuidados e atividades, no intuito de proporcionar a essa, a possibilidade de ser protagonista do processo de parir.

Nesse sentido, a abordagem centrada na pessoa e nas relações interpessoais, dentro dos princípios da humanização, está associada à utilização de estratégias no cuidado à parturiente, com o intuito de melhorar suas expectativas, preparando-as para o parto (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011).

Desse modo, a atenção dada à gestante no momento em que ela adentra a maternidade, é uma das premissas que a equipe da maternidade está imbuída, no sentido de deixá-la bem relaxada, segura e acolhida. Para Faisal e Menezes (2006), a equipe de saúde deve estar preparada para acolher a gestante e seu acompanhante, como também sua família, criando assim, vínculos de confiança e tranquilidade.

Durante todo o trabalho de parto, tanto as parturientes quanto os acompanhantes recebem instruções voltadas às técnicas a serem aplicadas. São utilizados exercícios respiratórios, mantendo sempre o corpo relaxado, auxiliando assim, no alívio da dor.

Outras técnicas também são utilizadas, sempre com o objetivo de reduzir a dor e deixar a mulher mais relaxada. Dentre outras, a massagem relaxante, geralmente feita pelo companheiro, banhos mornos, exercícios com bola de pilates. Essas ações, são enfatizadas pela literatura, como importantes estratégias para a humanização da atenção ao parto (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

Desse modo, essas práticas utilizadas na maternidade do presente estudo, estão totalmente voltadas ao incentivo ao parto normal humanizado. Destaca-se também, o cuidado com o bebê e a mãe, no incentivo da amamentação logo após o nascimento.

Porém, de acordo com a experiência vivida pela autora, antes da implantação da Rede Cegonha, a condução do momento do parto era totalmente oposto ao que se realiza hoje. As parturientes tinham direito à acompanhante apenas enquanto estavam na enfermaria. Ao se aproximar a hora do parto, eram conduzidas ao centro obstétrico e lá ficavam acompanhadas apenas pelo médico e uma enfermeira obstétrica. Não havia a participação do acompanhante na hora do parto.

Assim, apesar dos problemas acima citados, considera-se que mesmo com as limitações que ainda ocorrem na maternidade em relato, a maioria das ações praticadas, estão atendendo aos preceitos instituídos pela Rede

Cegonha. Evidencia-se o belo trabalho da maternidade em questão, onde todas as estratégias e atitudes estão voltadas ao respeito, à autonomia, proporcionando assim, que a parturiente seja a protagonista do nascimento de seu filho.

## CONCLUSÃO

Considerando o objetivo do presente trabalho, em face à vivência diária de uma enfermeira obstetra na maternidade estudada, percebeu-se que a equipe nesse ambiente, conhece os pilares instituídos para a prática do parto humanizado. Todas as estratégias utilizadas, desde o ingresso da gestante até seu retorno para casa, condizem com as propostas do parto humanizado, conforme institui o Ministério da Saúde.

No labor diário, todas as ações estão voltadas para a humanização da assistência à mulher e à criança. Tais ações, permitem que a parturiente possa vivenciar de forma positiva e prazerosa, esse momento ímpar de sua vida. A relevância da presença do pai ou acompanhante da escolha da mulher, foi evidenciada, porém, causando alguns desentendimentos em virtude da não permanência do pai após transferência da parturiente à enfermaria conjunta.

Outro problema observado no decorrer do trabalho, foi o grande número de gestantes atendidas na maternidade, devido ao tamanho da região atendida por aquela instituição. Isso acarretou sobrecarga de trabalho à equipe, como também, comprometeu o atendimento de qualidade às mulheres.

Essas e outras situações apresentam-se como dificuldades de grande importância para o adequado funcionamento do modelo de atenção à mulher, instituída pelas Políticas Públicas de Saúde vigentes no país, em especial a Rede Cegonha. No entanto, ao se comparar com o modelo de atendimento ao parto presenciado pela autora desse e trabalho antes da implantação da Rede Cegonha, ficou evidenciada a grande transformação ocorrida.

Percebe-se que o resgate do contato humano, o acolher, o ouvir, o explicar e o cuidar, criam vínculos indispensáveis para um processo de parto seguro e gratificante.

## REFERÊNCIAS

- BARBIERI, Márcia et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta paul. enferm.* 2013, vol.26, n.5, pp.478-484. ISSN 1982- 0194.
- BRASIL. Lei n. 11.108, de 5 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 05 abr. 2005. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato\\_2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato_2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em 12/08/2016.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito só Sistema Único de Saúde – SUS- a rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n.125,1 jun. 2011a. Seção 1p.61.portaria Consolidada Rede Cegonha. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em 12/08/2016.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2011. 82 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em 12/08/2016.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4) ISBN 978-85-334-2136-3 1. Humanização do parto. 2. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). 3. Saúde da mulher. I. Título. II. Série. III. Universidade Estadual do Ceará. CDU 618.4 Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0106. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf)>. Acesso 12/08/2016.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf)>. Acesso em 12/08/2016.

BRUGGERMANN, O. M.: OSIS, M. J. D.: PAPPINELLI, M. A. **Apoio no nascimento**: percepção de profissionais

e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev. Saúde Pública. 2007;41(1):44-52.

FAISAL, A. C.; MENEZES, P. R. **Fatores associados à preferência por cesariana.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v.40, n.2, p.178-186, dec./jan. 2006.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa Carraro; BERNARDI, Mariely Carmelina. Cuidado e Conforto no parto: estudos na enfermagem Brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 173-184, maio/ago. 2011.

KOETTKER, J. G.; BRUGGEMANN, O. M.; DUFLOTH, R. M. **Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas:** transferências maternas e neonatais. Revista escola enfermagem - USP, São Paulo, 2013, v.47, n.1, p. 15-21, out. 2013.

MABUCHI, A. S.; FUSTINONI, S. M. **O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado.** Acta. Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.21, n.3, p. 420-426, mar. 2008.

MORAIS, F. R. R. **A humanização no parto e no nascimento:** os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. 2010. 271 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte. 2010.

OLIVEIRA, Z. M. L. P.; MADEIRA, A. M. F. **Vivenciando o parto humanizado:** um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. Revista escola enfermagem - USP, São Paulo, v.36, n.2, p. 133-140, ago./set. 2004.

SARTORI, A.L. et al. Estratégias não farmacológicas de alívio à dor durante o trabalho de parto. **Enferm. glob.** 2011, vol.10, n.21. ISSN 1695-6141.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRES

**Raiany Pereira Barros<sup>1</sup>, Kerma Márcia de Freitas<sup>2</sup>, Josué Barros Júnior<sup>3</sup>, Rosane Shirley Saraiva de Lima<sup>4</sup>  
Nelson Nianderson Lima Bezerra<sup>5</sup>, Valéria Kely Gomes da Silva<sup>6</sup>**

*1 Especialista em Urgência e emergência pela Faculdade Vale do Salgado, Enfermeira pela FVS, Icó-CE.*

*2 Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; Coordenadora de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.*

*3 Mestre em Ensino na Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado.*

*4 Enfermeira, Faculdade Vale do Salgado, Pós graduanda em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri, Crato, CE.*

*5 Acadêmica em Enfermagem, FVS, Icó-CE,*

*6 Acadêmico em Enfermagem, FVS, Icó-CE,*

E-mail: [valeriakgs@gmail.com](mailto:valeriakgs@gmail.com)

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito. Epidemiologia. Saúde.

### INTRODUÇÃO

Atualmente os acidentes de transportes terrestres (ATT) veem representando em vários locais do mundo a principal causa de morte não natural. Embora estudos realizados sobre o tema veem mostrando uma redução dos coeficientes de mortalidade por acidentes de trânsito nas principais capitais brasileiras nos últimos anos, estes se mantêm ainda como enorme motivo de morbimortalidade no país.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela em suas estimativas que aproximadamente 1,2 milhões de pessoas perdem a vida anualmente, devido os acidentes ocasionados pelos transportes, o que representa 12% das mortes do planeta, sendo a terceira causa mais frequente de mortes na faixa etária de 1 a 40 anos e a segunda causa na faixa etária de 5 a 29 anos. A OMS relata ainda em um de seus relatórios no ano de 2004 sobre mortalidade de vários países, e o Brasil ocupou o quinto lugar no ranking mundial.

Os Acidentes de Transporte Terrestre são ocorrências de inclusão mundial, relevante pela intensidade da mortalidade e do número de pessoas portadoras de sequelas consequentes. No Brasil, os acidentes de trânsito são as principais causas que provocam hiperendêmias de traumatismos, tornando no nosso país a segunda causa de morbimortalidade, superando apenas pelas enfermidades cardiovasculares e ultrapassados pelos tumores malignos.

Diversos fatores contribuem para ocorrências de ATT, o excesso de velocidade, a falta de manutenção nas vias e nos veículos, as condições climáticas, o desrespeito às leis de trânsito, o não uso do cinto de segurança e da cadeira de contenção de crianças (automóveis) e o principal, a bebida alcoólica, aumentando de fato, a gravidade de acidentes e lesões.

Vale ressaltar que os lugares cortados por vias expressas, estradas em má conservação, movimentada, com pista dupla, e ainda, quando o interior das cidades está em crescimento, onde muitas vezes os veículos circulam sem leis e sem sinalização, são também fatores contribuintes de mortes por acidentes de transportes.

Uma pesquisa realizada sobre a mortalidade por acidentes de transportes terrestres no ano de 2012 mostra o número de óbitos no Brasil no ano de 2009 foi de aproximadamente 37.635 mortes na faixa etária de 10 a 14 anos e 40 a 59 anos, equivalente a 19,6 óbitos por cem mil habitantes, sendo 32,6 para homens e 7,1 para mulheres, tornando a segunda causa de mortes no país.

O autor supracitado relata ainda na sua pesquisa que no período de 2000 a 2010 representou um aumento de 11% devido à variação da população Brasileira, que aumentou de 169.799.170 para 190.755.799 habitantes, tornando o número de óbitos por acidentes de transportes elevados, além do número de mortalidades, com a tendência de aumento devido ao crescimento populacional.

Considera-se que o Brasil é um país com o trânsito mais violento do mundo. Desde os anos de 1998 com a implantação de novos Códigos de Trânsito Brasileiro (CTB) a taxa de mortalidade vem se mantendo estável comparado com a de outros países que sofrem com esse mal.

Na maioria desses municípios falta o reconhecimento da gravidade do problema e estratégias de prevenção e repressão aplicadas de forma rotineira e permanente, visando à prevenção das mortes e incapacitações diante do cenário, percebe-se que os acidentes de transportes mostram-se como agravos de grande relevância epidemiológica para a saúde pública. Mediante exposto, questiona-se o seguinte: Qual o perfil epidemiológico dos acidentes com transportes no Município de Icó-Ceará?

O interesse pelo objeto de estudo surgiu a partir das vivências oportunas na emergência do Hospital Regional de Icó, quando realizados estágios extracurriculares para melhor experiência na área de atuação especializada, onde pode-se observar uma frequência de usuários do SUS a procura de atendimento após terem sofrido acidentes de transportes.

Sabe-se que a maioria dos atendimentos em unidades de emergências, especialmente os decorrentes de causas acidentais, poderia ser evitada com a adoção de medidas preventivas. Dessa forma espera-se que o presente estudo, venha contribuir de forma abrangente (profissionais, estudantes, população e demais) refletindo nos riscos e suas medidas de prevenção nos agravos causados pelos acidentes, evitando-os.

Assim, na perspectiva de melhor entendimento sobre a epidemiologia de acidentes de transportes, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos acidentes com transportes no Município de Icó-Ceará no período de 2011 a 2014, tornando-se essencial para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde e prevenção destes eventos, conscientizando a população.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa do tipo documental. Pesquisas exploratórias dão um melhor conhecimento sobre a situação, uma vez que são feitas algumas definições precisas das circunstâncias e também das relações que já existem entre os dados do mesmo sujeito. Já os estudos descritivos, têm como objetivo principal realizar um levantamento de dados na qual permitirá delinear características de uma determinada população (GIL, 2014).

O estudo foi desenvolvido no Município de Icó, Estado do Ceará, distante 375 km da capital Fortaleza. O Município possui uma área de 1.871,996 km<sup>2</sup> e conta com uma população estimada de 67.045 habitantes (IBGE, 2014). O município conta com um Hospital Regional, o qual é referência para outros seis municípios, onde os mesmos compõem a 17<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde.

A população do estudo foi composta por 220 casos de acidentes de transporte, ocorridos no Município de Icó-Ceará, cadastrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 2011 a 2014. A coleta de dados foi realizada durante o mês de Dezembro de 2015.

Os dados provenientes do DATASUS foram utilizados para construção dos indicadores relacionados aos acidentes de transportes. As variáveis utilizadas para descrever os resultados foram: **Número de casos por ano** (2011, 2012, 2013 e 2014), **Grupo de causas** (Pedestre traumatizado; Ciclista traumatizado; Motociclista traumatizado; Ocupantes de automóvel traumatizado; Outros acidentes de transporte terrestre), **faixa etária** (1 – 14 anos; 15 – 39 anos; 40 – 69 anos; 70 anos e mais), **sexo e cor/raça**.

Os dados foram apresentados em formas de tabelas e gráficos, após serem tabulados no software TabWin (DATASUS) e estruturados no programa Excel 2010 (Microsoft®).

Tendo vista que dados utilizados nesta pesquisa foram retirados em meio à base de dados secundários, disponível na Internet e de acesso ao público, não foi necessária a submissão deste trabalho à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Mediante os dados encontrados no DATASUS, no período de 2011 a 2014, foram registrados 220 casos de vítimas de acidentes com transportes no Município de Icó, Ceará. De acordo com os dados, no período de 2011 a 2014, os números mais elevados de acidentes de transportes no município de Icó-Ceará, foram de 57 vítimas no ano de 2011 e 61 vítimas no ano de 2013. Fazendo uma análise dos anos 2012 e 2014, consequentes dos anos que tiveram elevados números, houve uma diminuição de casos ocorridos.

Também foi possível identificar que no período analisado, o número de vítimas acidentadas de transporte são elevadas no ano de 2013, totalizando 59 (100%) o número de casos, sendo esses representados 35 (59%) motociclistas traumatizados e 14 (24%) números de pedestres traumatizados.

Vale ressaltar que, no ano que 2011 o número de acidentes envolvendo motociclistas, equivalente 36 vítimas, foi maior do que no ano de 2013. E totalizando o número de casos envolvendo todas as causas no ano de 2011, percebe-se que foi o segundo ano que mostrou as causas elevadas no período pesquisado.

Dentre os acidentes de transportes, verificou-se que a faixa que predominante 15-29 anos, representando um número de 147 vítimas total. Com relação ao sexo, verificou-se que no período avaliado o sexo masculino predominou com 85% das causas.

No que se refere aos dados relativos aos acidentes de transportes segundo a cor/raça, o maior número, 89% dos casos, não apresentaram informações, 9% das vítimas de cor/raça parda, 2% consideradas brancas.



O culminante numero de acidentes de transportes no Município de Icó-CE, ao longo de todos os anos estudados, são parecidos aos dos perfis encontrados por outros autores, na qual os mesmo tem mostrado em suas pesquisas as relevâncias nos cenários, nacional e mundial, nos últimos anos. O problema em geral precisa ser trabalhado com programas educativos relacionados ao trânsito, atingindo aos grupos mais vulneráveis, principalmente a população masculina e os adultos jovens.

Torna-se evidente que os acidentes de transportes eleva uma preocupação na Saúde Pública, causando uma proporção maior de casos de óbitos, preocupante em todo o mundo. No Brasil, os acidentes de transportes configuram-se como a segunda causa de mortalidade por causas externas.

Assim o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo ações continuadas a serviços de amenizar esses tipos de acidentes no mundo. Como exemplos, criações de novas Políticas, Projetos, Normas e Redes, visando monitorar e amenizar os tipos de violências e acidentes.

Torna-se preocupante no Brasil o numero crescente dos motociclistas e sua movimentação sem a devida correspondência de normas, constituindo um problema a mais para a mobilidade social, além do numero de mortes e incapacidades que só aumenta, em proporção com outros veículos.

O aumento da frota de veículos e principalmente motocicletas vem se tornando um dos principais fatores que contribuem para o aumento de numero de acidentes de transportes, bem como também, as mas condições de sinalização, desrespeitos as leis, inexperiências/ imprudências de motoristas, fatores destacados no município em estudo.

Uma pesquisa sobre acidentes de transportes em alguns estados mostra que as principais vítimas do transito são os pedestres e motociclistas e a estimativa do custo desses acidentes anualmente, aproximadamente é de 1% do produto interno bruto (PIB) nos países em desenvolvimento e 2% do PIB nos países desenvolvidos.

A motocicleta se tornou viável no trânsito, sendo econômica, de custo bem inferior quando comparada aos automóveis, além de fácil aquisição e manejo. Apesar da frota de automóveis serem superior à frota de motocicletas, essas facilidades têm levado a uma contraversão nos padrões de acidentes de trânsito, ou seja, as vítimas de AT envolvendo motocicletas (motociclistas e pedestres) dominam em relação àquelas envolvendo os ocupantes de automóveis.

O predomínio das vítimas jovens em AT vem confirmado em vários estudos, inclusive citado na pesquisa de (41), mostrando que os jovens são inexperientes no enfrentamento de situações que ocorrem no transito, principalmente na condução de veículos noturnos.

Recentemente, a Lei Nº. 11.705 de Junho de 2008, conhecida como “Lei Seca”, modificou o Código de Transito Brasileiro, por meio da inclusão de dispositivos legais que proíbem o consumo de bebida alcoólica pelo condutor de veículos, classificando a infração como crime com pena de reclusão, quando a concentração de álcool for superior a 0,6% g/l (BRASIL, 2008).

A “Lei Seca” vem promovendo uma proteção à vida e uma melhoria na Saúde Publica do país, tornando um método preventivo de acidentes de transportes.

Foram registrados no ano de 2002, 126.550 óbitos por causas externas, dentre esses 31.317 (24,75%) corresponderam a acidentes de transportes no Brasil. A taxa de mortalidade por acidentes de transportes na época foi de 19,01 por 100.000 habitantes. Vale ressaltar que o numero de vitimas para população torna-se elevados comparados com outras pesquisas mostradas após a Lei Seca.

Uma pesquisa realizada sobre uma análise de mortalidade por acidente de transporte antes e após a Lei Seca no Brasil, entre os anos de 2007-2009, permitiu identificar uma redução significativa dos casos, - 7,4% na taxa padronizada de mortalidade por ATT (TPM-ATT), que passou de 18,7/100.000 habitantes para 17,3/100.000 habitantes, vale ressaltar que essa redução foi analisada de maneira heterogenia com variações diferentes entre os estados.

Esta pesquisa resalta ainda que, a diminuição (-12,6%) da TPM-ATT foi considerada significativa na população masculina, já que essa predomina o caos na saúde pública quando relacionado aos AT, passando de 23,7/100 homens no período anterior á Lei Seca para 20,8/100.000 homens após a implantação da Lei, resultando em uma redução de mais de cinco mil óbitos por AT.

Os acidentes de transportes envolvendo adolescentes traz um perfil infrator para a sociedade, uma vez que, há uma elevada frequência de comportamentos impróprios no transito, envolvendo velocidades, avanços em sinais fechados, o não uso de cinto de segurança e dirigir após beber.

A condução dos acidentes de transportes na população jovem vem despertando a necessidades de estudos sobre esses eventos. Infelizmente, no nosso país comparado com outros, a análise e interpretação envolvendo raça/etnia nos estudos epidemiológicos ainda são escassas na literatura, visto que vem se tornando um ponto importante nas pesquisas relacionadas á saúde.

Os indicadores de saúde envolvendo raça/etnia no Brasil vêm melhorando continuamente, porém, em uma sociedade como a nossa, é preciso que as pesquisas epidemiológicas devam buscar elucidar o impacto, na saúde, das desigualdades socioeconômicas e raciais.

Os homens, na faixa etária de 20 a 39 anos, pardos, residentes das regiões Sudestes e Nordeste, predominam entre as vítimas fatais ocasionados por AT, as taxas de mortalidade por AT ocuparam a segunda posição dentre as taxas de mortalidade por causas externas, apresentando progresso crescente (25,7% de 2000 a 2013), marcadamente a partir de 2010.

No ano de 2013, foram registrados mais de 1 (um) milhão de internações hospitalares, ocasionado por causas externas. Entre os anos de 2004 a 2013, foram registrados 1.662.020 internações por AT a serem pagas pelo Sistema Único de Saúde-SUS no Brasil, distribuídos entre 26,9% internações de pedestres, 56,1% de motociclistas, 9,9% de ocupantes de veículos e 7,1% de ocupantes de outros meios de transportes.

Os acidentes de transportes vêm tornando-se preocupante no Brasil, é de importância no meio científico as buscas e novas pesquisas sobre essas causas, para que possa mostrar a população a vulnerabilidade e os riscos correntes pelos mesmos. Ainda, para que possa traçar e planejar estratégias de prevenção e meios educativos, diminuindo riscos de acidentes e possíveis mortes.

## CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou apresentar as principais características da população vítimas de acidentes de transportes no município de Icó-CE, no período de 2011 a 2014. Visto que, os AT tornou-se a principal causa de morte incluída nas causas externas, tratando-se de um perfil epidemiológico não só no município em estudo, mas em todo país.

Ressaltando a distribuição de sexo e faixa etária, os dados revelam que os homens vêm predominando a causa, representando 85% dos casos registrados no período pesquisado, e os mais jovens (15 a 39 anos) foram os mais acometidos, correspondendo a um número de 147 vítimas.

Torna-se importante e fundamental o enfrentamento desse caos no município, e ainda, manter uma vigilância sobre os casos, abrangendo políticas e ações entre setores, visando melhoria e condições de saúde da comunidade.

Os acidentes de trânsito/transportes, hoje são listados como causas de mortes evitáveis por internações no SUS, definidas como preveníveis por ações dos serviços de saúde acessíveis, essa lista foi proposta pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, onde foi publicada pela primeira vez durante a 9ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (9ª EXPOEPI), no ano de 2009.

Sendo assim, faz-se necessário que propostas e medidas preventivas sejam adotadas pelo município em estudo para diminuição de casos de AT, trazendo melhorias para a comunidade, reforços educativos, capacitações aos profissionais da área para melhor atendimento e aumentar a sobrevivência das vítimas de AT.

Enfim, é importante lembrar que esta pesquisa não esgota as possibilidades de outras análises sobre o tema em questão, uma vez que os dados vêm sempre atualizando, e é preciso mostrar esse impacto a sociedade para que possam se conscientizar na gravidade do problema, visto que o problema seja mundial.

A realização do estudo envolvendo a temática pode vir a contribuir para dar elementos às políticas públicas e programas municipais, direcionando estratégias específicas para o enfrentamento do problema local.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei n. 11.705, de 19 de Junho de 2008.** Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. – 6. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,** 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230540&search=ceara%20jico>>. Acesso em: 10 de Nov. de 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que contribuíram de maneira direta e indiretamente para a realização dessa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS EM UNIDADES DE SAÚDE DE FORTALEZA.

Susana Beatriz de Souza Pena<sup>1\*</sup>, Paula Natasha Rodrigues Valentim de Carvalho<sup>2</sup>

*1 Docente do Curso de Graduação Enfermagem - Faculdade de Tecnologia Intensiva - FATECI. Mestrado Profissional - Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE) na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará-Brasil.*

*2 Coordenação do Curso de Graduação Enfermagem - Faculdade de Tecnologia Intensiva - FATECI. Fiscal de Vigilância Sanitária na Prefeitura de Fortaleza. Fortaleza-Ceará-Brasil.*

E-mail: susana.pena@hotmail.com

Palavras-chave: Enfermagem. Atenção primária à saúde. Esterilização. Desinfecção.

### INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Com o SUS, verifica-se que além da universalização do acesso, se propôs a integralidade da atenção, antes assegurada apenas ao segmento da população incorporada ao mercado formal de trabalho. Surge então a importância de realizar o monitoramento de condições de vida e saúde, a reorientação dos serviços de saúde na superação das desigualdades de cobertura, acesso e qualidade do controle social da informação em saúde (FRACOLLI, *et al*, 2008).

As Unidades de Atenção Primária a Saúde, por ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e por atenderem uma grande demanda de pessoas diariamente, possibilitam uma maior exposição dessas pessoas aos riscos inerentes as atividades desenvolvidas nesses locais. Entre os riscos envolvidos, que podem surgir relacionados às atividades desempenhadas nesses estabelecimentos, destacam-se os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, acidentais dentre outros. Entende-se como risco, a existência de uma condição que possibilita a ocorrência de um desastre com a probabilidade de danos e perdas (óbitos, feridos, doentes, interrupção de atividades econômicas, degradação ambiental e outros), resultado da interação entre ameaças naturais ou antropogênicas e as condições de vulnerabilidade local (ANVISA, 2013).

Os artigos de múltiplo uso em estabelecimentos de saúde podem se tornar veículos de agentes infecciosos, se não sofrerem processos de descontaminação após cada uso. Um dos processos que podem interromper esta cadeia é a esterilização de artigos, e outro, a desinfecção de artigos e ambientes.

Na busca da melhoria da qualidade da assistência prestada por esses serviços à população, a identificação dos riscos sanitários é fundamental para nortear estratégias de melhoria da assistência prestada e a garantia da oferta de serviços que não ofereçam danos à saúde das pessoas e que estejam pautadas na prevenção de doenças, proteção, manutenção e promoção da saúde.

Portanto, objetivou-se identificar os riscos existentes no processo de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de uma regional do município de Fortaleza-Ce.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em dezessete unidades de atenção primária à saúde de uma regional do município de Fortaleza. A coleta de dados ocorreu no mês de novembro e dezembro de 2013 por meio da aplicação do roteiro de inspeção para clínicas e unidades básicas de saúde publicado por meio da Portaria Municipal SMS nº 21 de 22/04/2002. Os dados foram tabulados em banco de dados do EXCEL de acordo com itens do roteiro objeto deste estudo, logo após, foram apresentados em tabelas e analisados a luz da literatura e legislação pertinente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 17 unidades utilizam a autoclave como equipamento de esterilização, embora em oito unidades esse equipamento não estivesse funcionando, pois apresentava quebrado e/ou com defeito. Das unidades visitadas, três não possuíam nas embalagens identificação com data de esterilização. Ainda existe muita controvérsia em relação ao prazo de validade da esterilização por vapor saturado sob pressão. Assim, cada instituição deve estabelecer seu prazo de validade com base em pesquisas, não fazendo de uma forma empírica ou cópia de rotinas de outras instituições e sempre respeitando as condições de armazenamento como temperatura, disponibilidade dos pacotes, iluminação e ventilação (BRITO, *et al.* 2002).

As 17 unidades não realizam o monitoramento biológico da autoclave e não foi apresentado o comprovante de manutenção preventiva da autoclave. O ideal é que o processo de esterilização ocorra por meio físico com a utilização de autoclaves. Em três unidades, não se fazia o controle químico dos artigos esterilizados. É imperativo proceder ao monitoramento químico, físico e biológico para garantir a qualidade no processo de esterilização. A ausência do monitoramento biológico e da manutenção preventiva da autoclave gera dúvidas sobre a garantia de qualidade e eficácia do processo de esterilização e se o aparelho está realmente funcionando.

Não se encontrou os POPS de limpeza, desinfecção e esterilização. As etapas utilizadas no processamento de artigos são: limpeza, descontaminação, enxágue secagem e processamento. A padronização de todas as etapas do processo de esterilização se faz necessária para garantia de qualidade do processamento de artigos, minimização de falhas e/ou contaminação após o processo para evitar a aquisição de infecções pelos usuários. A limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde são elementos primários e eficazes nas medidas de controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções.

As unidades de saúde devem produzir os Procedimentos Operacionais Padronizados (POP's) escritos, contendo instruções claras e bem definidas datados e assinados pelo responsável técnico e legal sobre: lavagem das mãos, pia completa, processamento de artigos, abastecimento de água, limpeza do ambiente, padronização de germicidas, saúde do trabalhador, programa anual ou semestral de treinamento e educação continuada. Além disto, os POP's devem estar disponíveis em locais acessíveis nos diversos setores das unidades.

No expurgo não havia EPIS para lavagem dos artigos como luva grossa de borracha, avental impermeável, óculos e botas para evitar a contaminação. Os funcionários responsáveis pela lavagem dos artigos devem estar devidamente paramentados para evitar uma contaminação ao contato dos artigos contaminados.

As falhas no controle da esterilização podem refletir na qualidade do atendimento ao usuário, pois se constituem fator de risco para diversas infecções.

Nenhuma unidade apresentou o registro do controle integrado de vetores e pragas. Todo estabelecimento de saúde deve apresentar o registro de dedetização (desratização e desinsetização) do estabelecimento. O serviço de saúde deve garantir ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos (BRASIL, 2011).

Nas unidades inspecionadas nenhuma apresentou o registro de limpeza dos reservatórios de água e nem o exame microbiológico e físico químico das águas do reservatório. O artigo 3º da Portaria Federal MS nº 2914 de 12 de dezembro de 2011 estabelece que toda água destinada ao consumo humano, distribuída coletivamente por meio de sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água, deve ser objeto de controle e vigilância da qualidade da água e o artigo 27 relata que a água potável deve estar em conformidade com padrão microbiológico, conforme disposto nesta Portaria. Além disto, a RDC/ANVISA nº 63 de 25 de novembro de 2011 descreve que o serviço de saúde deve garantir a qualidade da água necessária ao funcionamento de suas unidades, além da limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses. A importância da água destinada para consumo humano como veículo de transmissão de enfermidades tem sido largamente difundido e reconhecido. A maior parte das enfermidades existentes em países em desenvolvimento onde os saneamentos são deficientes é causada por bactérias, vírus, protozoários e helmintos. (BRASIL, 2011).

## CONCLUSÃO

As Unidades de Atenção Primária à Saúde objeto desse trabalho apresentaram divergências em relação às normas sanitárias vigentes, conforme se deduz da análise das inconformidades analisadas ao logo do estudo. Porém, foi possível identificar os principais riscos sanitários nas Unidades de Saúde descritas relacionados a limpeza, desinfecção e esterilização.

Entre os riscos identificados destaca-se principalmente o risco biológico relacionado à:

- ausência de monitoramento químico e biológico e controle no processo de esterilização;
- ausência de EPI's para os profissionais responsáveis pela limpeza dos artigos;
- ausência dos Procedimentos Operacionais Padronizados de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos;
- ausência da data de validade nas embalagens esterilizadas

O comprometimento da qualidade dos serviços ofertados e os riscos aos quais se sujeitam os profissionais de saúde e os usuários impõem a imediata resolução dos problemas identificados de modo a garantir a integridade física e segurança das pessoas.

Dessa forma, o estudo pode contribuir para a identificação dos riscos sanitários e contribuir para melhorar a assistência e os serviços ofertados na atenção básica proporcionando um ambiente salubre capaz de, realmente promover a saúde. Além de que, espera-se estimular um raciocínio crítico e reflexivo dos profissionais de saúde e propor medidas que melhorem as condições das nossas unidades de saúde, e conseqüentemente o atendimento prestado.

A realização de estudos como este é necessária para conhecer a assistência à saúde que vem sendo prestada às comunidades, às famílias e ao indivíduo e propor aos profissionais envolvidos melhorias na qualidade de assistência.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Investigação de eventos adversos em Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução da Diretora Colegiada (RDC)/ ANVISA nº 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 2011.

BRITO, M. F. P. et al Validação do processo de esterilização de artigos médico-hospitalares segundo diferentes embalagens. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 414-419, jul./ago. 2002

FRACOLLI, L. A; et al **Vigilância à Saúde**: deve se constituir como política pública? Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.184-192, 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 da Saúde, p. 512.2012.

PINHEIRO, J., ZEITOUNE, R. C. G. Hepatite B e a saúde do trabalhador de **enfermagem Esc Anna Nery** **RevEnferm**v.12 n.2, p. 258 –264, jun,2008 .

ROCHA, S. S. **Invisibilidade de situações de risco biológico no campo da Saúde Pública**: desafios de biossegurança e biosseguridade. Recife: Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 122 p. 2011.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRES

**Raiany Pereira Barros<sup>1</sup>, Kerma Márcia de Freitas<sup>2</sup>, Josué Barros Júnior<sup>3</sup>, Rosane Shirley Saraiva de Lima<sup>4</sup>  
Nelson Nianderson Lima Bezerra<sup>5</sup>, Valéria Kely Gomes da Silva<sup>6</sup>**

*1 Especialista em Urgência e emergência pela Faculdade Vale do Salgado, Enfermeira pela FVS, Icó-CE.*

*2 Doutoranda em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; Coordenadora de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.*

*3 Mestre em Ensino na Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado.*

*4 Enfermeira, Faculdade Vale do Salgado, Pós graduanda em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri, Crato, CE.*

*5 Acadêmica em Enfermagem, FVS, Icó-CE,*

*6 Acadêmico em Enfermagem, FVS, Icó-CE,*

E-mail: [valeriakgs@gmail.com](mailto:valeriakgs@gmail.com)

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito. Epidemiologia. Saúde.

### INTRODUÇÃO

Atualmente os acidentes de transportes terrestres (ATT) veem representando em vários locais do mundo a principal causa de morte não natural. Embora estudos realizados sobre o tema veem mostrando uma redução dos coeficientes de mortalidade por acidentes de trânsito nas principais capitais brasileiras nos últimos anos, estes se mantêm ainda como enorme motivo de morbimortalidade no país.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela em suas estimativas que aproximadamente 1,2 milhões de pessoas perdem a vida anualmente, devido os acidentes ocasionados pelos transportes, o que representa 12% das mortes do planeta, sendo a terceira causa mais frequente de mortes na faixa etária de 1 a 40 anos e a segunda causa na faixa etária de 5 a 29 anos. A OMS relata ainda em um de seus relatórios no ano de 2004 sobre mortalidade de vários países, e o Brasil ocupou o quinto lugar no ranking mundial.

Os Acidentes de Transporte Terrestre são ocorrências de inclusão mundial, relevante pela intensidade da mortalidade e do número de pessoas portadoras de sequelas consequentes. No Brasil, os acidentes de trânsito são as principais causas que provocam hiperendêmias de traumatismos, tornando no nosso país a segunda causa de morbimortalidade, superando apenas pelas enfermidades cardiovasculares e ultrapassados pelos tumores malignos.

Diversos fatores contribuem para ocorrências de ATT, o excesso de velocidade, a falta de manutenção nas vias e nos veículos, as condições climáticas, o desrespeito às leis de trânsito, o não uso do cinto de segurança e da cadeira de contenção de crianças (automóveis) e o principal, a bebida alcoólica, aumentando de fato, a gravidade de acidentes e lesões.

Vale ressaltar que os lugares cortados por vias expressas, estradas em má conservação, movimentada, com pista dupla, e ainda, quando o interior das cidades está em crescimento, onde muitas vezes os veículos circulam sem leis e sem sinalização, são também fatores contribuintes de mortes por acidentes de transportes.

Uma pesquisa realizada sobre a mortalidade por acidentes de transportes terrestres no ano de 2012 mostra o número de óbitos no Brasil no ano de 2009 foi de aproximadamente 37.635 mortes na faixa etária de 10 a 14 anos e 40 a 59 anos, equivalente a 19,6 óbitos por cem mil habitantes, sendo 32,6 para homens e 7,1 para mulheres, tornando a segunda causa de mortes no país.

O autor supracitado relata ainda na sua pesquisa que no período de 2000 a 2010 representou um aumento de 11% devido à variação da população Brasileira, que aumentou de 169.799.170 para 190.755.799 habitantes, tornando o número de óbitos por acidentes de transportes elevados, além do número de mortalidades, com a tendência de aumento devido o crescimento populacional.

Considera-se que o Brasil é um país com o trânsito mais violento do mundo. Desde os anos de 1998 com a implantação de novos Códigos de Trânsito Brasileiro (CTB) a taxa de mortalidade vem se mantendo estável comparado com a de outros países que sofrem com esse mal.

Na maioria desses municípios falta o reconhecimento da gravidade do problema e estratégias de prevenção e repressão aplicadas de forma rotineira e permanente, visando à prevenção das mortes e incapacitações diante do cenário, percebe-se que os acidentes de transportes mostram-se como agravos de grande relevância epidemiológica para a saúde pública. Mediante exposto, questiona-se o seguinte: Qual o perfil epidemiológico dos acidentes com transportes no Município de Icó-Ceará?

O interesse pelo objeto de estudo surgiu a partir da vivências oportunas na emergência do Hospital Regional de Icó, quando realizado estágios extracurriculares para melhor experiência na área de atuação especializada, onde pode-se observar uma frequência de usuários do SUS a procura de atendimento após terem sofridos acidentes de transportes.

Sabe-se que a maioria dos atendimentos em unidades de emergências, especialmente os decorrentes de causas acidentais, poderia ser evitada com a adoção de medidas preventivas. Dessa forma espera-se que o presente estudo, venha contribuir de forma abrangente (profissionais, estudantes, população e demais) refletindo nos riscos e suas medidas de prevenção nos agravos causados pelos acidentes, evitando-os.

Assim, na perspectiva de melhor entendimento sobre a epidemiologia de acidentes de transportes, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos acidentes com transportes no Município de Icó-Ceará no período de 2011 a 2014, tornando-se essencial para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde e prevenção destes eventos, conscientizando a população.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa do tipo documental. Pesquisas exploratórias dão um melhor conhecimento sobre a situação, uma vez que são feitas algumas definições precisas das circunstâncias e também das relações que já existem entre os dados do mesmo sujeito. Já os estudos descritivos, têm como objetivo principal realizar um levantamento de dados na qual permitirá delinear características de uma determinada população (GIL, 2014).

O estudo foi desenvolvido no Município de Icó, Estado do Ceará, distante 375 km da capital Fortaleza. O Município possui uma área de 1.871,996 km<sup>2</sup> e conta com uma população estimada de 67.045 habitantes (IBGE, 2014). O município conta com um Hospital Regional, o qual é referência para outros seis municípios, onde os mesmos compõem a 17<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde.

A população do estudo foi composta por 220 casos de acidentes de transporte, ocorridos no Município de Icó Ceará, cadastrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 2011 a 2014. A coleta de dados foi realizada durante o mês de Dezembro de 2015.

Os dados provenientes do DATASUS foram utilizados para construção dos indicadores relacionados aos acidentes de transportes. As variáveis utilizadas para descrever os resultados foram: **Número de casos por ano** (2011, 2012, 2013 e 2014), **Grupo de causas** (Pedestre traumatizado; Ciclista traumatizado; Motociclista traumatizado; Ocupantes de automóvel traumatizado; Outros acidentes de transporte terrestre), **faixa etária** (1 – 14 anos; 15 – 39 anos; 40 – 69 anos; 70 anos e mais), **sexo e cor/raça**.

Os dados foram apresentados em formas de tabelas e gráficos, após serem tabulados no software TabWin (DATASUS) e estruturados no programa Excel 2010 (Microsoft®).

Tendo vista que dados utilizados nesta pesquisa foram retirados em meio à base de dados secundários, disponível na Internet e de acesso ao público, não foi necessária a submissão deste trabalho à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Mediante os dados encontrados no DATASUS, no período de 2011 a 2014, foram registrados 220 casos de vítimas de acidentes com transportes no Município de Icó, Ceará. De acordo com os dados, no período de 2011 a 2014, os números mais elevados de acidentes de transportes no município de Icó-Ceará, foram de 57 vítimas no ano de 2011 e 61 vítimas no ano de 2013. Fazendo uma análise dos anos 2012 e 2014, consequentes dos anos que tiveram elevados números, houve uma diminuição de casos ocorridos.

Também foi possível identificar que no período analisado, o número de vítimas acidentadas de transporte são elevadas no ano de 2013, totalizando 59 (100%) o número de casos, sendo esses representados 35 (59%) motociclistas traumatizados e 14 (24%) números de pedestres traumatizados.

Vale ressaltar que, no ano que 2011 o número de acidentes envolvendo motociclistas, equivalente 36 vítimas, foi maior do que no ano de 2013. E totalizando o número de casos envolvendo todas as causas no ano de 2011, percebe-se que foi o segundo ano que mostrou as causas elevadas no período pesquisado.

Dentre os acidentes de transportes, verificou-se que a faixa que predominante 15-29 anos, representando um número de 147 vítimas total. Com relação ao sexo, verificou-se que no período avaliado o sexo masculino predominou com 85% das causas.

No que se refere aos dados relativos aos acidentes de transportes segundo a cor/raça, o maior número, 89% dos casos, não apresentaram informações, 9% das vítimas de cor/raça parda, 2% consideradas brancas.

O culminante numero de acidentes de transportes no Município de Icó-CE, ao longo de todos os anos estudados, são parecidos aos dos perfis encontrados por outros autores, na qual os mesmo tem mostrado em suas pesquisas as relevâncias nos cenários, nacional e mundial, nos últimos anos. O problema em geral precisa ser trabalhado com programas educativos relacionados ao trânsito, atingindo aos grupos mais vulneráveis, principalmente a população masculina e os adultos jovens.

Torna-se evidente que os acidentes de transportes eleva uma preocupação na Saúde Pública, causando uma proporção maior de casos de óbitos, preocupante em todo o mundo. No Brasil, os acidentes de transportes configuram-se como a segunda causa de mortalidade por causas externas.

Assim o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo ações continuadas a serviços de amenizar esses tipos de acidentes no mundo. Como exemplos, criações de novas Políticas, Projetos, Normas e Redes, visando monitorar e amenizar os tipos de violências e acidentes.

Torna-se preocupante no Brasil o numero crescente dos motociclistas e sua movimentação sem a devida correspondência de normas, constituindo um problema a mais para a mobilidade social, além do numero de mortes e incapacidades que só aumenta, em proporção com outros veículos.

O aumento da frota de veículos e principalmente motocicletas vem se tornando um dos principais fatores que contribuem para o aumento de numero de acidentes de transportes, bem como também, as mas condições de sinalização, desrespeitos as leis, inexperiências/ imprudências de motoristas, fatores destacados no município em estudo.

Uma pesquisa sobre acidentes de transportes em alguns estados mostra que as principais vítimas do transito são os pedestres e motociclistas e a estimativa do custo desses acidentes anualmente, aproximadamente é de 1% do produto interno bruto (PIB) nos países em desenvolvimento e 2% do PIB nos países desenvolvidos.

A motocicleta se tornou viável no trânsito, sendo econômica, de custo bem inferior quando comparada aos automóveis, além de fácil aquisição e manejo. Apesar da frota de automóveis serem superior à frota de motocicletas, essas facilidades têm levado a uma contraversão nos padrões de acidentes de trânsito, ou seja, as vítimas de AT envolvendo motocicletas (motociclistas e pedestres) dominam em relação àquelas envolvendo os ocupantes de automóveis.

O predomínio das vítimas jovens em AT vem confirmado em vários estudos, inclusive citado na pesquisa de (41), mostrando que os jovens são inexperientes no enfrentamento de situações que ocorrem no transito, principalmente na condução de veículos noturnos.

Recentemente, a Lei Nº. 11.705 de Junho de 2008, conhecida como “Lei Seca”, modificou o Código de Transito Brasileiro, por meio da inclusão de dispositivos legais que proíbem o consumo de bebida alcoólica pelo condutor de veículos, classificando a infração como crime com pena de reclusão, quando a concentração de álcool for superior a 0,6% g/l (BRASIL, 2008).

A “Lei Seca” vem promovendo uma proteção à vida e uma melhoria na Saúde Publica do país, tornando um método preventivo de acidentes de transportes.

Foram registrados no ano de 2002, 126.550 óbitos por causas externas, dentre esses 31.317 (24,75%) corresponderam a acidentes de transportes no Brasil. A taxa de mortalidade por acidentes de transportes na época foi de 19,01 por 100.000 habitantes. Vale ressaltar que o numero de vítimas para população torna-se elevados comparados com outras pesquisas mostradas após a Lei Seca.

Uma pesquisa realizada sobre uma analise de mortalidade por acidente de transporte antes e após a Lei Seca no Brasil, entre os anos de 2007-2009, permitiu identificar uma redução significativa dos casos, - 7,4% na taxa padronizada de mortalidade por ATT (TPM-ATT), que passou de 18,7/100.000 habitantes para 17,3/100.000 habitantes, vale ressaltar que essa redução foi analisada de maneira heterogenia com variações diferentes entre os estados.

Esta pesquisa ressalta ainda que, a diminuição (-12,6%) da TPM-ATT foi considerada significativa na população masculina, já que essa predomina o caos na saúde pública quando relacionado aos AT, passando de 23,7/100 homens no período anterior á Lei Seca para 20,8/100.000 homens após a implantação da Lei, resultando em uma redução de mais de cinco mil óbitos por AT.

Os acidentes de transportes envolvendo adolescentes traz um perfil infrator para a sociedade, uma vez que, há uma elevada frequência de comportamentos impróprios no transito, envolvendo velocidades, avanços em sinais fechados, o não uso de cinto de segurança e dirigir após beber.

A condução dos acidentes de transportes na população jovem vem despertando a necessidades de estudos sobre esses eventos. Infelizmente, no nosso país comparado com outros, a análise e interpretação envolvendo raça/ etnia nos estudos epidemiológicos ainda são escassas na literatura, visto que vem se tornando um ponto importante nas pesquisas relacionadas á saúde.



Os indicadores de saúde envolvendo raça/etnia no Brasil vêm melhorando continuamente, porém, em uma sociedade como a nossa, é preciso que as pesquisas epidemiológicas devam buscar elucidar o impacto, na saúde, das desigualdades socioeconômicas e raciais.

Os homens, na faixa etária de 20 a 39 anos, pardos, residentes das regiões Sudestes e Nordeste, predominam entre as vítimas fatais ocasionados por AT, as taxas de mortalidade por AT ocuparam a segunda posição dentre as taxas de mortalidade por causas externas, apresentando progresso crescente (25,7% de 2000 a 2013), marcadamente a partir de 2010.

No ano de 2013, foram registrados mais de 1 (um) milhão de internações hospitalares, ocasionado por causas externas. Entre os anos de 2004 a 2013, foram registrados 1.662.020 internações por AT a serem pagas pelo Sistema Único de Saúde-SUS no Brasil, distribuídos entre 26,9% internações de pedestres, 56,1% de motociclistas, 9,9% de ocupantes de veículos e 7,1% de ocupantes de outros meios de transportes.

Os acidentes de transportes vêm tornando-se preocupante no Brasil, é de importância no meio científico as buscas e novas pesquisas sobre essas causas, para que possa mostrar a população a vulnerabilidade e os riscos correntes pelos mesmos. Ainda, para que possa traçar e planejar estratégias de prevenção e meios educativos, diminuindo riscos de acidentes e possíveis mortes.

## CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou apresentar as principais características da população vítimas de acidentes de transportes no município de Icó-CE, no período de 2011 a 2014. Visto que, os AT tornou-se a principal causa de morte incluída nas causas externas, tratando-se de um perfil epidemiológico não só no município em estudo, mas em todo país.

Ressaltando a distribuição de sexo e faixa etária, os dados revelam que os homens vêm predominando a causa, representando 85% dos casos registrados no período pesquisado, e os mais jovens (15 a 39 anos) foram os mais acometidos, correspondendo a um número de 147 vítimas.

Torna-se importante e fundamental o enfrentamento desse caos no município, e ainda, manter uma vigilância sobre os casos, abrangendo políticas e ações entre setores, visando melhoria e condições de saúde da comunidade.

Os acidentes de trânsito/transportes, hoje são listados como causas de mortes evitáveis por internações no SUS, definidas como preveníveis por ações dos serviços de saúde acessíveis, essa lista foi proposta pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, onde foi publicada pela primeira vez durante a 9ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (9ª EXPOEPI), no ano de 2009.

Sendo assim, faz-se necessário que propostas e medidas preventivas sejam adotadas pelo município em estudo para diminuição de casos de AT, trazendo melhorias para a comunidade, reforços educativos, capacitações aos profissionais da área para melhor atendimento e aumentar a sobrevivência das vítimas de AT.

Enfim, é importante lembrar que esta pesquisa não esgota as possibilidades de outras análises sobre o tema em questão, uma vez que os dados vêm sempre atualizando, e é preciso mostrar esse impacto a sociedade para que possam se conscientizar na gravidade do problema, visto que o problema seja mundial.

A realização do estudo envolvendo a temática pode vir a contribuir para dar elementos às políticas públicas e programas municipais, direcionando estratégias específicas para o enfrentamento do problema local.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei n. 11.705, de 19 de Junho de 2008**. Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. – 6. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230540&search=ceara%20jico>>. Acesso em: 10 de Nov. de 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que contribuíram de maneira direta e indiretamente para a realização dessa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IMPACTO DOS HÁBITOS ALIMENTARES COMO FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CEARÁ EM 2015

Thais Nogueira Facó de Paula Pessoa<sup>1</sup>, Priscilla de Lima Carneiro<sup>2</sup>, Pedro Antônio de Castro Albuquerque<sup>3</sup>, Socorro Maria Pinho Penteado<sup>4</sup>

*1 Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Graduada em Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Especialista em Vigilância em Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: priscilla\_lcarneiro@hotmail.com

Palavras-chave: Doenças crônicas. Hábitos alimentares. Fatores de risco.

### INTRODUÇÃO

Ao longo do século passado, no Brasil e em vários países, ocorreram mudanças nos perfis demográfico, epidemiológico e nutricional da população e o controle de algumas enfermidades transmissíveis, observando-se a redução das doenças infecciosas e o aumento significativo da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Essa inversão do perfil epidemiológico justifica o estudo dos fatores de risco e determinantes sociais das doenças crônico-degenerativas (SISTEMA CFN/CRN, 2008; MONTEIRO, 2000; CASADO et al., 2009).

O crescimento mundial das DCNT é um desafio tanto da saúde como dos demais setores governamentais. Há uma tendência em seu aumento decorrente do envelhecimento populacional crescente, estilo de vida, acessibilidade aos serviços de saúde e urbanização (BRASIL, 2005; CEARÁ, 2014). Além de ser influenciada pelas condições de vida, exige estratégias dos serviços de saúde. A queda nas taxas das DCNT requer compromissos dos governos, do setor público e privado e de toda a sociedade. Não pode ser tratada apenas como opção individual de escolhas saudáveis (OPAS, 2003; BRASIL, 2007).

As mortes prematuras por doenças não transmissíveis devem ser reduzidas em um terço até 2030. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esses e vários outros compromissos foram assumidos pelos líderes mundiais em reuniões de alto nível da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) para controlar as proporções de epidemia de doenças não transmissíveis e seu impacto no desenvolvimento (WHO, 2015).

Este estudo é um recorte de uma pesquisa maior, intitulada "Vigilância de Fatores de Risco e Proteção das Doenças Crônicas Não transmissíveis" da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) com todos os trabalhadores das 21 Regionais de Saúde e âmbito central, portanto de abrangência estadual. Ressalta-se que essa iniciativa é uma ação prevista no "Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Ceará, 2011-2022", elaborado em consonância com o Plano Nacional, lançado no ano 2012 pelo Ministério da Saúde. Devido a complexidade das DCNT, selecionou-se algumas delas, principalmente as associadas aos fatores de risco nutricionais, para seu surgimento e controle. Ressalta-se aqui a obesidade, hipertensão arterial e diabetes, como as DCNT de ocorrência muito influenciadas pelos hábitos alimentares.

Em um passado recente conseguimos a redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias, o desafio em um futuro próximo é vencermos as barreiras necessárias para reduzir as doenças crônicas não transmissíveis, melhorando a qualidade de vida da população.

O objetivo do presente trabalho é avaliar a situação de saúde dos trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará quanto aos hábitos alimentares e sua influência nas DCNT.

### METODOLOGIA

Conforme a atual organização administrativa da SESA, a população objeto de estudo foi composta por trabalhadores que trabalham nas 21 Regionais de Saúde e âmbito central. Para a coleta de dados utilizou-se o questionário do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), do qual se retirou as perguntas referentes à telefonia.

O instrumento já testado pelo Ministério da Saúde foi aplicado em 1.663 trabalhadores, maiores de 18 anos entre servidores, terceirizados, cedidos de outros órgãos, bolsistas, estagiários, etc. que na época da pesquisa estavam desempenhando algum trabalho nas 21 Regionais de Saúde. Foram excluídos aqueles que não concordaram em

participar da pesquisa ou que não atenderam aos critérios de inclusão. O questionário foi enviado via “malote”, serviço de correspondência oficial utilizado pela SESA para comunicação com as Regionais de Saúde.

A pesquisa não trouxe nenhum risco social, psíquico e de saúde para os servidores participantes. Para a tabulação e processamento dos dados, utilizou-se o software EPIINFO, versão 7.1.3.10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

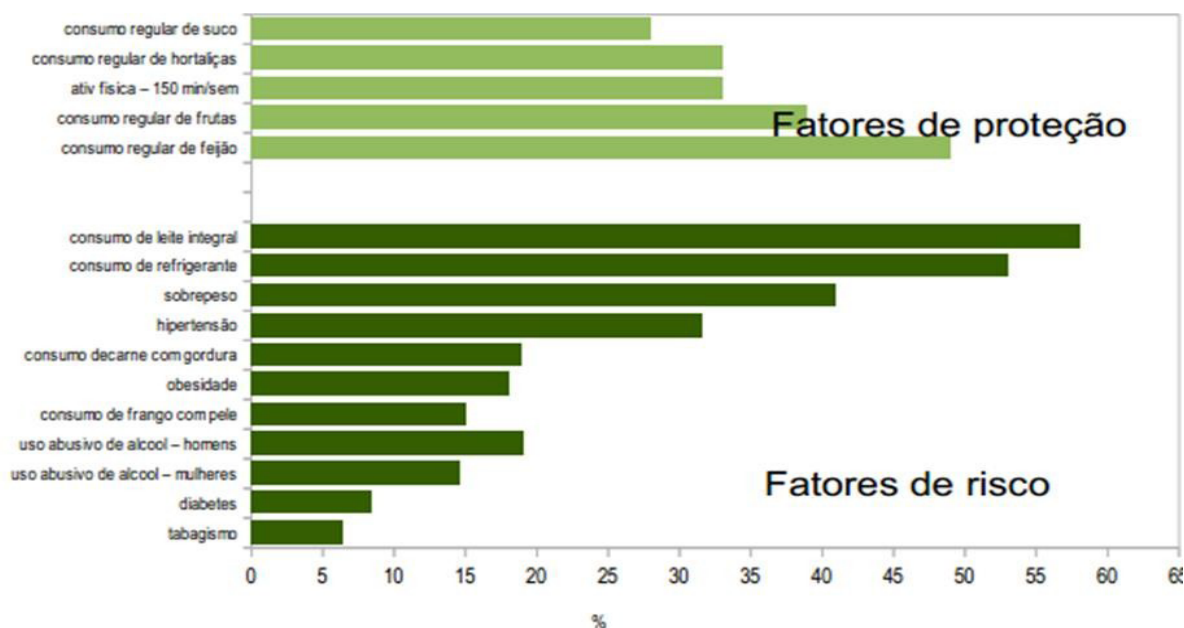
Considerando o total de trabalhadores que participaram do estudo, 45% eram do sexo feminino e 54% do sexo masculino. Mais da metade dos participantes (58%) encontravam-se na faixa etária compreendida entre 45 a 64 anos. Vale ressaltar que as faixas etárias extremas congregaram menos de 10% das pessoas pesquisadas e a grande maioria (87%) possuía mais de 9 anos de estudo.

Os fatores de risco referiram-se ao consumo de alimentos não saudáveis, enquanto os fatores protetores deveu-se aos benefícios à saúde que alguns alimentos agregam. De modo geral, os fatores de risco que se mostraram mais prevalentes foram o consumo de leite integral (57,8%) e o consumo de refrigerante (52,7%).

Enquanto o hábito de consumir carne com excesso de gordura e frango com pele foi encontrado em aproximadamente 19% e 15% dos trabalhadores, respectivamente. Ser portador de diagnóstico de hipertensão arterial foi citado por 31,6% e 8,5% declararam ter diagnóstico de diabetes.

Aliado a esses fatores, chama atenção os percentuais de excesso de peso (40,9%) e obesidade (18%), entre os trabalhadores pesquisados. Com relação aos fatores de proteção, os achados demonstraram que os índices de consumo dos alimentos protetores são pouco habituais, além da prática de atividade física ter apresentado apenas o patamar de 33% entre os trabalhadores, como visualizado no gráfico abaixo.

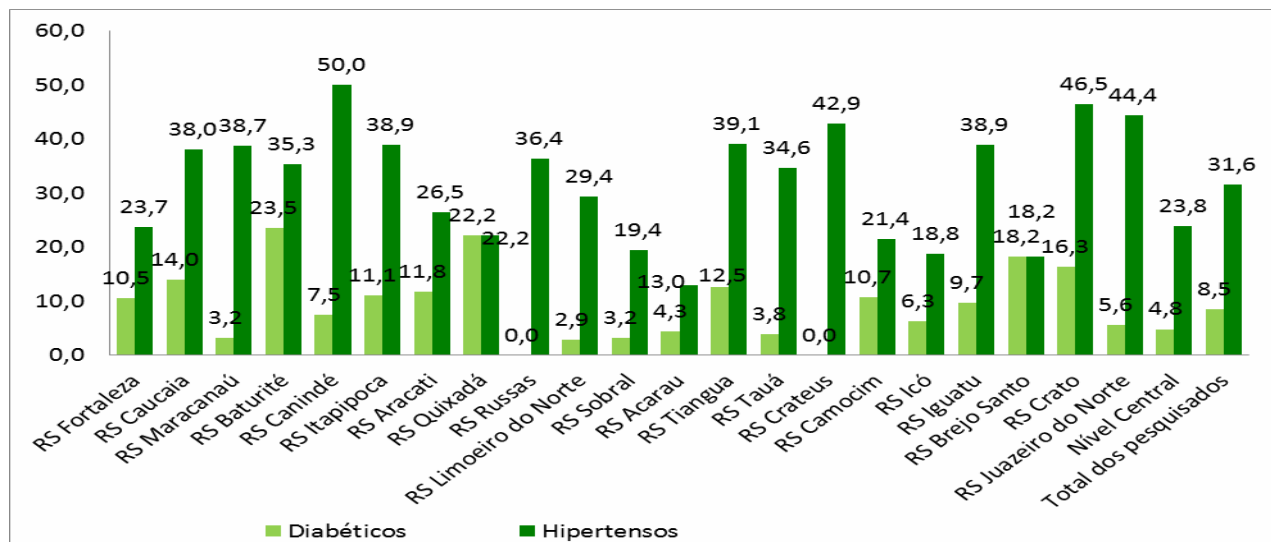
### Percentual de fatores de proteção e risco para as DCNTs, entre trabalhadores da Saúde. Ceará, 2015



Na análise estratificada por regional de saúde encontrou-se que nas Regionais de Maracanaú, Sobral e Tianguá mais de 50,0% dos trabalhadores estavam com excesso de peso enquanto nas Regionais de Itapipoca, Aracati, Russas, Tauá, Camocim, Iguatu, Brejo Santo e Juazeiro do Norte este índice ficou entre 40,0% e 50,0%.

Para a taxa de obesidade, as Regionais identificadas com maiores percentuais foram as de Caucaia, Baturité e Itapipoca. Chamamos atenção especial para a Regional de Itapipoca onde foram registrados elevados percentuais tanto de excesso de peso como de obesidade entre os trabalhadores, conforme gráfico.

**Percentual de trabalhadores com obesidade e excesso de peso, segundo local de trabalho. Ceará, 2015.**



Fonte: Pesquisa DCNT – SESA, 2015

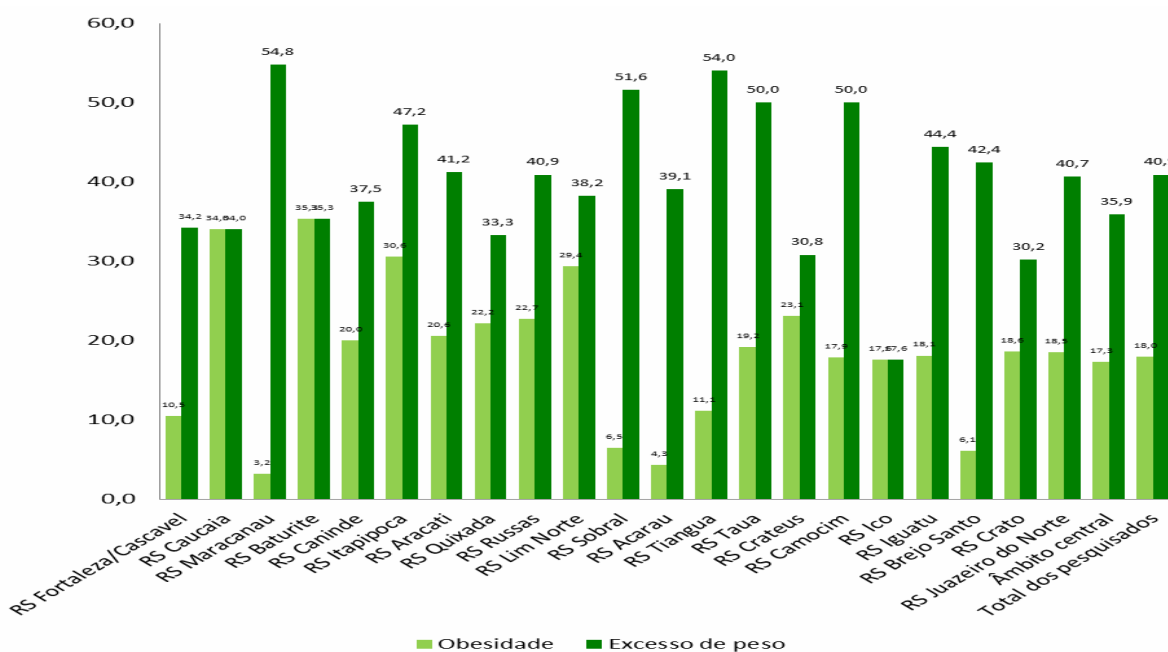
No conjunto dos fatores de risco, identificamos que o excesso de peso e a obesidade apresentaram percentuais aproximados aos registrados na Pesquisa Nacional do VIGITEL realizada em Fortaleza no ano de 2014.

De acordo com o gráfico abaixo, dos trabalhadores pesquisados, 8,5% declararam ter diagnóstico médico de diabetes, com exceção das Regionais de Russas e Crateús, onde não foram identificados trabalhadores com diagnóstico de diabetes. As Regionais que concentraram os maiores percentuais foram as de Baturité, Quixadá, Brejo Santo e Crato, cujos dados revelaram ter acima de 15% de seus trabalhadores com diagnóstico de diabetes.

Ser portador de diagnóstico de hipertensão arterial foi citado por 31,6% dos pesquisados. Nas Regionais de Canindé, Crato, Juazeiro do Norte e Crateús foram concentrados os maiores percentuais de pessoas com hipertensão, com valores superiores a 40,0%. Em contraposição a esses valores, identificamos o menor percentual (13,0%) na Regional de Acaraú.

O diagnóstico de diabetes e de hipertensão arterial encontrado neste estudo foi superior ao registrado em Fortaleza na pesquisa VIGITEL 2014.

**Percentual de Diabéticos e Hipertensos em trabalhadores das Regiões de Saúde e Nível Central. Ceará, 2015.**



Fonte: Pesquisa DCNT – SESA, 2015

## CONCLUSÃO

Os fatores de risco envolvidos para as DCNT são considerados modificáveis e, seus elevados percentuais identificados entre os trabalhadores pesquisados necessitam de intervenções imediatas que impactem na redução desses riscos. Para tanto, urge o desenvolvimento de ações intrasetoriais, como a inclusão de outros setores da sociedade que possibilitem mudanças do estilo de vida desses trabalhadores para a prevenção dessas doenças e promoção da saúde deles.

## REFERÊNCIA

- BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen** / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 230p.
- CASADO, L; VIANNA, L. M; THULER, L. C. S. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis para o Brasil: uma revisão sistemática**. Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(4):379-388.
- CEARÁ. **Informe Epidemiológico Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2014**. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 11 de maio de 2015. 2014.
- MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. I. ed. Aum. Hucitec, Nupens/USP. São Paulo, 2000.
- OPAS. **CARMEN – Iniciativa para prevenção de doenças não transmissíveis nas Américas**, 2003. 40p.
- SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE NUTRICIONISTAS. **O papel do Nutricionista na Atenção Primária de Saúde**. Brasília, 2008. 34p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Non Communicable Diseases Progress Monitor 2015**. Geneva, 2015. 236p.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, a Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM), o Núcleo de Informação e Análise em Saúde (NUIAS) e a todos que contribuíram de forma direta e indireta a oportunidade para participação, aperfeiçoamento profissional, realização e conclusão desse trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRES

**Raiany Pereira Barros<sup>1</sup>, Kerma Márcia de Freitas<sup>2</sup>, Josué Barros Júnior<sup>3</sup>, Rosane Shirley Saraiva de Lima<sup>4</sup>  
Nelson Nianderson Lima Bezerra<sup>5</sup>, Valéria Kely Gomes da Silva<sup>6</sup>**

1 Especialista em Urgência e emergência pela Faculdade Vale do Salgado, Enfermeira pela FVS, Icó-CE.

2 Doutorado em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; Coordenadora de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó-CE.

3 Mestre em Ensino na Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- CE. Docente da Faculdade Vale do Salgado.

4 Enfermeira, Faculdade Vale do Salgado, Pós graduanda em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri, Crato, CE.

5 Acadêmica em Enfermagem, FVS, Icó-CE,

6 Acadêmico em Enfermagem, FVS, Icó-CE,

E-mail: [valeriakgs@gmail.com](mailto:valeriakgs@gmail.com)

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito. Epidemiologia. Saúde.

### INTRODUÇÃO

Atualmente os acidentes de transportes terrestres (ATT) veem representando em vários locais do mundo a principal causa de morte não natural. Embora estudos realizados sobre o tema veem mostrando uma redução dos coeficientes de mortalidade por acidentes de trânsito nas principais capitais brasileiras nos últimos anos, estes se mantêm ainda como enorme motivo de morbimortalidade no país.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela em suas estimativas que aproximadamente 1,2 milhões de pessoas perdem a vida anualmente, devido os acidentes ocasionados pelos transportes, o que representa 12% das mortes do planeta, sendo a terceira causa mais frequente de mortes na faixa etária de 1 a 40 anos e a segunda causa na faixa etária de 5 a 29 anos. A OMS relata ainda em um de seus relatórios no ano de 2004 sobre mortalidade de vários países, e o Brasil ocupou o quinto lugar no ranking mundial.

Os Acidentes de Transporte Terrestre são ocorrências de inclusão mundial, relevante pela intensidade da mortalidade e do número de pessoas portadoras de sequelas consequentes. No Brasil, os acidentes de trânsito são as principais causas que provocam hiperendêmias de traumatismos, tornando no nosso país a segunda causa de morbimortalidade, superando apenas pelas enfermidades cardiovasculares e ultrapassados pelos tumores malignos.

Diversos fatores contribuem para ocorrências de ATT, o excesso de velocidade, a falta de manutenção nas vias e nos veículos, as condições climáticas, o desrespeito às leis de trânsito, o não uso do cinto de segurança e da cadeira de contenção de crianças (automóveis) e o principal, a bebida alcoólica, aumentando de fato, a gravidade de acidentes e lesões.

Vale ressaltar que os lugares cortados por vias expressas, estradas em má conservação, movimentada, com pista dupla, e ainda, quando o interior das cidades está em crescimento, onde muitas vezes os veículos circulam sem leis e sem sinalização, são também fatores contribuintes de mortes por acidentes de transportes.

Uma pesquisa realizada sobre a mortalidade por acidentes de transportes terrestres no ano de 2012 mostra o número de óbitos no Brasil no ano de 2009 foi de aproximadamente 37.635 mortes na faixa

etária de 10 a 14 anos e 40 a 59 anos, equivalente a 19,6 óbitos por cem mil habitantes, sendo 32,6 para homens e 7,1 para mulheres, tornando a segunda causa de mortes no país.

O autor supracitado relata ainda na sua pesquisa que no período de 2000 a 2010 representou um aumento de 11% devido à variação da população Brasileira, que aumentou de 169.799.170 para 190.755.799 habitantes, tornando o número de óbitos por acidentes de transportes elevados, além do número de mortalidades, com a tendência de aumento devido o crescimento populacional.

Considera-se que o Brasil é um país com o trânsito mais violento do mundo. Desde os anos de 1998 com a implantação de novos Códigos de Trânsito Brasileiro (CTB) a taxa de mortalidade vem se mantendo estável comparado com a de outros países que sofrem com esse mal.

Na maioria desses municípios falta o reconhecimento da gravidade do problema e estratégias de prevenção e repressão aplicadas de forma rotineira e permanente, visando à prevenção das mortes e incapacitações diante do cenário, percebe-se que os acidentes de transportes mostram-se como agravos de grande relevância epidemiológica para a saúde pública. Mediante exposto, questiona-se o seguinte: Qual o perfil epidemiológico dos acidentes com transportes no Município de Icó-Ceará?

O interesse pelo objeto de estudo surgiu a partir da vivências oportunas na emergência do Hospital Regional de Icó, quando realizado estágios extracurriculares para melhor experiência na área de atuação especializada, onde pode-se observar uma frequência de usuários do SUS a procura de atendimento após terem sofridos acidentes de transportes.

Sabe-se que a maioria dos atendimentos em unidades de emergências, especialmente os decorrentes de causas acidentais, poderia ser evitada com a adoção de medidas preventivas. Dessa forma espera-se que o presente estudo, venha contribuir de forma abrangente (profissionais, estudantes, população e demais) refletindo nos riscos e suas medidas de prevenção nos agravos causados pelos acidentes, evitando-os.

Assim, na perspectiva de melhor entendimento sobre a epidemiologia de acidentes de transportes, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos acidentes com transportes no Município de Icó-Ceará no período de 2011 a 2014, tornando-se essencial para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde e prevenção destes eventos, conscientizando a população.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa do tipo documental. Pesquisas exploratórias dão um melhor conhecimento sobre a situação, uma vez que são feitas algumas definições precisas das circunstâncias e também das relações que já existem entre os dados do mesmo sujeito. Já os estudos descritivos, têm como objetivo principal realizar um levantamento de dados na qual permitirá delinear características de uma determinada população (GIL, 2014).

O estudo foi desenvolvido no Município de Icó, Estado do Ceará, distante 375 km da capital Fortaleza. O Município possui uma área de 1.871,996 km<sup>2</sup> e conta com uma população estimada de 67.045 habitantes (IBGE, 2014). O município conta com um Hospital Regional, o qual é referência para outros seis municípios, onde os mesmos compõem a 17<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde.

A população do estudo foi composta por 220 casos de acidentes de transporte, ocorridos no Município de Icó Ceará, cadastrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 2011 a 2014. A coleta de dados foi realizada durante o mês de Dezembro de 2015.

Os dados provenientes do DATASUS foram utilizados para construção dos indicadores relacionados aos acidentes de transportes. As variáveis utilizadas para descrever os resultados foram: **Número de casos por ano** (2011, 2012, 2013 e 2014), **Grupo de causas** (Pedestre traumatizado; Ciclista traumatizado; Motociclista traumatizado; Ocupantes de automóvel traumatizado; Outros acidentes de transporte terrestre), **faixa etária** (1 – 14 anos; 15 – 39 anos; 40 – 69 anos; 70 anos e mais), **sexo e cor/raça**.

Os dados foram apresentados em formas de tabelas e gráficos, após serem tabulados no software TabWin (DATASUS) e estruturados no programa Excel 2010 (Microsoft®).

Tendo vista que dados utilizados nesta pesquisa foram retirados em meio à base de dados secundários, disponível na Internet e de acesso ao público, não foi necessária a submissão deste trabalho à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Mediante os dados encontrados no DATASUS, no período de 2011 a 2014, foram registrados 220 casos de vítimas de acidentes com transportes no Município de Icó, Ceará. De acordo com os dados, no período de 2011 a 2014, os números mais elevados de acidentes de transportes no município de Icó-Ceará, foram de 57 vítimas no ano de 2011 e 61 vítimas no ano de 2013. Fazendo uma análise dos anos 2012 e 2014, consequentes dos anos que tiveram elevados números, houve uma diminuição de casos ocorridos.

Também foi possível identificar que no período analisado, o número de vítimas acidentadas de transporte são elevadas no ano de 2013, totalizando 59 (100%) o número de casos, sendo esses representados 35 (59%) motociclistas traumatizados e 14 (24%) números de pedestres traumatizados.

Vale ressaltar que, no ano que 2011 o número de acidentes envolvendo motociclistas, equivalente 36 vítimas, foi maior do que no ano de 2013. E totalizando o número de casos envolvendo todas as causas no ano de 2011, percebe-se que foi o segundo ano que mostrou as causas elevadas no período pesquisado.

Dentre os acidentes de transportes, verificou-se que a faixa que predominante 15-29 anos, representando um número de 147 vítimas total. Com relação ao sexo, verificou-se que no período avaliado o sexo masculino predominou com 85% das causas.

No que se refere aos dados relativos aos acidentes de transportes segundo a cor/raça, o maior número, 89% dos casos, não apresentaram informações, 9% das vítimas de cor/raça parda, 2% consideradas brancas.



O culminante numero de acidentes de transportes no Município de Icó-CE, ao longo de todos os anos estudados, são parecidos aos dos perfis encontrados por outros autores, na qual os mesmo tem mostrado em suas pesquisas as relevâncias nos cenários, nacional e mundial, nos últimos anos. O problema em geral precisa ser trabalhado com programas educativos relacionados ao trânsito, atingindo aos grupos mais vulneráveis, principalmente a população masculina e os adultos jovens.

Torna-se evidente que os acidentes de transportes eleva uma preocupação na Saúde Pública, causando uma proporção maior de casos de óbitos, preocupante em todo o mundo. No Brasil, os acidentes de transportes configuram-se como a segunda causa de mortalidade por causas externas.

Assim o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo ações continuadas a serviços de amenizar esses tipos de acidentes no mundo. Como exemplos, criações de novas Políticas, Projetos, Normas e Redes, visando monitorar e amenizar os tipos de violências e acidentes.

Torna-se preocupante no Brasil o numero crescente dos motociclistas e sua movimentação sem a devida correspondência de normas, constituindo um problema a mais para a mobilidade social, além do numero de mortes e incapacidades que só aumenta, em proporção com outros veículos.

O aumento da frota de veículos e principalmente motocicletas vem se tornando um dos principais fatores que contribuem para o aumento de numero de acidentes de transportes, bem como também, as mas condições de sinalização, desrespeitos as leis, inexperiências/ imprudências de motoristas, fatores destacados no município em estudo.

Uma pesquisa sobre acidentes de transportes em alguns estados mostra que as principais vítimas do transito são os pedestres e motociclistas e a estimativa do custo desses acidentes anualmente, aproximadamente é de 1% do produto interno bruto (PIB) nos países em desenvolvimento e 2% do PIB nos países desenvolvidos.

A motocicleta se tornou viável no trânsito, sendo econômica, de custo bem inferior quando comparada aos automóveis, além de fácil aquisição e manejo. Apesar da frota de automóveis serem superior à frota de motocicletas, essas facilidades têm levado a uma contraversão nos padrões de acidentes de trânsito, ou seja, as vítimas de AT envolvendo motocicletas (motociclistas e pedestres) dominam em relação àquelas envolvendo os ocupantes de automóveis.

O predomínio das vítimas jovens em AT vem confirmado em vários estudos, inclusive citado na pesquisa de (41), mostrando que os jovens são inexperientes no enfrentamento de situações que ocorrem no transito, principalmente na condução de veículos noturnos.

Recentemente, a Lei Nº. 11.705 de Junho de 2008, conhecida como “Lei Seca”, modificou o Código de Transito Brasileiro, por meio da inclusão de dispositivos legais que proíbem o consumo de bebida alcoólica pelo condutor de veículos, classificando a infração como crime com pena de reclusão, quando a concentração de álcool for superior a 0,6% g/l (BRASIL, 2008).

A “Lei Seca” vem promovendo uma proteção à vida e uma melhoria na Saúde Pública do país, tornando um método preventivo de acidentes de transportes.

Foram registrados no ano de 2002, 126.550 óbitos por causas externas, dentre esses 31.317 (24,75%) corresponderam a acidentes de transportes no Brasil. A taxa de mortalidade por acidentes de transportes na época foi de 19,01 por 100.000 habitantes. Vale ressaltar que o numero de vítimas para população torna-se elevados comparados com outras pesquisas mostradas após a Lei Seca.

Uma pesquisa realizada sobre uma analise de mortalidade por acidente de transporte antes e após a Lei Seca no Brasil, entre os anos de 2007-2009, permitiu identificar uma redução significativa dos casos, - 7,4% na taxa padronizada de mortalidade por ATT (TPM-ATT), que passou de 18,7/100.000 habitantes para 17,3/100.000 habitantes, vale ressaltar que essa redução foi analisada de maneira heterogenia com variações diferentes entre os estados.

Esta pesquisa ressalta ainda que, a diminuição (-12,6%) da TPM-ATT foi considerada significativa na população masculina, já que essa predomina o caos na saúde pública quando relacionado aos AT, passando de 23,7/100 homens no período anterior á Lei Seca para 20,8/100.000 homens após a implantação da Lei, resultando em uma redução de mais de cinco mil óbitos por AT.

Os acidentes de transportes envolvendo adolescentes traz um perfil infrator para a sociedade, uma vez que, há uma elevada frequência de comportamentos impróprios no transito, envolvendo velocidades, avanços em sinais fechados, o não uso de cinto de segurança e dirigir após beber.

A condução dos acidentes de transportes na população jovem vem despertando a necessidades de estudos sobre esses eventos. Infelizmente, no nosso país comparado com outros, a análise e interpretação envolvendo raça/ etnia nos estudos epidemiológicos ainda são escassas na literatura, visto que vem se tornando um ponto importante nas pesquisas relacionadas á saúde.



Os indicadores de saúde envolvendo raça/etnia no Brasil vêm melhorando continuamente, porém, em uma sociedade como a nossa, é preciso que as pesquisas epidemiológicas devam buscar elucidar o impacto, na saúde, das desigualdades socioeconômicas e raciais.

Os homens, na faixa etária de 20 a 39 anos, pardos, residentes das regiões Sudestes e Nordeste, predominam entre as vítimas fatais ocasionados por AT, as taxas de mortalidade por AT ocuparam a segunda posição dentre as taxas de mortalidade por causas externas, apresentando progresso crescente (25,7% de 2000 a 2013), marcadamente a partir de 2010.

No ano de 2013, foram registrados mais de 1 (um) milhão de internações hospitalares, ocasionado por causas externas. Entre os anos de 2004 a 2013, foram registrados 1.662.020 internações por AT a serem pagos pelo Sistema Único de Saúde-SUS no Brasil, distribuídos entre 26,9% internações de pedestres, 56,1% de motociclistas, 9,9% de ocupantes de veículos e 7,1% de ocupantes de outros meios de transportes.

Os acidentes de transportes vêm tornando-se preocupante no Brasil, é de importância no meio científico as buscas e novas pesquisas sobre essas causas, para que possa mostrar a população a vulnerabilidade e os riscos correntes pelos mesmos. Ainda, para que possa traçar e planejar estratégias de prevenção e meios educativos, diminuindo riscos de acidentes e possíveis mortes.

## CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou apresentar as principais características da população vítimas de acidentes de transportes no município de Icó-CE, no período de 2011 a 2014. Visto que, os AT tornou-se a principal causa de morte incluída nas causas externas, tratando-se de um perfil epidemiológico não só no município em estudo, mas em todo país.

Ressaltando a distribuição de sexo e faixa etária, os dados revelam que os homens vêm predominando a causa, representando 85% dos casos registrados no período pesquisado, e os mais jovens (15 a 39 anos) foram os mais acometidos, correspondendo a um número de 147 vítimas.

Torna-se importante e fundamental o enfrentamento desse caos no município, e ainda, manter uma vigilância sobre os casos, abrangendo políticas e ações entre setores, visando melhoria e condições de saúde da comunidade.

Os acidentes de trânsito/transportes, hoje são listados como causas de mortes evitáveis por internações no SUS, definidas como preveníveis por ações dos serviços de saúde acessíveis, essa lista foi proposta pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, onde foi publicada pela primeira vez durante a 9ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (9ª EXPOEPI), no ano de 2009.

Sendo assim, faz-se necessário que propostas e medidas preventivas sejam adotadas pelo município em estudo para diminuição de casos de AT, trazendo melhorias para a comunidade, reforços educativos, capacitações aos profissionais da área para melhor atendimento e aumentar a sobrevivência das vítimas de AT.

Enfim, é importante lembrar que esta pesquisa não esgota as possibilidades de outras análises sobre o tema em questão, uma vez que os dados vêm sempre atualizando, e é preciso mostrar esse impacto a sociedade para que possam se conscientizar na gravidade do problema, visto que o problema seja mundial.

A realização do estudo envolvendo a temática pode vir a contribuir para dar elementos às políticas públicas e programas municipais, direcionando estratégias específicas para o enfrentamento do problema local.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei n. 11.705, de 19 de Junho de 2008**. Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. – 6. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230540&search=ceara%20jico>>. Acesso em: 10 de Nov. de 2015.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que contribuíram de maneira direta e indiretamente para a realização dessa pesquisa.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## NARRATIVAS DOS PARTICIPANTES DO PROJETO QUATRO VARAS SOBRE A TERAPIA COMUNITÁRIA

Ivo Santana de Sousa<sup>1</sup>, Mônica Cordeiro Ximenes de Oliveira<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Acadêmico de Fisioterapia, Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza-Ceará-Brasil [ivosan.85@gmail.com](mailto:ivosan.85@gmail.com)

<sup>2</sup> Mestre em Sociologia, Universidade Federal do Ceará (UFC), Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS).  
Fortaleza-Ceará-Brasil

E-mail: [ivosan.85@gmail.com](mailto:ivosan.85@gmail.com)

Palavras-chave: Saúde mental. Terapia Comunitária. Atenção Básica.

### INTRODUÇÃO

As discussões sobre a necessidade de um sistema de saúde mais justo, que se organize levando em consideração a equidade, as necessidades regionais e dos usuários, com a saúde como direito, não são de hoje. Desde a década de 1970, através do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, se propõe à sociedade uma mudança na organização do sistema de saúde vigente (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

O objetivo da Reforma Psiquiátrica, com a integração entre saúde mental e rede básica, é o de fomentar nos indivíduos, na família e na comunidade: crescimento, autonomia, garantia de direitos, qualificação da convivência, garantia da escuta, valorização das raízes culturais e redes de pertencimento, reapropriação do processo de adoecer, potencialização e ampliação das redes de apoio e negação a toda forma de medicalização que gere cronificação (SUS/CNS, 2002; BRASIL, 2004).

Com vistas nessas mudanças a VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, nos anos 1980, foram importantes para as muitas conquistas que aconteceram no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil. Apesar de muitos conflitos, embates e diferentes interesses, ocorreram importantes mudanças, chegando à Constituição Federal Brasileira de 1988, que reconhece a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Um importante marco dessa trajetória é a publicação do Decreto nº 7.508/2011 que estabeleceu a exigência da atenção psicossocial como um dos requisitos para a instituição das Regiões de Saúde e para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços integrada, articulada e resolutiva (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da publicação da Portaria nº 3.088/2012 baseada nos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Espera-se que o fortalecimento da RAPS promova a oferta qualificada de atenção integral e contínua, de modo a produzir transformação nas realidades sociais em prol do cuidado em liberdade, de equidade, de tolerância às diferenças, de ampliação da autonomia e de garantia de direitos (BRASIL, 2016).

Na concepção de Bezerra Jr (2007) apesar das dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, é fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos. Os mais de mil

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental.

A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospital ocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização, cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura. O autor reforça que a própria consolidação da Reforma veio trazer à tona uma quantidade crescente de desafios que precisam ser incorporados à agenda dos campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva

Os estudos de Randemark *et al.* (2004) e Suiyama *et al.*, (2007) referem que no início da Reforma Psiquiátrica Brasileira ficava evidente que havia como meta a humanização do atendimento aos pacientes internados em hospitais psiquiátricos, depois passou a ter como objetivo a reinserção social e também o resgate da cidadania e da singularidade desses pacientes.

Assim sendo, a Reforma Psiquiátrica vem, ao longo do tempo, procurando modificar a assistência à saúde mental, baseada no modelo centrado na referência hospitalar, geradora de cronificação, estigmatização e isolamento

da clientela, para um modelo de atenção descentralizada e de base comunitária. Para isso, tem-se buscado a integração da rede básica de saúde (Estratégia de Saúde da Família - ESF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS), com os Centros de Atendimento Psicossocial - CAPS, Residências Terapêuticas, dentre outros serviços que ofereçam intervenções substitutivas ao tratamento especializado em saúde mental (SUS/CNS 2002; BRASIL, 2006).

Nesse contexto, a terapia comunitária surgiu em 1987 e vem se instituindo na Política Nacional da Atenção Básica, como instrumento para auxiliar na atenção à saúde mental comunitária. Desde 2008, busca integrar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde (MS). Em 2007, foi assinado um convênio entre a UFC e o MS (Convênio 2397/2008 - GPS 2241- MS e FCPC) com o intuito de formar 1000 profissionais de saúde em terapia comunitária, com ênfase no agente comunitário de saúde.

Rocha et al(2009) reconhece que a Terapia Comunitária aparece como uma das formas de cuidado, que tem dado respostas satisfatórias aos que dela se beneficiam, sendo mais um instrumento de trabalho, que pode ser utilizado pelos profissionais da saúde, no cuidado com pessoas na comunidade.

Os autores acima reforçam, em sua tese, que a Terapia Comunitária, surgir como uma ferramenta de cuidado nos programas de inserção e apoio à saúde mental da população visto que este é um espaço de acolhimento, para a partilha de sofrimentos e sabedoria de vida, que ocorre de maneira circular e horizontal. Constitui um espaço de escuta, reflexão e troca de experiências, criando uma teia de relação social entre os participantes, na busca de soluções para os conflitos pessoais e familiares. Beneficia as relações interpessoais, a formação de redes sociais solidárias e a utilização da cultura popular como subsídio para soluções de problemas vividos pela comunidade.

Na tese de Barreto (2005) a Terapia Comunitária é um instrumento que permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura-se, na visão do autor, suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo valorizando a herança cultural dos nossos antepassados indígenas, africanos, orientais e europeus, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um.

A Terapia Comunitária foi desenvolvida a partir de 1987 na comunidade do Pirambu, em Fortaleza- CE, pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, docente do Curso de Medicina Social da Universidade Federal do Ceará, psiquiatra, teólogo e antropólogo, visando atender às necessidades de saúde de tal comunidade.

Na explicação de Barreto(2005) a terapia comunitária busca promover o empoderamento e, sobretudo, significa possibilitar ao grupo as mudanças nos seguintes paradigmas: sujeitos com apresentação de soluções participativas, gerando competências, com valorização comunitária e cultural, primando a corresponsabilidade. Assim sendo, a Terapia Comunitária e suas ações complementares incentivam a responsabilidade conjunta na busca de novas alternativas existenciais e promovem mudanças fundamentadas em três atitudes básicas: acolhimento respeitoso, formação de vínculos e empoderamento das pessoas.

Assim sendo, a Terapia Comunitária e suas ações complementares incentivam a responsabilidade conjunta na busca de novas alternativas existenciais e promovem mudanças fundamentadas em três atitudes básicas: acolhimento respeitoso, formação de vínculos e empoderamento das pessoas. Baseado nessa experiência realizada no Pirambu, Adalberto Barreto, apoiado pela Universidade Federal do Ceará, resolveu expandir a Terapia Comunitária, formando terapeutas comunitários. Hoje existem 41 pólos de formação, distribuídos em 21 estados brasileiros, onde foram formados 15.500 terapeutas comunitários, aproximadamente (BARRETO, 2005).

Observa-se identificação da Terapia Comunitária com a proposta atual da Reforma Psiquiátrica, principalmente quando se avalia a proposta dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico na rede da atenção básica. Esses serviços devem desenvolver uma atenção onde haja uma promoção da inclusão social, respeito às possibilidades individuais, princípio de cidadania, integração com a família num ambiente pautado no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe (SUS/CNS 2002).

Castiel (2004) complementa que a terapia comunitária vem também apoiar a proposta da promoção em saúde quando se busca estimular a saúde positiva, que diz respeito a prevenir doenças mais do que tratá-las, focar no trabalho com comunidades buscando a participação com vistas a desenvolver ambientes saudáveis, dentre outras questões.

Para tanto o estudo tem como objetivo compreender as narrativas dos participantes do projeto quatro varas sobre a terapia comunitária.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa. A opção por essa metodologia procura respaldar-se no que confere Minayo (2006) quando reforça que a pesquisa qualitativa responde a temas muito particulares, trabalhando com questões sociais, com nível de realidade que não pode ser quantificada e, sobretudo, procura dar

ênfase nos significados, crenças e valores dos informantes. Bosi (2012) refere sobre a importância dos trabalhos qualitativos feitos na área da saúde coletiva, visto que esse trabalho explora mais os aspectos subjetivos dos indivíduos envolvidos na confecção do trabalho.

O estudo ocorreu nos meses de julho e agosto de 2017. Fizeram parte do estudo 6 participantes da Terapia Comunitária do projeto Quatro Varas em Fortaleza. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e do Consentimento de Participação pós-esclarecimento, aplicamos 6 entrevistas semiestruturadas que foram apreendidas por meio de anotações e gravações de voz.

Os dados foram transcritos e analisados através da análise de narrativa. Os estudos que procuram interpretar questões subjetivas priorizam essa análise em virtude de ser uma das que possibilita ao pesquisador, como ressalta Chizzotti (2006), descrever o significado da narrativa e permite livre interpretação a ser feita pelos próprios informantes.

A pesquisa seguiu os aspectos éticos estabelecidos na Resolução 466/12 empregadas na pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde e teve o Parecer do CEP com o número 2.198.549.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Grandesso(2010) reconhece que na terapia comunitária cada pessoa é convidada a falar de si e estimulado a ouvir a partilha das diferentes histórias narradas, escolhendo e acolhendo aquilo que tiver ressonância dentro de si e que, por identificação, confira sentido à própria experiência.

Nas falas dos participantes entrevistados, ficou evidente o que o autor acima refere que a Terapia Comunitária auxilia no cotidiano de suas vidas e em seu estado depressivo como vemos a seguir nas entrevistas: “ Eu comecei a frequentar esse espaço por que assisti no programa de televisão, e aqui falavam então que aqui curava o estresse, então como eu estava muito estressada por que cuidava de minha mãe (longa pausa)... aqui eu fui bem acolhida, então minha vida mudou muito de lá pra cá...aqui tenho o apoio de todo mundo. Minha família acha que eu estou muito bem, que eu melhorei muito, então eu me sinto bem, bem bem mesmo.” (P1); “É, eu comecei a fazer essa terapia aqui no projeto quatro varas, quando eu comecei a sentir uma depressão que nem eu mesma sabia de onde ela tinha surgido, passei, passei a não ir nem mais trabalhar... então eu comecei a falar do meu problema aqui, e aí eu fiquei desde o primeiro dia que eu vim, eu comecei a me sentir melhor... aqui todo mundo é solidário, todo mundo abraça uns os outros e aqui eu sou feliz e hoje eu posso dizer que eu sou a pessoa mais feliz do mundo por participar desse projeto.” (P2); “Cheguei aqui depressiva, raspei os cabelos, quase corto meu pescoço (breve silêncio), há um ano atrás, no decorrer desse tempo, fui vendo que (pequeno silêncio) eu tava ruim demais, eu não enxergava isso, era incrível (pequeno silêncio)... hoje graças a Deus minha cabeça tá melhor... eu tô muuuuito bem, muito bem mesmo e hoje eu tô tentando ajudar todos aqui também.” (P3); “Eu conheci o quatro vara foi através de uma doutora lá do CIEIS que me indicou pra cá, que eu tava sintindo muita falta de ar tipo, ansiedade aí ela me encaminhou pra cá... desde de fevereiro que eu tô aqui e eu num pretendo sair não, por que aqui é muito bom... aqui a gente fica boa mesmo... e eu aconselho muitas pessoas vim pra cá que aqui fica bom mesmo quem tiver doente para até de tomar remédio que eu parei, eu não tomo mais.” (P4).

Nesse processo da terapia compreendemos da mesma maneira como estão referidos nos estudos de Holanda, Dias e Ferreira (2007) a terapia comunitária pode ser reconhecida como um espaço de ampliação da consciência sobre os dilemas existenciais, onde cada pessoa pode transformar a sua história e o seu sofrimento. A mudança decorre da organização nas trocas sociais interativas entre o eu e o outro.

## CONCLUSÃO

O estudo mostra a importância da Terapia Comunitária na Política Nacional da Atenção Básica, auxiliando assim na atenção à saúde mental comunitária, numa perspectiva de reinserção pessoal, familiar e social de maneira saudável e positiva na sua integração.

Compreendemos com a pesquisa também que a terapia comunitária promove um espaço para cuidar do sofrimento das pessoas e, sobretudo, é um espaço onde a fala e a escuta funciona como uma maneira de acolher os sofrimentos para que ele possa ser transformado e reconhecido como eficaz para o fortalecimento da autoestima e na ressignificação do cotidiano das pessoas que participam do projeto quatro varas.

Vimos que a religiosidade é uma prática que faz parte do processo da terapia comunitária, visto que, esta é valorizada nas práticas do acolhimento e no respeito ao outro. Assim, dar valor as diferentes manifestações culturais é respeitar a complexidade da vida humana e reconhecer o modo criativo com que estas pessoas e comunidades “re”significam e “re”constroem o seu cotidiano na busca de uma qualidade de vida e de uma nova identidade.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, A. de P. **Terapia comunitária passo a passo**. – Fortaleza: gráfica LCR, 2005.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. Janeiro. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.
- BEZERRA, J. R. B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Legislação em saúde mental: 1990-2004 – 5. ed. Ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde 109 Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. – Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.
- BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios Qualitative research in **collective health: overview and challenges**. 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde: **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: Maio, 2016, 143 p.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- CASTIEL, L.D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. **Rev. Saúde Pública**; 2004,
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 2003.
- GRANDESSO, M. A. **Terapia Comunitária**. Disponível em:file:///E:/tcc/ Barreto, htm. Onepage&q&fAcesso em 20 de maio 2016.
- HOLANDA, V, R; DIAS, M.D; FERREIAR FILHA, M.O. Contribuições da Terapia Comunitária para o Enfrentamento das Inquietações de Gestantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem: Goiás**, V.09 Nº 01, 2007.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
- RANDEMARK, N. F. R.; JORGE, M. S. B.; QUEIROZ, M. V. O. (2004). A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto e contexto em enfermagem*, 13 (4), pp 543-550.
- ROCHA *et al*. A terapia comunitária como um novo A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev Bras Enferm, Brasília** 2009 set-out; 62(5): 687-94.
- SUIYAMA, R. C. B.; Rolim, M. A.; COLVERO, L. A. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? **Saúde e Sociedade**, 16 (3), pp 102-110.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Mônica Cordeiro por estar comigo, me direcionando e realizando a construção desse trabalho, ao Projeto Quatro Varas junto com o Professor Adalberto Barreto por possibilitar um conhecimento até então desconhecido, no que diz respeito à terapia comunitária e permitir a realização desse trabalho e a vivência dessa experiência. Aos meus familiares por me apoiarem e me incentivarem, principalmente a minha mãe Selma por não me deixar desistir.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## RELAÇÃO ENTRE A ATIVIDADE FÍSICA E O EXCESSO DE PESO EM AMBIENTE UNIVERSITÁRIO

Carla Christina Pereira da Silva Godinho<sup>1\*</sup>(PG), Cleibiane Vituriano de Souza<sup>1</sup>(PG), Naiana Anchieta Mendes Melo<sup>2</sup>(IC), Gabriela Pessoa Marinho Holanda<sup>3</sup>(IC), Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>4</sup>(PQ), Ana Paula Vasconcellos Abdon<sup>4</sup>(PQ)

1 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza CE

2 Graduação em Fisioterapia, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE

3 Graduação em Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE

4 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE

E-mail: carlachristinna@hotmail.com

Palavras-chave: Atividade Física. Peso Corporal. Prevenção.

### INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi institucionalizada no Brasil em 2006 através da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 intensificando o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS (BRASIL, 2015)

A PNPS estabeleceu vários objetivos específicos, como incorporar e implementar ações de promoção da saúde; incentivar alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde; estimular a utilização de espaços públicos convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações promotoras da saúde; dentre outros. Esses objetivos reforçam a necessidade de se criar estratégias que promovam a saúde em diferentes ambientes, dentre eles, o universitário (MALTA et al, 2014).

Através da grande prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como doenças coronarianas, metabólicas como diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer e elevados índices de mortalidade, a PNPS inseriu a atividade física como uma das estratégias a serem adotadas como fator de proteção da obesidade e sobrepeso (PIRES et al, 2013).

A atividade física aumenta a circulação, conseqüentemente o aporte sanguíneo, redução de índices metabólicos como colesterol, além de contribuir para o controle da obesidade através da redução do peso corporal. Do ponto de vista musculoesquelético, auxilia na melhora da força e do tônus muscular e da flexibilidade, fortalecimento dos ossos e das articulações (XAVIER, 2017).

A Universidade é uma instituição que exerce grande influência na vida de jovens e adultos. É o ambiente adequado para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde, e o desenvolvimento de hábitos saudáveis. Parte-se do pressuposto que uma ação desta natureza não se desenvolve plenamente tendo como alvo somente os alunos, porém deve envolver toda a comunidade acadêmica, objetivando a construção de um conhecimento crítico que estimule a busca de condições de hábitos saudáveis (LOURINHO, 2016).

As atividades educativas promotoras de saúde no ambiente universitário, em particular a promoção de hábitos saudáveis, exercem impacto sobre a saúde, a autoestima, os comportamentos e o desenvolvimento de habilidades para a vida de todos os membros da comunidade acadêmica. Nesse

contexto, a Universidade atua como promotora de saúde, pois além de estimular a atividade física proporciona práticas saudáveis no processo de ensino-aprendizagem, estimulando, dessa forma, o envolvimento de todos os acadêmicos (CAMOZZI et al, 2015).

Partindo do exposto, a pesquisa teve como objetivo avaliar a relação entre a atividade física com o excesso de peso no ambiente universitário.

### METODOLOGIA

O estudo realizado foi quantitativo, do tipo transversal e analítico, vinculado a um projeto guarda-chuva intitulado "Promoção de Saúde na população jovem: qual o papel da Universidade?", aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (parecer nº. 1.795.390), desenvolvido no *campus* de uma instituição de ensino superior (IES) privada do Município de Fortaleza, Ceará.

A população de estudo foi composta por 192 universitários, independente do sexo, com idade igual ou superior 18 anos e regularmente matriculados em um dos 9 cursos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UNIFOR.



Foram excluídos os alunos com deficiência física, visual e gestantes em virtude das especificidades dos instrumentos de coleta selecionados.

Após a seleção, foram aplicados os instrumentos de coleta: Instrumento de Avaliação da Promoção da Saúde na Universidade (IAPSU) e um Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta.

O IAPSU, validado no estudo de Catrib et al (2015), contém dados demográficos e socioeconômicos e possui 5 domínios. Nesse estudo foram utilizados itens do domínio 1 – Atividade Física. O IPAQ versão curta é um questionário contendo 8 perguntas que avaliam o nível de atividade física. Foi validado no Brasil no estudo de Matsudo et al (2001).

Os dados foram analisados através da estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio da frequência absoluta e relativa e as variáveis numéricas por meio da média

± desvio padrão (DP). Para análise inferencial entre as variáveis dependentes e independentes foram aplicados testes estatísticos, adotando nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As universidades promotoras de saúde exercem influência na vida dos alunos, dos funcionários e toda a comunidade situada no seu entorno, sendo um local favorável para atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, atuando dessa forma na modificação e adaptação do ambiente tornando-o mais favorável possível à qualidade de vida e bem-estar (LOURINHO, 2016)

De acordo com Sonati et al (2014), o estilo de vida do acadêmico está relacionado à disposição para o estudo, tendo em vista que o aumento da circulação e a produção de substâncias estimulantes são estimulados através do exercício físico contribuindo assim para o bem-estar físico e psicossocial. No estudo de Alves (2011) apesar do conhecimento sobre a influência da atividade física na qualidade de vida, na saúde e bem-estar os acadêmicos apresentam comportamento de inatividade devido à sobrecarga de atividades curriculares e extracurriculares.

Na presente pesquisa, observou-se que 99,5% dos alunos ( $n=177$ ) têm conhecimento sobre os espaços que a universidade oferece para a prática de atividade física; no entanto, apenas 6,8% ( $n=13$ ) realizam essa prática dentro do ambiente universitário.

Sobre a avaliação da qualidade dos espaços oferecidos para a atividade física na universidade, 0,5% ( $n=1$ ) atribuiu como ruim, 10,0% ( $n=19$ ) como regular e 89,5% ( $n=170$ ) como boa/muito boa a qualidade dos espaços. Em relação à prática de atividade física, 97,9% ( $n=187$ ) afirmaram que ela influencia na sua saúde e bem-estar.

Paralelo a isso, em 2011, o Ministério de Saúde do Brasil, elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2011-2022) onde foram definidas as ações para o para o combate e controle das Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT) nos próximos dez anos. Esse Plano enfatizou a relevância de atuar nos determinantes sociais, que exercem influência nos fatores de riscos para as DANT através da promoção de ambientes adequados para a adoção de comportamentos saudáveis (BRASIL, 2011a).

Dentre as DCNT, obesidade é considerada um problema de saúde pública, pois apresenta um grande impacto nas taxas de mortalidade e morbidade populacionais. Segundo a OMS, ela é considerada como um acúmulo anormal ou em excesso de gordura corporal que pode acarretar problemas à saúde (CHAGAS, 2013).

Ao avaliar o perfil antropométrico dos universitários pelo índice de massa corporal (IMC), o qual verificou-se que 4,7% ( $n=9$ ) estavam com baixo peso, 64,7% ( $n=123$ ) eram eutróficos, 20,0% ( $n=38$ ) estavam com sobrepeso e 10,5% ( $n=20$ ) eram obesos.

Sobre o nível de atividade física dos universitários, constatou-se elevado percentual de universitários sedentários ou insuficientemente ativos (Tabela 1).

Tabela 1. Nível de atividade física dos universitários de acordo com o IPAQ. Fortaleza, 2017.

Nível de atividade física	n	%
Sedentário	48	25,0
Insuficientemente ativo A	29	15,1
Insuficientemente ativo B	36	18,8
Ativo	52	27,1
Muito ativo	27	14,1

IPAQ: Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta.

Ao verificar a relação entre o sedentarismo com o índice de massa corporal e com a circunferência abdominal, independente do sexo dos universitários, não foi detectado diferença entre os níveis de atividade física e essas medidas antropométricas relação entre essas variáveis ( $p=0,38$ ) (Tabela 2).

Tabela 2. Nível de atividade física dos universitários de acordo com o IPAQ. Fortaleza, 2017.

	Médio	Desvio Padrão
Sedentário	23,6	4,33
Insuficientemente ativo A	23,3	4,27
Insuficientemente ativo B	24,5	5,34
Ativo	23,8	3,71
Muito ativo	24,0	4,23

Cruz et al (2015) realizaram um estudo com 187 entrevistados, onde (11,8%) foram classificados como muito ativo, (38,5%), como ativo, (17,1%), como irregularmente ativo tipo A, (18,2%), como irregularmente ativo B (14,4%), como sedentários.

Esses dados corroboram com Faria (2012) que refere que a maioria dos estudantes tem estilos de vida pouco saudáveis. Nos resultados, a maioria não realiza atividades vigorosas e apenas 17% praticam atividade em três ou mais dias na semana.

Segundo Alves et al (2010), a relação de atividade física, com o índice de massa corporal (IMC), relação cintura/quadril (RCQ) e percentagem de gordura corporal, vem sendo largamente aceita pela literatura, com o intuito de empregar estes indicadores na prevenção da obesidade, esta que é caracterizada como uma doença multifatorial com contribuição de elementos como dieta, atividade física, genética e fatores sociais.

Um estudo realizado por Silva (2008) demonstrou que a chance de sobrepeso e obesidade foi menor entre os rapazes que participavam de atividade física em comparação com os que não participavam.

A universidade é um ambiente adequado ao desenvolvimento de ações educativas que estimulem a prática de atividades com o objetivo de promover saúde. Dessa forma, atua como um fator de proteção a doenças não transmissíveis como a obesidade, sendo um local de atuação de Saúde Pública (Mello et al, 2010).

## CONCLUSÃO

Encontraram-se elevados índices de sedentarismo entre os universitários, mesmo a universidade oferecendo ambiente favorável à prática de atividade física. Diante desses achados, considera-se importante a adoção de estratégias de educação em saúde no tocante a estimular hábitos saudáveis.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, E.F. Estilo de vida de estudantes de graduação em enfermagem de uma instituição do sul do Brasil. **Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v.3, n, 1, p. 1-13, 2011.
- ALVES, V.V. Concordância entre critérios de categorização do nível de atividade física a partir do questionário internacional de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 2, p. 111-4, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CAMOZZI, A.B.Q. et al. Promoção da Alimentação Saudável na Escola: realidade ou utopia?. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 32-37, 2015.
- CATRIB, AM.F. et al. Desenvolvimento e reprodutibilidade do instrumento de avaliação da promoção da saúde na universidade- IAPSU. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.28, n.3, p.305-317, 2015.
- CHAGAS, M. O. Obesidade mórbida: qualidade de vida e acessibilidade. Goiânia, 2013.
- CRUZ, M.A.F. Nível de atividade física e índice de massa corpórea em acadêmicos de Medicina da Universidade Tiradentes em Aracaju-Se. **Ciências Biológicas e de Saúde**, v. 3, n. 1, p. 101-12, 2015.



FARIA, D.L. dos S. Estudo Comparativo dos Estilos de Vida dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior no Início e no Final do Curso Covilhã, maio de 2012.

LOURINHO, L.A. Formação Em Fonoaudiologia: (Re) Pensar a Perspectiva Clínica a partir dos pressupostos da Universidade Promotora de Saúde. 2016. 236 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2016.

MALTA, D.C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 19, n. 3, p. 286-299, 2014.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Atividade Física e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 6-18, 2001.

MELLO, A.L.S.F. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Comunicação Saúde Educação** v.14, n.34, p.683-92, 2010.

PIRES, Cláudia Geovana da Silva et al. Prática de atividade física entre estudantes de graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 5, p. 436-43, 2013.

SILVA, K.S. da. Associações entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 1, p. 159-68, 2008.

SONATI, J.G. Análise comparativa da qualidade de vida de adultos e idosos envolvidos com a prática regular de atividade física. **Revista Brasileira em Geriatria Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 731-739, 2014.

XAVIER, M.O. Tipos de atividades físicas e densidade mineral óssea em adultos aparentemente saudáveis. **BRASPEN J.**, v. 32, n. 2, p. 119-24, 2017.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## REALIZAÇÃO DE DIETA E ATIVIDADE FÍSICA PARA UM BOM CONTROLE GLICÊMICO DE PESSOAS COM DIABETES

**Fernanda Aline Rodrigues dos Santos<sup>1\*</sup>, Luiza Helena Holanda de Lima Silva<sup>1</sup>, Ana Vieira de Sousa<sup>2</sup>, Samila Torquato Araújo<sup>3</sup>, Natasha Marques Frota<sup>4</sup>, Renan Magalhães Monteiro Júnior<sup>5</sup>.**

1- Acadêmicas do curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

2- Enfermeira do curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

3- Enfermeira. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará. Orientadora

4- Enfermeira. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

5- Doutor. Professor da Universidade Federal do Ceará.

E-mail:fer\_nande@hotmail.com

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Exercício. Dieta. Glicose Sanguínea. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus (DM) caracteriza-se por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (SBD, 2016).

O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM (SBD, 2016). Estima-se que atualmente cerca de 415 milhões de pessoas em todo o mundo viva com Diabetes, e este número deve alcançar a ordem de 642 milhões em 2040 (IDF, 2015).

Existem três tipos principais de diabetes: Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2 e Diabetes Gestacional. O diabetes Tipo 1 é causada por uma reação auto-imune, na qual o sistema de defesa do organismo ataca as células beta produtoras de insulina no pâncreas. Como resultado, o corpo já não pode produzir a insulina de que necessita. No diabetes tipo 2, o corpo é capaz de produzir insulina, mas torna-se resistente de modo que a insulina é ineficaz. É o tipo mais comum de diabetes, ela geralmente ocorre em adultos, mas é cada vez mais visto em crianças e adolescente (IDF, 2015).

A maioria dos pacientes com diabetes tipo 2 estão acima do peso ou obesos, isso faz com que aumente o grau de resistência à insulina (ADA, 2016). A pessoa com DM 2, pode permanecer por um longo período sem o conhecimento da sua condição, porque os sintomas são geralmente mais brandos que na diabetes tipo 1 e podem levar anos para serem reconhecidos. No entanto, enquanto o diagnóstico não é realizado, o organismo do indivíduo já vem sofrendo danos devido ao excesso de glicose no sangue, e estes danos podem vir a acarretar sérias complicações ao paciente (IDF, 2015).

Diante deste contexto, cada vez mais se buscam formas de prevenir o aparecimento do Diabetes, ou retardar suas complicações e melhorar a qualidade de vida do paciente, e isso se dá tanto pela adesão medicamentosa como por meio de mudanças de estilo de vida (MEV), que incluem dentre outras, atividade física e dieta (BRASIL, 2013).

Atualmente preconiza-se para todos os tipos de diabéticos uma dieta equilibrada e variada, que tem como foco a manutenção/ obtenção de peso saudável, metas de controle, buscando glicemias estáveis tanto no jejum quanto nos períodos pré e pós – prandiais, níveis de lipídios e pressóricos adequados. A atividade física também é um dos pilares do tratamento do diabetes, e o impacto do combate ao sedentarismo nesse tratamento é enorme, seja na melhora do controle glicêmico, seja no melhor manejo de comorbidades, como excesso de peso, hipertensão arterial, dislipidemia, risco cardiovascular e sono, e outros (SBD, 2016).

Diante do exposto, observa-se o avanço vertiginoso do diabetes mellitus e conseqüentemente seu potencial para causar complicações que resultam em danos não somente para o paciente, mas para a família e sociedade. Dessa forma, a prevenção é o meio com melhor custo efetividade e de forte impacto para prevenção das complicações e manutenção dessa morbidade. Portanto, o estudo visa conhecer a relação ente dieta e atividade física para um bom controle dos níveis glicêmicos de pacientes com diabetes mellitus.

A partir do conhecimento de tais aspectos, será possível uma melhor intervenção pelos profissionais de saúde a estes pacientes, a fim de reforçar a importância da mudança de estilo de vida, na prevenção e/ou tratamento do DM.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal no qual foram investigadas as características de adesão terapêutica, em relação à atividade física e dieta, dos portadores de DM atendidos na rede pública de saúde no município de Fortaleza, Ceará.

A coleta de dados ocorreu no ano de 2015, abrangendo duas unidades de saúde na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional (SER III). As unidades selecionadas foram o Centro de Saúde Anastácio Magalhães (CSAM). A segunda unidade de saúde selecionada foi o Ambulatório de Diabetes, Dislipidemia e Síndrome Metabólica do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). Trata-se de um centro de referência quaternária integrada ao SUS para a assistência ao DM e suas comorbidades.

A população do estudo foi composta por pessoas com DM acompanhados no Centro de Saúde Anastácio Magalhães (CSAM) ou no Ambulatório de Diabetes do HUWC. Foram incluídos na pesquisa, indivíduos adultos (>18 anos) com diagnóstico de DM em acompanhamento nos referidos locais. Foram excluídos da pesquisa pacientes com diagnóstico de diabetes gestacional, portadores de condições clínicas que pudessem interferir na obtenção dos dados, uso de drogas ilícitas ou que tivessem qualquer outra condição que, na opinião do investigador, poderia interferir nos resultados do estudo.

A amostra foi composta por 256 pessoas com DM, sendo 116 do CSAM e 140 do HUWC. As variáveis do estudo foram compostas por variáveis sociodemográficas: idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda familiar, rede de apoio ao tratamento, ocupação, instituição em que faz acompanhamento para o DM e número de consultas/ano na unidade de atendimento principal. E também pelas variáveis clínicas: tratamento utilizado (considerado a realização de dieta e prática de atividade física) e exames laboratoriais (analisados os últimos exames realizados pelos pacientes, e considerados os exames de glicose em jejum e pós-prandial).

Para a organização dos dados, foi criado, primeiramente, um banco de dados no programa Excel, os quais foram posteriormente transportados para o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS versão 14.0, para Windows). Os dados dos pacientes foram divididos por local onde eram acompanhados para tratamento da doença. Os dados foram analisados estatisticamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo e organizados em Tabelas, Quadros e Gráficos. Realizou-se uma análise estatística descritiva, quando foram calculadas as médias + ou - os desvios padrão para distribuição normal dos dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista aos pacientes, antes da consulta médica de rotina. Os resultados dos exames laboratoriais foram obtidos a partir da análise dos prontuários em um segundo momento na unidade de saúde onde o paciente era acompanhado. Os princípios éticos foram conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado sob o número de protocolo 163/10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 256 pessoas com DM, houve predominância de indivíduos com mais de 50 anos, do sexo feminino (66,8%), casados (53,5%), com ensino fundamental incompleto (32,4%), aposentados (39,1%), renda familiar média de um salário mínimo (39,8%) e sem rede de apoio para auxílio no tratamento (31,1%).

Comparando os locais de estudo, percebemos a predominância do sexo feminino em ambas as unidades, 69,8% no CSAM em comparação com 64,3% do HUWC. A maioria dos pacientes do CSAM e HUWC eram casadas, com 56% e 51,4%, possuíam ensino fundamental incompleto, 37,1% e 28,5%, e eram aposentados, com 37,1% e 40,7%, respectivamente. A renda familiar média foi de 2 a 3 salários mínimos no CSAM, com 38,8% e no HUWC predominou a renda de um salário mínimo com 42,9%.

No CSAM, a rede de apoio principal considerados pelos pacientes para auxílio no tratamento e doença foram os filhos 30,9%, porém 28,7% dos pacientes informaram não ter apoio e/ou suporte familiar. No HUWC, 33,1% dos pacientes relataram não ter apoio e/ou suporte familiar.

Quanto às instituições em acompanhamento para controle do DM, pacientes que eram atendidos no CSAM, também realizavam acompanhamento em outras instituições como em hospital terciários (8,6%), e pacientes do HUWC, também eram acompanhados numa UBS (32,8%). Em relação ao número de consultas médicas ao ano, os pacientes apresentaram uma média de 5,33 consultas no CSAM e 4,16 consultas no HUWC.

Com relação ao tratamento não farmacológico, obteve-se no geral que 56,3% dos pacientes não realizavam atividade física. Dos pacientes que realizavam algum tipo de exercício físico (43,8%), praticavam-nos em uma frequência de três vezes por semana 33,9%, seguido de 29,5% que afirmaram realizar exercício diariamente. A duração média da prática de atividade física foi de 30 minutos à uma hora com 43,8%, seguido da duração de uma hora com 31,3% dos entrevistados. Sobre o tipo de exercício, a caminhada foi o mais praticado entre os pacientes, com 78,6%; seguido em menor proporção pela ginástica dos bombeiros com 14,3%. A maior adesão à prática de atividade física foi no HUWC (44,3%), em comparação com o CSAM (43,1%).

Quanto à realização de dieta, 57% dos pacientes afirmaram realizá-la. E destes, apenas 32,8% eram acompanhados por um nutricionista. Em ambos os lugares, a adesão à dieta foi equivalente, no HUWC com 56,4% e no CSAM com 57,8%. Obteve-se que 42,1% dos pacientes do HUWC eram acompanhados por nutricionista quando comparado ao CSAM, com 21,6%.

Em relação à alimentação, no geral, 88,3% afirmaram evitar algum tipo de alimento, principalmente os doces (71,1%), seguido dos carboidratos (42,6%) e óleos e gorduras (37,9%). Quanto ao uso de adoçantes e sacarose, obteve-se que 90,6% faziam uso de adoçantes, enquanto 7,4% ainda usavam sacarose e 2,3% faziam uso de adoçante e sacarose. Apesar de grande parte dos pacientes não serem acompanhados por um nutricionista, a maioria afirmou já terem sido orientados alguma vez sobre a realização de dieta. Assim, 78,5% já foram orientados pelo profissional nutricionista, 64,8% por médicos e 29,3% por enfermeiros.

Quanto à realização do exame de glicemia venosa de jejum, foi observado que 215 (83,9%) pacientes possuíam o exame. Observou-se que no HUWC mais pacientes tinham realizado o exame, 129 (92,1%), em comparação com o CSAM, 86 (74,1%). Dos 215 pacientes que realizaram os exames, apenas 65 (30,2%) realizavam atividade física e dieta. Sendo a maioria destes, 41 (31,7%) pacientes do HUWC.

Em relação à glicemia pós-prandial, 62 (24,2%) pacientes realizaram o exame. No CSAM apenas 5 (4,31%) pacientes realizaram o exame, e destes apenas 1 (20%) praticou atividade física e dieta. No HUWC, 57 (40,7 %) pacientes realizaram o exame, e destes 22 (38,6%) realizavam atividade física e dieta.

Em relação às médias dos exames, considerando os valores da glicemia venosa em jejum, obteve-se no HUWC a média de 128,1 mg/dl para aqueles que realizavam atividade física e dieta, e de 162,7mg/dl para os que eram sedentários. Existindo uma diferença de 34,6 mg/dl entre os diabéticos sedentários e os ativos. No CSAM, foram obtidas as médias de 144,7 mg/dl e 310,6 mg/dl, para aqueles que realizavam e não realizavam atividade física e dieta, respectivamente. Apresentando uma diferença ainda maior entre as glicemias dos sedentários e dos ativos, cerca de 165,9 mg/dl.

Quanto à glicemia pós-prandial, o CSAM apresentou valores menores, sendo 98 para aqueles que realizavam atividade física e dieta e 180,7 para aqueles que não realizavam. No HUWC, obtivemos 147,9 e 236,1 para os que praticavam e não praticavam atividade física e dieta, respectivamente.

Uma pesquisa mostrou que 47,5% dos adultos entrevistados em todas as capitais brasileiras e no DF, não alcançaram um nível suficiente de atividades físicas, ou seja, 150 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa por semana (SBD, 2016). Sendo este percentual maior entre mulheres (52,3%) do que entre homens (41,5%). Além disso, a prática insuficiente de atividades físicas aumentou com a elevação da idade, marcadamente entre os homens, e diminuiu com o aumento da escolaridade entre homens e mulheres (COSTA et al., 2013).

Outro estudo, que buscava avaliar os fatores de risco associados ao DM, mostra que o principal fator associado a essa patologia, foi o sedentarismo, onde 349 (83,3%) dos entrevistados relataram não realizar atividades físicas (BUONANI et al., 2013).

Sabemos atualmente da grande importância da atividade física, tanto para a prevenção como para o controle do DM, isso se dá pela forma de ação do exercício sobre a resistência insulínica, independentemente do peso corporal, favorecendo a redução dos níveis de insulina circulante, melhorando a ação em receptores e pós-receptores de membrana, facilitando o metabolismo glicídico e sua eficiência, melhorando a regulação glicêmica, além de reduzir o peso corporal (SBD, 2015-2016).

Estudo que comparou a qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos com diabetes mostrou que os praticantes de atividade física tinham uma melhor qualidade de vida, tendo assim uma maior disposição, e melhor desempenho na execução de suas tarefas, proporcionando maior incentivo à procura de mais atividades, tornando-os assim ainda mais ativos (SILVA et al., 2012).

Além da prática do exercício físico, é necessário a realização da dieta. O alcance das metas do tratamento é melhor ainda quando estes são associados. Assim, a terapia nutricional aliada com outras mudanças de estilo de vida, tanto previne o aparecimento do DM, como retarda suas complicações. Mas, apesar de tantos benefícios comprovados, ainda existe uma grande resistência por parte dos pacientes de aderir às recomendações, sendo necessário por parte do profissional de saúde, incentivar a adoção de hábitos mais saudáveis (SBD, 2016).

Uma pesquisa mostra que apesar dos conhecimentos sobre a alimentação saudável e seus benefícios, muitos ainda não mudaram seus hábitos de vida. Observou-se que do conjunto da população estudada, 26,5% das pessoas declarou ter o hábito de consumir carnes com excesso de gordura; sobre os alimentos doces, 21,5% dos entrevistados referiu consumir estes alimentos em cinco ou mais dias da semana, existindo maior frequência entre as mulheres (24,7%) do que entre homens (17,5%). Em ambos os sexos a frequência é maior entre os mais jovens (19 a 24 anos) e tendeu aumentar com o nível de escolaridade; quanto ao consumo de refrigerantes, em cinco ou mais dias da semana, a frequência foi de 20,3 % (COSTA et al., 2013).

Outro dado avaliado foi a substituição de refeições completas por lanches (sanduíches, pizza, salgados) quando, no almoço ou no jantar. Foi mostrado que a frequência de adultos que substituem comida por lanche sete ou mais



vezes por semana foi de 17,5%, sendo maior entre mulheres (19,7%) do que entre homens (14,8%). Em ambos os sexos, a frequência desse comportamento tendeu a ser maior entre as pessoas com 65 ou mais anos de idade e a aumentar entre homens com maior nível de escolaridade.

Os testes de glicemias são muito importantes devido à visão bastante realista do nível de controle glicêmico que eles proporcionam durante todo o dia. Além de possibilitar ao paciente avaliar a resposta individual à terapia e observar se as metas glicêmicas recomendadas estão sendo efetivamente obtidas (SBD, 2016).

Ao comparar os dois locais de estudo, obteve-se que em relação à glicemia venosa em jejum, os pacientes do HUWC apresentaram valores de glicemia menores que os pacientes do CSAM, evidenciando assim, a importância de medidas de orientação à essa população para que a mudança de estilo de vida e hábitos mais saudáveis sejam adotados. Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, podem e devem atuar no cuidado e orientação desses pacientes à nível de atenção primária pois é nesse contexto que o foco da prevenção deve atuar de modo mais forte impactando na qualidade de vida.

Quanto à glicemia pós-prandial, o CSAM apresentou média de 98 mg/dl para aqueles que realizavam atividade física e dieta e 180,7 mg/dl para aqueles que não realizavam. No HUWC, obtivemos 147,9 e 236,1 mg/dl para os que realizavam e não realizavam atividade física e dieta, respectivamente. A diferença das glicemias pós-prandiais entre os diabéticos ativos e os sedentários no CSAM e HUWC, respectivamente, foram: 82,7 e 88,2 mg/dl. Comparando os dois centros de estudos, quanto à glicemia pós-prandial, os pacientes do CSAM apresentaram valores menores que os pacientes do HUWC.

Pode-se observar então, a partir da análise dos exames, que os pacientes que realizaram atividade física e dieta, em comparação com os pacientes que não realizaram, obtiveram ótimos resultados em relação aos valores dos seus exames, visto que nos dois centros pesquisados, os pacientes ativos apresentaram uma média de glicemia menor.

Apesar dos resultados, é importante salientar que medidas de glicemia de jejum plasmática e pós prandial não são suficientes para avaliar controle glicêmico. Seriam necessários exames mais detalhados para controles do diabetes, como hemoglobina glicada e monitoramento glicêmico frequente. Apesar disso, os dados sugerem que a atividade física associada a dieta parecem melhorar os níveis de glicose como mostra a literatura.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou mostrar uma possível associação entre dieta e atividade física para um bom controle de níveis glicêmicos de pessoas com diabetes, por meio da análise de variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes atendidos em duas unidades de saúde do Município de Fortaleza-CE. Os dados apontam que a maioria dos pacientes não realizava atividade física. Já em relação à dieta a maioria afirmou realizar, porém, nem todos eram acompanhados por um nutricionista.

A pesquisa sugere que a atividade física relacionada com uma alimentação balanceada, saudável, favorece o controle da glicemia de pacientes diabéticos, visto que estas atividades irão favorecer a redução dos níveis de glicose circulante. Todos os membros da equipe de saúde, principalmente o enfermeiro, devem incentivar os pacientes a mudarem seu estilo de vida, esclarecendo todas as vantagens que se terá com tais mudanças, proporcionando as informações necessárias para a realização das mesmas, fazendo com que este processo se torne agradável ao cliente, favorecendo assim uma melhor adesão por parte deste, levando-o a ter uma vida mais saudável apesar da cronicidade da doença.

## REFERÊNCIAS

**AMERICAN DIABETES ASSOCIATION.** Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Diabetes Care 2016;39(Suppl. 1):S13–S22 | DOI: 10.2337/dc16.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **VIGITEL-BRASIL 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, 2015.

Buonani, C.; Rossi F.E.; Christofaro, D.G.D.; Diniz, T.A.; Fernandes, R.A.; Freitas, J.R I.F. Influência da atividade física e gordura sobre a glicemia de jejum em mulheres na menopausa. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.46, n.3 p.273-80, 2013.

Costa, R.F.; Assis, P.O.; Santana, A.M.P.; Silva, M.L.M.; Santos, M.C.S.; Pinheiro, N.C.; Maria, S. Influencia de la orientación nutricional y del entrenamiento físico sobre la glucemia y la presión arterial. **Salud(i)cienza (Impresa) = Salud(i)cienza (En línea);20(3):257-263, nov.2013. tab.**

**International Diabetes Federation.** IDF Diabetes Atlas [Internet]. 7 Ed. International Diabetes Federation, 2015. Disponível em: < <http://www.diabetesatlas.org/>>. Acesso em: 01/08/2016.

Marinho, N.B.P.; Vasconcelos, H.A.C.; Alencar, A.M.P.G.; Almeida, P.C.; Damasceno, M.M.C. Diabetes mellitus: fatores associados entre usuários da estratégia saúde da família. **Acta paulista de enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 569-574, 2013.

Silva, M.F.; Goulart, N.B.A.; Lanferdini F.J.; Marcon, M.; Dias C.P. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, 15(4):635-642, 2012.

Silva, M.F.; Goulart, N.B.A.; Lanferdini, F.J.; Marcon, M.; Dias, C.P. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, 15(4):635-642, 2012.

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES.** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016.

Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 02 Agos.2016.

Sousa, A.R.M.; Silva, D.C.; Freitas, G.P.; Borges, M.F. Avaliação do nível de atividade física em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e sua correlação com variáveis metabólicas. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, Pelotas/RS, 19(1):109-120, Jan/2014.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus, aos participantes da pesquisa, a Prof.<sup>a</sup>. Samila Torquato Araújo pela dedicação e incentivo à pesquisa, permitindo a realização do presente trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## “O CAMINHO PARA O INFERNO”: BUSCANDO UMA COMPREENSÃO PARA O TRATAMENTO DE UMA MULHER QUEIMADA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

**Cristiani Nobre de Arruda<sup>1\*</sup>, Andrea Stopiglia Guedes Braide<sup>2</sup>, Francisco Antonio da Cruz Mendonça<sup>3</sup>, Kátia Castelo Branco Machado Diógenes<sup>4</sup>, Alana Arruda Arja Carneiro<sup>5</sup>, Marilyn Kay Nations<sup>6</sup>**

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil.

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil

3. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil

4. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, (UNIFOR), Fortaleza-Ceará-Brasil

5. Graduada em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, (UNIFOR)

6. Department of Global Health and Social Medicine Harvard Medical School

E-mail: cristianiarruda@hotmail.com

Palavras-chave: Violência. Queimaduras. Humanização. Antropologia Cultural. Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

A violência contra mulher é uma injúria recorrente na Unidade de Queimados, localizado no estado do Ceará. Situações frequentes escondem um significado relevante e podem ocultar múltiplas causas, como os casos de violência familiar (SAFIOTTI, 2004). A socióloga citada atribui que o fato é um fenômeno complexo, suas causas são múltiplas e de difícil definição. Tão grande é a dificuldade dessa definição que autores como Sorel (2005) e Arendt (2009) dedicaram livros inteiros a esse assunto sem dar uma definição acabada do termo. No entanto, suas consequências são devastadoras: vão muito além daquele ato e de seus efeitos imediatos, gerando uma reprodução geracional dessa violência. Debruçam a uma análise dos problemas conceituais, como também paradoxos e aparentes entendimentos que atribuem à discriminação generalizada das mulheres, as injustiças cotidianas e os insultos fortuitos, a exploração incessante numa sociedade dominada por homens (BOURDIEU, 2003; SAFIOTTI, 2004).

Infelizmente, têm que ser considerado que os quantitativos ainda são poucos registrados em hospitais, porém, na prática a injúria por queimadura representa só a ponta do iceberg das violências cotidianas, mas que embaixo dessa ponta, tem-se um assombroso número de casos, os quais nunca alcançam a luz pública, o que deveria efetivamente acontecer.

Estudos como de Wallace; Duke (2016) mostram o problema da violência intrafamiliar e os ataques nocivos em determinadas culturas, bem como as práticas tradicionais seguidas pelo fogo e ácido. O cenário usual dessa violência se concentra na maioria dos países de terceiro mundo e, surpreendentemente, em alguns desenvolvidos em que o cônjuge da vítima usa ácido sulfúrico concentrado ou gasolina para se vingar de um relacionamento mal sucedido por razões sociais, culturais ou econômicas (WALLACE; DUKE 2016). Centenas de mulheres agonizam em dor física e psíquica após terem seus rostos e corpos desfigurados por maridos ciumentos ou pretendentes rejeitados. Essas mulheres, cujos corpos são signos dessa dramática violência de gênero, expressam-se numa zona de silêncio. Muitas mulheres são queimadas vivas por motivos torpes (conversar com um homem, deixar a mostra alguma parte do corpo, etc.), sob alegação de “acidente doméstico” (SOUAD, 2003, SAVING FACE, 2012). Os abusos são praticados pelos maridos ou familiares, e como o que impera é a “lei dos homens”, muitas morrem ou simplesmente desaparecem na clandestinidade. A submissão, não exposição do corpo, entre outros aspectos culturais, causam fascínio e informações muitas vezes deturpadas, tornando-as vítimas em relação à sociedade (WALLACE; DUKE 2016).

Vivemos em uma época de mudanças marcada, sobretudo pela tecnologia, economia e política, que afetam todas as áreas da nossa vida, entre elas a profissional. No âmbito profissional da saúde e do cuidado a pessoas queimadas, o panorama atual é de um maior conhecimento, em relação a outras épocas, das alterações corporais, emocionais, econômicas, sociais e de um tratamento interdisciplinar (SEERA et al; 2010). Dentre tantas modificações, indagamos, portanto: como é ser mulher, vivendo a experiência de ser queimada por seu companheiro? Qual a voz evidencia a dor das que são exterminadas e cujo desaparecimento é tão gritante quanto seu silêncio? Qual a voz diria a dor dessas mulheres cujos sonhos ficaram pelo caminho? Buscando responder essa e outras inquietações, propomos desvelar esta realidade humana, diante a exposição prévia à injúria e sua extensão.

## METODOLOGIA

O presente estudo adquiriu particularidades de investigação baseadas no caráter qualitativo, exploratório-descritivo. O marco teórico ancorou-se na Antropologia Simbólica - Interpretativa (Geertz, 1989), utilizando-se dos conceitos e formulações da Antropologia Médica (Kleinman, 1980; 1988), a fim de captar e explicitar os sentidos da experiência da hospitalização vivida e a precisão dos detalhes dessa violência. Em vista disso, este estudo faz um recorte temático da tese de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), especificamente do impacto e da dramaticidade deste cenário de controvérsias - situação crítica ou do limite da vida - no atendimento especializado de urgência e emergência na assistência a queimados. A pesquisa de campo acompanhou a rotina de uma mulher queimada em situação de violência, na faixa etária de 38 anos, na cidade de Fortaleza, no período de janeiro a abril de 2016. Após firmar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, decidimos assisti-la em período hospitalar: fase aguda e subaguda crônica - curativos diários das lesões - no setor de excelência (CTQ), de um grande hospital da capital de Fortaleza, estado do Ceará.

O material coletado através da entrevista semiestruturada resultou uma narrativa ampla, êmica, temporal e detalhada de nossa informante. As informações foram registradas manualmente em diário de campo, a posição de observador como participante foi utilizada para enriquecer os dados. A legitimação das conversas, das entrevistas foi registrada em gravador de voz digital portátil e seu conteúdo transcrito pelos pesquisadores em programa informatizado de processamentos de textos. Empregamos a Interpretação Semântica Contextualizada de Bibeau & Corin (1995) para analisar os achados, permitindo integrar elementos semiológicos, interpretativos e pragmáticos essenciais para uma abordagem cultural dessa violência. O percurso foi adequado para expor dúvidas, inquietações, constrangimentos, enfim, que explicitaram a subjetividade da nossa informante-chave. Foram observados os princípios éticos da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), n. 1.267.307. O nome de nossa informante foi preservado, tendo sido expresso por cognome.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O combustível inflamado e destilado flutua na superfície do corpo, com brilho em azul indicando a combustão completa. Venus infla, se incendeia em espiral, o turbilhão chicoteia a aparência corpórea. As chamas formam redemoinhos e se combinam num verdadeiro inferno rotativo, queimando-a no ar. Seu corpo é uma máscara de bolhas. A flagelação se efetua, entremente, via sua pele desprender-se, dilacerando, descarnando e se rompendo das mãos e seios, enquanto seus cabelos pulverizavam-se em milésimos de segundo: *"(...) perdi todo meu cabelo, se esfarelava na minha mão!"*. Reage a sobressalto de dor lancinante e intensa, calafrios, fraqueza física, acompanhada de um abatimento moral violento causado por uma profunda emoção, por um grande medo: *"Isso foi um pesadelo"... "Que dor é essa, meu Deus!"*. Isto representa mais robusto e severo - a tentativa de homicídio a um contexto de violência doméstica praticada pelo seu ex- marido, responsável pelo crime, agora transformado em seu algoz.

Após o escárnio, o inferno se repete numa tortura atroz, Venus chega ao hospital, em situações de emergência, sendo encaminhada ao CTQ. Suas forças dissipam-se. Sua vida é uma corrida contra o tempo. Está fatigada, arrasta um pé após o outro. A dor mais insuportável que um ser humano pode provar, ou seja, aquela produzida pela lesão da queimadura. Ela estava quase perdendo a consciência, e a cada ressalto, a cada movimento, vibrará despertando dores dilacerantes. Seu vestido está colado nas úlceras e tirá-la produz uma tortura atroz. Cada fio de tecido aderido à pele viva; ao tirarem a roupa, se laceravam as terminações nervosas postas em descoberto pelas feridas.

O conhecimento médico-científico diagnostica Venus, com queimaduras de segundo grau profundo e terceiro grau em 55% de sua superfície corporal. Queimaduras distribuídas ao longo de sua face, tórax, membros superiores e inferiores. O médico do hospital preenche um laudo para internação efetuando sua admissão. Na unidade, ela é colocada na enfermaria feminina, em leitos emparelhados.

A partir do momento do diagnóstico, iniciam as alterações irreversíveis na saúde e nas condições de vida de Venus. O principal, em um atendimento de emergência, é propiciar as condições necessárias para que os pacientes assegurem sua volemia (SERRA, 2010). A equipe médica dá início aos procedimentos para alívio da dor e hidratação intensa, assim, a medicação penetra fundo em suas veias a fim de normalizar o funcionamento metabólico esfacelado.

Em meio medicalizado, a dor perturba e desnorteia Venus, a renúncia não tardaria, obrigando-a entregar-se ao tratamento: observa-se a perfusão da pele, controla-se a pressão e a temperatura. Registramos o suplemento de sondas, drenos e diureses. O sofrimento de estar queimada é algo que ela nunca esquecerá: *"...Se existe mesmo inferno, achava que estava dentro dele... essa dor não para de queimar minhas entranhas!"*. Implora para morrer, pois são instantes tensos de agonia, aflição e consternação: *"Eu tava pedindo para morrer do que viver naquela hora e nesse lugar (...)Tava me conformando com a morte, mas no fundo queria viver!"*. Um suplício que durará horas, dias, meses. Nietzsche (2009) chegou a dizer que o espírito fértil e fecundo é aquele rico em contradições, e este pensamento nos ocorreu ao contrastar nesse discurso de Vênus.



A clínica médica atua intensamente em cicatrizar o corpo queimado. Pela manhã, limpa meticulosamente suas feridas. Ela encontra-se desnuda na maca, e embora não sinta a menor acanhamento, fica perturbada que o pudor tenha lhe abandonado: “(...) *não tenho mais vergonha de nada.... só peço que essa dor passe!*”. A limpeza da ferida constitui um passo essencial para um protocolo de tratamento eficaz (SERRA, 2010). Essa compreensão científica não elimina o horror, a exaustão e o desespero dessa mulher. A perda do órgão pele, uma fina película dilacerada registra sua sensibilidade em vê seu corpo miserável e tomado pela dor e pelo sangue: “*Meu Deus o que é isso em mim?! Por que ele fez isso comigo?!*” [Diz ela sobre seu ex- marido]. Seu corpo é marcado a “ferro e fogo” pelas traumáticas sessões de balneoterapia, equivalendo a todos os sofrimentos vividos por ela: “*Por favor, não me levem para esse banho ( . ) isso é uma tortura!*”. Os profissionais combatem o inimigo da infecção, para que não corra risco de septicemia. Na sala de banho – a balneoterapia - é retirado rapidamente o tecido morto, infectado, que rapidamente a água vira rosada, então se via uma rede sangrenta indo embora pelo ralo. O contato desagradável da água pressurizada com a superfície do corpo remove a sujidades e tecidos desvitalizados soltos no leito de suas feridas. As feridas são esfregadas com esponjas por irrigação utilizando jato de água, fazendo o sangramento subcutâneo escorrer pelo esgoto. Essa é a iconografia das consequências imediatas das lesões por queimaduras, é um sofrimento sem alívio, porém, paradoxalmente, a busca da “cura”. É natural, portanto, saber o que Venus experimenta nesse momento, como ser humano e não como prontuário médico.

Porém, ali existe outro espaço, gritos vindos do corredor se misturam aos ouvidos de Venus. Eram compreensíveis, embora ainda confusos. Ela na sua condição de total fragilidade, o medo nos olhos, o desamparo, a pele rasgando do corpo, a dor, o padecimento, parecia que estavam lhe tirando o escalpo. Dor real, a doença, o limite entre a vida e a morte, são parceiras muito próximas nessa unidade. Ela começa a sofrer todas as complicações ocasionadas pelas lesões da queimadura que reafirmam sua convicção da gravidade, percebe diminuição das potencialidades de adaptação e funcionalidade relativamente ao indivíduo saudável: “*Me diga, por favor, se vou voltar ao normal (.....) pelo amor Deus não quero ficar assim!*”. O enfadonho e longo período de internação hospitalar é um dos piores acontecimentos para ela, pois passou a ser instrumentalizado em função de determinado fim: “*Quando vou sair daqui, me digam se eu vou morrer, não aguento mais sofrer!*”. Há pouca liberdade e a identidade dela é despojada pela norma - vestimenta em compressa de gaze estéril; sob elas encontramos feridas desvitalizadas, sangue extravasado de micro-organismos, grades nas janelas, placas proibitivas, ambientes fechados e limitação dos contatos com familiares (GOMES; NATIONS, LUZ. 2008). Administração de fármacos para diminuição da sensação dolorosa justificaria uma interrupção do descanso, narrada por Venus: “*Pelo amor de Deus, preciso de remédio para parar essa dor, me ajudem, por favor!*”.

No centro cirúrgico o bisturi colabora inteligentemente para recuperar o primitivo rigor da natureza, extirpando tudo que é prejudicial na pele carbonizada de Venus. Cada procedimento na unidade é um novo suplício: as cirurgias repetitivas para enxerto, a perda de fluidos, as alterações no sistema renal, exames invasivos, risco de infecção, dor intensa (SERRA, 2010). Além, do transtorno de estresse pós-traumático descrito por Burk (2003), como: separação brusca da família, dependência no cuidado em atividades básicas das necessidades pessoais, perda da autonomia, mudanças corporais e tensão constante, toda essa variedade de estressores, Vênus nunca antes havia passado em sua vida: “*(...) Não posso mudar o que aconteceu comigo!, diz Ela, (...) não posso esquecer porque meu corpo me lembra disso todos os dias!*”. No início do estudo, na composição de nossas possíveis informantes, percebemos que houve uma relutância das vítimas em relatar os incidentes; provavelmente por medo de retaliação dos perpetradores. É possível que o estigma, o medo e as baixas expectativas de assistência dos serviços de saúde impeçam as mulheres de contar aos profissionais sobre a violência - da mesma forma que as mulheres relataram o que as impede de procurar ajuda formal (KLEINMAN; 1988). Em geral, a cultura no Nordeste do Brasil -- forma aguçada aos caracteres machista -- nos pegamos às palavras de Minayo (2005) ao publicar seu artigo, “Laços perigosos entre Machismo e violência”, pesquisadores chamaram a atenção sobre a ligação entre violência e saúde no Brasil, especialmente performances agressivas “dos homens”. Em Elementos para a Análise do Machismo, Drumont (2009) interpreta a estrutura ideológica e representação de machismo como dominação entre os sexos. A violência é um problema complexo, fortemente ligado à cultura e à sociedade brasileira. Cada classe, e cada grupo, constroem suas formas particulares de relações de gênero e machismo. Ceará tem a sua marca: “o cabra macho”.

Narrativizar a história dessa mulher exigiu, portanto, uma moldura conceitual e interpretativa, na qual se tornou fisicamente e emocionalmente condenável. Por isso ouvi-la foi mais que ouvir uma mulher, foi entrar em contato com a pulsação viva. A partir da narrativa acima, se faz obrigatório ver o desastre humanitário que vivencia uma pessoa queimada, mas é impossível fazê-lo sem ficar chocado, revoltado ou emocionado – ou tudo isso junto. Uns viram o rosto, outros fecham os olhos, às vezes é um impulso natural de repulsa. Na realidade, a dramática situação dessas mulheres é sentida e sofrida como experiência desumana – as feridas ainda abertas, impondo a elas uma tortura emocional (ARRUDA; BRAIDE; NATIONS, 2014).

A narrativa permitiu entrar na dor, ressaltamos que o sofrimento de Venus vai além, transborda, ultrapassa as fronteiras da interpretação acadêmica. Ela extravasou os limites configurados pelas instâncias específicas da

memória, associando a emoção e imaginação, em que performatizou a narrativa dessa “invisibilidade” (MASSIMI, 2010). Evoca uma dor imensurável, inquantificável, beirando o inefável (LE BRETON, 2013). Expressa também uma ansiosa preocupação com uma abjeta fragilidade e vulnerabilidade em relação sua pele. Diante de tanta violência, no imediatismo de gritos, existe um corpo mutilado, pele chamuscada - um golpe marcado no terreno originário do Eu-Pele. (ANZIEU, 1988)

Levando em conta todas as aprovações e confirmações médicas, nos deixamos levar, não ao acaso, citar a obra inteligível de Canguilhem (2015, p. 4) – O normal e o patológico - ao expor: “Todo estado orgânico de tensão desordenada, todo comportamento de alarme e stress provoca uma reação suprarreal”. É natural, portanto, saber o que Vênus experimenta nesse momento, a priori uma condição ontológica entre uma forma viva, que era, “perfeita” e, agora, uma forma viva “malograda” (CANGUILHEM, 2015).

A obra de Mol (2005) nos apresenta uma possibilidade de refletir sobre a lógica do cuidado, atentando nos espaços para além das dicotomias de inspiração cartesiana. Para Venus o cuidado do tratamento se tornou tortura – o desconforto e a humilhação são aparentes em toda a narrativa. É neste ponto que queremos elucidar a lógica desse universo quase desmedido que é o cuidado das lesões por queimaduras. Afinal, a unidade de queimaduras é um lugar de enorme potência, o lugar de quem vai salvar e cuidar de uma vida (GAWRYSZEWSKI, 2012). É necessário também admitir, na contracorrente que, entretanto, vemos pele desprender-se, corpo descarnando-se, cabelos que se pulverizam em segundos. Um tratamento que pode levar à loucura. A antropóloga Annemarie Mol (2005) complementa dizendo que os valores de fato são relevantes à lógica do cuidado, em que, não pode ser definido em fragmento. Uma vez que uma doença interfere na vida de um paciente, os valores em que eles referem-se não é um objeto tridimensional (um corpo), mas a algo histórico - ontológico à vida. É uma compreensão integral dos fenômenos, não apenas das suas partes separadas.

## CONCLUSÃO

A violência contra mulheres sob a forma de queimaduras por líquidos inflamáveis é um problema muito peculiar, no entanto, se faz, ainda, (in)visível devido às causas e pela difícil definição. Dessa forma, não nos basta apontar ou imputar de que as causas dos acidentes sejam associadas a um único fato em si. Por mais doloroso ou injusto que possa parecer, o problema dessas mulheres queimadas em situação de violência é considerado como algo que não “chegou” a ocorrer. Em teoria, estas estão disponíveis para notificação, mas, na prática, é o contrário do que esperava. Percebemos uma lacuna particular entre a retórica e a realidade no CTQ. De forma convincente, parece-nos que temos uma censura terapêutica – censura que aspira a esmagar ou pelo menos invisibilizar a lesão como algo fortuito ou casual – algo do destino. Se tentarmos silenciar essas ideias impopulares, podemos fazer injustiça, tanto para quem detém essas opiniões, e também para nós mesmos, por meio de privar o direito de argumentar, relatar, narrar o processo que culminou o ato.

## REFERÊNCIAS

- ANZIEU, Didier. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.
- ARENDT, Hannah. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- ARRUDA, Cristiani Nobre de; NATIONS, Marilyn; BRAIDE, Andrea Stopiglia Guedes. “Carne crua e torrada”: a experiência do sofrimento de ser queimada em mulheres nordestinas, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 10, p. 2057-2067, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/en/lil-727731>>.
- BIBEAU, Gilles; CORIN, E. From submission to text to interpretive violence. In: . Beyond textuality: ascetism and violence in anthropological interpretation. Approaches to semiotics series. Berlin: Mouton de Gruyter. p.3-54. 1995.
- BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. Trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003, 160 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- BURKE, John F. The treatment of burn injury. **Rev Brasileira de Queimaduras**, v.3, n.1,p.4-5, jan-abr, 2003.
- CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015. 277 p.
- DRUMONT, Mary Pimentel. Elementos para uma análise do machismo. **Perspectivas: Revista de Ciências**

**Sociais**, v. 3, 2009.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2014. 332p.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; NATIONS, Marilyn K.; LUZ, Madel Therezinha. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 61- 72, 2008.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

\_\_\_\_\_. **The illness narratives suffering, healing & the human condition**. New York: Basic Books; 1988.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 629-640, 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/36465>>.

LE BRETON, David. **Antropologia da dor**. Tradução Iraci D. Poleti, São Paulo: FAP-UNIFESP, 2013. 248p.

MASSIMI, Marina. La memoria, vientre del alma. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 13, n. 4, 2010.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000400010>>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 23-26, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03cv10n1.pdf>>.

MOL, Annemarie. **The logic of care: Health and the problem of patient choice**. London: Duke University Press; 2005.

NIETZSCHE, Friedrich. **Genealogia da moral: uma polêmica**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAVING FACE [MOTION PICTURE]. Denver: **HBO Documentary Films**; 2012.

SERRA, Alberto N. Bolgiani et al. Atualização no tratamento local das queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 2, p. 38-44, 2010. Disponível em: <<http://rbqueimaduras.com.br/details/32/pt-BR>>.

SOUAD, M. **Queimada viva**. Coimbra: Editora Asa, 2003. 192 p.

SOREL, Georges. **Reflexiones sobre la violencia**. Madrid: Alianza Editorial, 2005. Disponível em: <<https://www.docs.google.com/file/d/.../edit?usp=sharing>>.

WALLACE, Hilary J.; DUKE, Janine M. Acid and burns violence against women: the role of the courts. **Burns**, v. 2, n. 42, p. 476-477, 2016.

## AGRADECIMENTOS

A nossa informante, a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento (FUNCAP) pela concessão da bolsa de estudo possibilitando a dedicação integral ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## INTERSETORIALIDADE: TODOS JUNTOS CONTRA O Aedes

Suyanne Freire de Macêdo<sup>1\*</sup>, Anne Livia Cavalcante Mota<sup>2</sup>, Kellyanne Abreu Silva<sup>1</sup>, Andrea Caprara<sup>3</sup>

1. Doutoranda. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza- Ceará-Brasil.

2. Graduação em enfermagem. Universidade Federal do Piauí, Picos-Piauí-Brasil.

3. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil.

Email: [andreacaprara1@gmail.com](mailto:andreacaprara1@gmail.com).

Palavras-chave: Dengue. Colaboração Intersetorial.

## INTRODUÇÃO

As endemias e epidemias causadas pelas arboviroses representam um significativo problema de saúde mundial. A dengue, por exemplo, é uma doença que desafia gestores e profissionais de saúde, pois nos últimos 50 anos, a incidência aumentou 30 vezes, com aumento da expansão geográfica para novos países e para pequenas cidades e áreas rurais. O Ministério da Saúde estima que 50 milhões de infecções por dengue ocorram anualmente, e que aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas estejam em risco de adoecimento (BRASIL, 2014).

Para complicar a situação epidemiológica do país houve a introdução dos vírus zika (ZIKAV) e chikungunya (CHIKV) fragilizando a situação de saúde brasileira devido à insuficiência de conhecimento produzido e às limitações operacionais de manejo clínico. O ZIKAV, por exemplo, causou um surto de microcefalia no nordeste brasileiro (BRASIL, 2015) e vários casos de síndrome de Guillain-Barré (ZAMMARCHI et al., 2015). Já o CHIKV ocasionou muito absenteísmo e demandas previdenciárias devido ao seu quadro clínico que se caracteriza por febre, associada à dor articular intensa e debilitante, cefaleia e mialgia. A poliartrite (principalmente nos punhos, tornozelos e cotovelos), em geral, atenua após 10 dias, podendo durar meses. Em epidemias na França, África do Sul e ilhas do oceano Índico a proporção de casos crônicos variou entre 4% e 63% (DONALISIO; FREITAS, 2015).

Com isso, intelectuais e governantes de todo o mundo despertaram para estudo, planejamento e desenvolvimento de políticas e programas de controle dessas doenças, entretanto, a complexidade que permeia o controle do *Aedes aegypti*, ultrapassa os aspectos biológicos e entomológicos. Nesse contexto, o combate às arboviroses demanda ações pautadas na promoção da saúde e na intersectorialidade. Visa-se, pois, a promoção de saúde enquanto processo que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre a sua saúde.

Além disso, almeja-se a integração dos diversos saberes e experiências dos sujeitos e serviços sociais distintos que colaboram para o enfrentamento de problemas por meio de iniciativas focadas nos interesses coletivos melhorando a eficiência dos serviços (NASCIMENTO; RODRIGUES-JÚNIOR, 2015). Diante do exposto, objetivou-se averiguar na literatura científica as abordagens intersectoriais no controle da dengue, chikungunya e zika.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, elaborada em seis passos: elaboração da pergunta norteadora; investigação da literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A pergunta norteadora elaborada constituiu-se em: Quais são as abordagens intersectoriais desenvolvidas para o controle da dengue, chikungunya e zika? Os artigos foram selecionados em três bases de dados e um portal: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e PUBMED. Realizou-se a coleta dos artigos em agosto de 2017, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde e do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine: Colaboração Intersetorial AND Dengue; Colaboração Intersetorial AND Febre de Chikungunya e Colaboração Intersetorial AND Infecção pelo Zika vírus nos idiomas português, espanhol e inglês. Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordasse a temática, em qualquer ano de publicação. Como critério de exclusão incluiu-se cartas ao editor.

Utilizando-se os descritores “Colaboração Intersetorial” AND “Dengue” foram encontrados seis artigos na LILACS, sendo que, dois foram excluídos porque somente o resumo estava disponível gratuitamente; no PUBMED foram encontrados dois artigos e nas demais bases não houve registro de publicações. Através dos descritores



“Colaboração Intersetorial” AND “Infecção pelo Zika vírus” foi encontrado apenas um artigo no PUBMED. Ademais, a busca com os descritores “Colaboração Intersetorial” AND “Febre de Chikungunya” não resultou em achados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise das publicações, agruparam-se as informações de modo a apresentar as principais características de cada estudo. A síntese dos resultados está descrita no Quadro 1.

**Quadro 1.** Caracterização dos estudos selecionados quanto ao título do periódico, objetivos e desenho metodológico, em ordem cronológica decrescente de publicação, acerca da intersectorialidade no controle da dengue.

Ano	Autores	Periódico	Objetivos	Desenho Metodológico
2015	NASCIMENTO, M. C; RODRIGUES-JUNIOR, A. L.	Revista Nursing	Identificar quais instituições, setores e atores deveriam fazer parte do trabalho de enfrentamento da dengue.	Pesquisa de representação social
2013	GRIFFITHS, K; BANJARA, M. R; O'DEMPESEY; MUNSLOW, B; KROEGER, A.	Journal tropical medicine	Descrever as boas práticas e os limites do reconhecimento do sistema de vigilância e do sistema de resposta intersectorial à dengue.	Descritivo
2012	KITTAYAPONG, P; THONGYUAN, S; OLANRATMAN, P. et al.	Pathogens and Global Health	Demonstrar uma aplicação da integração baseada na comunidade com estratégias eco-bio-sociais em combinação com ferramentas ecológicas de controle de vetores.	Descritivo
2011	FREITAS, R. M.; RODRIGUES, C. S.; ALMEIDA, M. C. M.;	Saúde Soc	Descrever as ações de controle da dengue desenvolvidas em Belo Horizonte nos anos de 2007 e 2008, a partir da instituição do Grupo Executivo para o Controle da Dengue – GECD.	Descritivo
2010	FERNÁNDEZ, P. E. P.; PAZ, A. A.	MEDICINA	Avaliar uma estratégia de gestão integrada no controle de uma epidemia de dengue.	Descritivo
	M.; MARTÍN, Y. F.; VIERA, I. M. R. V.			

Fonte: adaptação dos autores.

Uma análise realizada em áreas favoráveis à reprodução do *Aedes aegypti* observou o trabalho conjunto dos agentes de endemia e a escola. Foi desenvolvida ação educativa na escola e visitas domiciliares nas residências dos escolares para verificar a presença de recipientes propício ao vetor antes e depois da intervenção. O estudo constatou que a estratégia foi positiva reduzindo de 89,3% para 68,0% o número de domicílio com esses recipientes. Concluiu-se que: a ação conjunta de agentes de endemias e escolas do ensino básico viabiliza a intersectorialidade na prevenção da dengue; a educação para a prevenção deve ser um exercício contínuo que além de proporcionar redução no número de pessoas adoecidas, pode melhorar a qualidade de vida da população. (SILVA; MARTINS; SCHALL, 2013).

Pesquisadores de Ciego de Ávila (Cuba) utilizaram a intersectorialidade para avaliar uma estratégia de gestão integrada realizada em junho de 2006 a janeiro de 2007 para controlar uma epidemia de dengue. O modelo de gestão integrada inaugurou uma nova forma de colaboração técnica através da criação de grupos de trabalhos que partindo da análise situacional se incorporam ao trabalho da equipe de técnicos.

A avaliação ocorreu por meio da análise de documentos referentes aos casos diagnosticados na época e focou em cinco componentes: vetores, epidemiologia, atenção médica, laboratório e meio ambiente. Após a análise dos indicadores, concluíram que a estratégia de gestão integrada foi insuficiente para controle da epidemia, sendo os componentes “vetor” e “meio ambiente” os piores avaliados (FERNÁNDEZ et al, 2010).

Uma pesquisa realizada em Belo Horizonte relatou, também medidas adotadas para evitar a proliferação do *Aedes aegypti* através da implementação de políticas integradas, agregando parceiros e instituindo o Grupo Executivo para o Controle da Dengue (GECD). As ações resultaram em: mutirões de limpeza; mobilização da sociedade civil; intensificação de ações de fiscalização; atividades em escolas; comunicação; articulação com empresas privadas,

órgãos estaduais e federais; assistência. A experiência foi considerada positiva porque fortaleceu a tomada de decisões e o avanço das ações de prevenção e controle, além de permitir o diálogo sobre questões e desafios a serem enfrentados para o desenvolvimento da gestão intersetorial no controle da dengue (FREITAS; RODRIGUES; ALMEIDA, 2011).

Uma pesquisa de Representação Social sobre quem deveria fazer parte do enfrentamento da dengue, segundo os enfermeiros da atenção primária à saúde de Alfenas-MG, revelou a intersectorialidade como ideia central dos discursos presentes no estudo, uma vez que sem esta não seria possível ter um programa de enfrentamento da dengue eficaz. Os enfermeiros apontaram como fundamental a participação de outros setores como a educação e o serviço social para o desenvolvimento de ações articuladas, integradas e geradoras de impacto nas condições de vida individual e coletiva (NASCIMENTO; RODRIGUES-JÚNIOR, 2015).

Um estudo realizado no Nepal mostrou as fragilidades nos serviços e sistemas de vigilância para detecção de surtos de dengue em vários distritos da área. Uma série de dificuldades foi pontuada principalmente no que se refere à ineficiência das notificações dos casos pelo serviço de saúde privado, gerando atraso e impedindo o controle epidemiológico imediato. Dado isso, as principais medidas de emergência adotadas para que os vetores não se proliferassem incluiu campanhas educativas através da integração de vários setores como hospitais, sociedade civil, administrações, forças de segurança, donas de casa, escolas, pessoas do mercado e participação ativa dos meios de comunicação (GRIFITHS et al, 2013).

O controle da dengue através da participação da comunidade foi uma das estratégias para diminuição dos casos usadas na Tailândia. Na pesquisa, realizou-se uma intervenção de controle vetorial adequado para comunidades urbanas e periurbanas usando ferramentas simples de controle de vetores eco-amigáveis e eco-bio-social ou de eco-saúde, através de campanhas com a participação de grupos familiares, organizações governamentais e não governamentais. Essas intervenções foram implementadas nos espaços públicos, como parques, reuniões comunitárias e lugares religiosos. Os autores destacaram que a participação da comunidade no controle de vetor de dengue são ferramentas que poderiam ser instituídas, mas que depende do apoio contínuo de todos os setores (KITAYAPONG et al, 2012).

Na região Euro-Mediterrânea, em 2014, foi criada a rede MediLabSecure, compreendendo 55 laboratórios de virologia e entomologia médica e 19 Instituições de saúde pública em 19 países das regiões dos Balcãs, do Norte da África, do Oriente Médio e do Mar Negro com o intuito de conscientizar, avaliar riscos, monitorar e controlar vírus emergentes e reemergentes transmitidos por vetores. Estudiosos analisaram as ações e estratégias implementadas pela MediLabSecure e como elas contribuíram para a prevenção e controle do ZIKV. Essa rede implementou uma série de recomendações da OMS sob uma perspectiva One Health.

Segundo os autores a MediLabSecure está promovendo a intersectorialidade, expertise e formação através da interação de quatro sub-redes em: virologia humana, virologia animal, entomologia médica e saúde pública. As trocas sejam metodológicas, de comunicação e operacionais em várias áreas geográficas e do conhecimento fornecem novos caminhos e ferramentas para o enfrentamento de ameaças virais emergentes, como uma epidemia de ZIKV (ESCADAFAL et al., 2016).

## CONCLUSÃO

Diante dos dados expostos, percebe-se que o controle das arboviroses não deve ser de responsabilidade somente de um setor, uma vez que se trata de um problema que transcende todos os limites entre a saúde pública e os demais segmentos da sociedade demandando ações intra e intersectoriais. Assim, mesmo com todas as atividades e tentativas para implementação da intersectorialidade, ainda trata-se de um desafio que requer compromisso por parte dos governantes, profissionais e comunidades.

Vale ressaltar que os estudos não abordaram ou abordaram de forma insipiente a problemática que envolve a promoção da saúde. A maioria dos achados é limitada porque se resume a descrever ações de controle vetorial, contudo, em alguns é possível se perceber implicação com os princípios da promoção da saúde como promoção de ambientes saudáveis e participação da comunidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde confirma relação entre vírus Zika e microcefalia**. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21014-ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>>. Acesso em: 08 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Chikungunya**: Manejo Clínico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

DONALISIO, M. R.; FREITAS, A. R. R. Chikungunya in Brazil: an emerging challenge. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n.1, p. 283-285, 2015.

ESCADAFAL, C.; GAAYEB, L. ; RICCARDO, F. Risk of Zika virus transmission in the Euro-Mediterranean area and the added value of building preparedness to arboviral threats from a One Health perspective. **BMC Public Health** (2016) 16:1219 DOI 10.1186/s12889-016-3831-1

FERNÁNDEZ, P. E. P.; PAZ, A. A. M.; MARTÍN, Y. F.; VIERA, I. M. R. V. Evaluación de la estrategia de gestión integrada en el control de una epidemia de dengue. **MEDICIEGO**, n.16(Supl.2), 2010.

FREITAS, R. M.; RODRIGUES, C. S.; ALMEIDA, M. C. M.; An Intersectoral Strategy for Dengue Control in Belo Horizonte (Minas Gerais), Brazil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.3, p.773-785, 2011.

GRIFFITHS, K. et al. Public Health Responses to a Dengue Outbreak in a Fragile State: A Case Study of Nepal. **Journal of Tropical Medicine**. Nepal, v.2013, p.1-8, 2013.

KITTAYAPONG, P. et al. Application of eco-friendly tools and eco-biosocial strategies to control dengue vectors in urban and peri-urban settings in Thailand. **Pathogens and Global Health**. Tailândia, v.106, n.08, p.446-454, 2012.

NASCIMENTO, M. C.; RODRIGUES-JÚNIOR, A. L. Dengue e intersectorialidade: representações sociais de enfermeiros na atenção primária a saúde. **Revista Nursing**. São Paulo, v.12, n. 219, p.1440-1442, 2015.

SILVA, P. C.; MARTINS, A. M.; SCHALL, V. T. Cooperation between health personnel and schools for the identification and control of dengue. **Rev Bras Promoc Saude**. Fortaleza, v. 26, n. 3, p. 404-411, jul./set., 2013

ZAMMARCHI L et al. Zika virus infections imported to Italy: clinical, immunological and virological findings, and public health implications. **J Clin Virol**, n. 63, p.32-35, 2015.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## VERTICALIZAÇÃO E O PARTO HUMANIZADO: REVISÃO INTEGRATIVA

Raíssa Emanuelle Medeiros Souto<sup>1</sup>, Luana Silva de Sousa<sup>2</sup>, Emanuela Gomes Falcão<sup>3</sup>, Cinthia Maria Gomes da Costa Escoto Esteche<sup>4</sup>, Ryvanne Paulino Rocha<sup>5</sup>, Angelita Livia da Silveira Brito<sup>6</sup>.

1. Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand / UFC – Fortaleza, Ceará, Brasil. (raissadiogo@hotmail.com)

2. Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand / UFC - Fortaleza, Ceará, Brasil. (lusilvasousa@hotmail.com)

3. Enfermeira Especializada em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará / UECE - Fortaleza, Ceará, Brasil. (emanuelagomes@live.com)

4. Enfermeira Obstetra. Mestre em Enfermagem. Coordenadora de Assistência da Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand / UFC - Fortaleza, Ceará, Brasil. (cinthiaesteche@gmail.com)

5. Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand / UFC - Fortaleza, Ceará, Brasil. (ryvanne@hotmail.com)

6. Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand / UFC - Fortaleza, Ceará, Brasil. (angelitasilveira89@gmail.com)

E-mail: raissadiogo@hotmail.com

Palavras-chave: Parto humanizado. Enfermagem Obstétrica. Parto.

### INTRODUÇÃO

O parto é um processo fisiológico que envolve aspectos biológicos, emocionais e sociais e constitui o início da vida de um ser fora do útero, sendo um acontecimento marcante e singular na vida de uma mulher. Existe grande discussão acerca de como colaborar para que o parto seja o mais humanizado possível, com o mínimo de intervenções. Diante disso, a equipe de enfermagem destaca-se, pois são os profissionais mais presentes durante todo esse processo.

Torna-se relevante promover melhorias e humanizar a assistência no acompanhamento do ciclo gravídico puerperal, devido à necessidade de preservar a dignidade da mulher e do bebê, mediante a implantação de práticas humanizadas e seguras. Para tanto, é primordial que seja feita a reorganização das rotinas e práticas na arte do cuidar, bem como maior empenho por parte dos profissionais de saúde visando ampliar a qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, o parto humanizado é aquele que consiste em oferecer humanização na assistência, que respeite os aspectos fisiológicos, culturais e sociais da parturiente e evite intervenções desnecessárias, oferecendo suporte emocional necessário à mulher e sua família, facilitando o vínculo entre eles (BRASIL, 2014).

A atenção humanizada ao parto é essencial para que o processo aconteça da forma mais natural e prazerosa possível. No entanto, esses cuidados, muitas vezes, resultam em intervenções técnicas em detrimento de ações que proporcionem ambiente agradável, comunicação terapêutica, terapias alternativas, como massagens e exercícios específicos para relaxamento.

Dessa forma, o cuidado mais efetivo significa disponibilizar ações e serviços baseados nas singularidades das parturientes, ao contrário do que se observa nas instituições de saúde, onde as necessidades das instituições e/ou dos profissionais se sobrepõem às necessidades das usuárias dos serviços da saúde (SILVA *et al.*, 2013).

Atualmente, existem práticas humanizadas que auxiliam as mulheres durante o trabalho de parto e parto, minimizando a percepção das dores e promovendo conforto físico e o bem-estar. As práticas não invasivas que são oferecidas à mulher incluem aromaterapia, hidroterapia, uso da bola suíça, toque terapêutico, massagens intuitivas, uso da banqueta de parto, dentre outras (SILVEIRA; MELLO; FERNANDES, 2013). O atendimento humanizado e os métodos não farmacológicos para alívio da dor implicam em ações acolhedoras, afetuosas e delicadas envolvendo a equipe multiprofissional, a parturiente, o bebê e o acompanhante.

Este estudo objetiva identificar as evidências científicas disponíveis em estudos publicados em periódicos nacionais acerca dos benefícios da posição vertical no parto por meio de uma revisão integrativa da literatura.

### METODOLOGIA

Este estudo consiste numa revisão integrativa de literatura. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, facilitando a



utilização destes na prática clínica, uma vez que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde.

A revisão foi desenvolvida pelas seis etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), as quais serão descritas a seguir:

► **Primeira etapa:** foi realizada a identificação do tema e a seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.

Buscou-se responder a seguinte questão norteadora: quais as evidências científicas disponíveis nos artigos selecionados que abordam os benefícios da posição vertical no parto humanizado?

► **Segunda etapa:** realizou-se o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem e a busca na literatura.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos originais, disponíveis na íntegra e publicados no recorte temporal dos anos de 2006 a 2015; redigidos em português, inglês ou espanhol; e que abordem temas relacionados ao parto humanizado. Foram excluídas publicações duplicadas, dissertações, teses, revisões integrativas e sistemáticas, guidelines, artigos com método de história contada e artigos que não respondiam à pergunta norteadora do estudo.

A bases de dados LILACS, BDNF e SCIELO foram selecionadas no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Estas bases foram selecionadas por serem as mais conhecidas na América Latina, e, portanto, agruparem os estudos de enfermagem desenvolvidos por pesquisadores de enfermagem dos países que a englobam, como o Brasil, a Espanha e Portugal. A busca ocorreu nos meses de março a maio de 2015, utilizando-se os seguintes descritores disponíveis no DECS (Descritores em Ciência da Saúde) e os operadores booleanos: parto humanizado, enfermagem obstétrica e parto.

Nesta segunda etapa foi realizada a leitura dos títulos e resumos para verificar a adequação dos artigos com o tema do estudo em questão.

► **Terceira etapa:** foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos selecionados.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Para a coleta das informações dos estudos, foi construído um instrumento previamente elaborado, adaptado de Ursi (2005).

A análise dos estudos selecionados se deu da seguinte maneira: a) os artigos foram lidos na íntegra para verificar sua adequação aos objetivos do estudo; b) para coleta de dados foi utilizado o instrumento acima citado para análise do título, autor, ano de publicação, objetivo, periódico, metodologia, recomendações e conclusão dos artigos; c) realizou-se a sintetização das principais contribuições das publicações em relação ao tema estudado, buscando identificar as tendências nos estudos sobre a utilização de tecnologias por enfermeiras na condução do parto humanizado.

Foram encontrados um total de 33 (trinta e três) estudos no Banco Virtual de Saúde (BVS). Destes, foram excluídos estudos por duplicidade e que não se enquadraram no recorte temporal, não se relacionavam diretamente com a temática estudada, não respondiam à pergunta de pesquisa estabelecida. Dessa forma, a amostra final desta revisão integrativa foi constituída por 8 (oito) estudos por apresentarem aspectos que respondiam à questão norteadora, e a análise do conteúdo permitiu a organização dos dados. Na base de dados SCIELO foram encontrados 03 artigos, na BDNF foram encontrados 02 artigos e na LILACS foram encontrados 03 artigos.

► **Quarta etapa:** realizou-se a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;

Os estudos selecionados para compor a amostra da revisão foram analisados individualmente, por meio de uma leitura crítica e pela agregação dos dados extraídos por meio do instrumento de coleta de dados, como citado acima.

► **Quinta etapa:** foi realizada a interpretação dos resultados;

Realizou-se a agregação de conteúdos similares que resultaram em categorias que, por sua vez, apresentaram convergências, divergências ou complementaram-se sobre os diversos aspectos do tema em estudo.

► **Sexta etapa:** foi realizada a apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A revisão integrativa foi apresentada de maneira categorizada, utilizando-se somente as evidências selecionadas a partir da amostra deste estudo.

Para fins de apresentação e discussão emergiram duas categorias, sendo estas:

**1ª categoria:** Mobilidade da gestante no trabalho de parto;

**2ª categoria:** Benefícios da posição vertical no parto normal.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontraram-se 33 artigos, mas apenas 8 associados ao objetivo que foram lidos na íntegra para analisar evidências científicas sobre a verticalização no parto humanizado, permitindo a elaboração de duas categorias temáticas: 1 - Mobilidade da gestante no trabalho de parto; 2 - Benefícios da posição vertical no parto normal.

Na categoria 1, pesquisadores atribuem vantagens às posições verticalizadas devido à contribuição para a redução do uso de analgesia, da compressão dos vasos sanguíneos, aumento da vascularização da placenta e dos diâmetros do canal de parto, melhoria na oxigenação fetal e na ventilação pulmonar (BALASKAS, 2012; SILVEIRA *et al.*, 2011).

Estudos afirmam a adoção das posições ajoelhada, agachada, em pé ou sentada durante toda a história da obstetrícia. Ademais, em outras regiões ou países da Ásia e Japão, a posição mais usada é a de joelhos sobre o tatame (SILVEIRA; CAMPOS; FERNANDES; 2011).

Balaskas (2012) aconselha o uso da posição de quatro quando a parturiente sente dor intensa na região lombar e quando o bebê se encontra com a apresentação fetal posterior, mas afirma que ela pode ser adotada em qualquer momento do trabalho de parto.

No estudo desenvolvido por Silva *et al.*, (2013), foram analisados atendimentos a 1.079 partos assistidos entre os anos de 2006 a 2009 na Casa do Parto de Sapopemba. Observou-se que os métodos não farmacológicos mais utilizados para alívio da dor foram: banho de aspersão (84%), deambulação (68%), massagem (60%), bola suíça (51%) e banho de imersão (29%). Dentre as posições mais adotadas durante o parto, destacam-se: semi-sentada (82%), lateral (16%), cócoras (0,8%), em pé (0,7%) e quatro apoios (0,2%). Observa-se assim que, no geral, as práticas obstétricas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estão sendo utilizadas na instituição em estudo pelos profissionais deste serviço.

Este estudo comprovou que mais de 70% das mulheres que verticalizaram mantiveram integridade perineal ou apresentaram laceração de menor gravidade, ou seja, de primeiro grau. A realização da episiotomia deu-se em 25,8% das nulíparas e em 4,3% das múltiparas.

Na categoria 2, a Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando-se riscos e benefícios das diferentes posições, ressalta que se deve permitir que as mulheres tomem decisões informadas sobre as posições de parto e assumam a que desejarem. Nas posições verticais, as dimensões pélvicas se expandem significativamente, as contrações uterinas são mais eficazes em face da não oclusão da artéria aorta e veia cava, trazendo vantagens para o trabalho de parto e parto (GAYASKI; BRUGGEMANN, 2009).

Estudiosos investem em pesquisas sobre a expectativa e/ou a preferência das mulheres sobre a via de parto (vaginal ou cesárea). Entretanto, a posição de parto que as mulheres adotam no momento do parto é pouco pesquisada, uma vez que as maternidades, de maneira geral, ainda preconizam a utilização da posição horizontal durante o parto. Apenas algumas instituições passaram a assistir ao parto na posição vertical e/ou lateral (BRUGGERMANN; KNOBEL; SIEBERT *et al.*, 2009).

Brüggemann *et al.*, (2009) realizaram um estudo qualitativo com pacientes analisando seus relatos sobre a posição escolhida para o trabalho de parto. Dentre as que escolheram a posição vertical, houve maior sensação de conforto, assim como redução do esforço expulsivo e da dor; já aquelas que adotaram posição horizontal, houveram relatos acerca do tempo de duração do trabalho de parto, mais longo, conseqüentemente, com maior percepção da dor.

O parto humanizado é um conjunto de ações que valoriza a mulher como protagonista e permite a adequação da assistência de enfermagem às dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Além disso, engloba a contextualização desses saberes e práticas para atender às singularidades de cada mulher, garantindo a humanização da assistência em detrimento da técnica e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado prestado.

## CONCLUSÃO

Os estudos analisados descreveram os benefícios da posição verticalizada em suas diversas modalidades. As recomendações propostas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde demonstram vantagens, como redução do tempo do trabalho de parto, da diminuição da sensação da dor, além do número menor de intervenções obstétricas.

Com a realização desta pesquisa constatou-se a necessidade da implantação de uma assistência padronizada no cuidado à mulher, focada, principalmente, nos métodos não farmacológicos para alívio da dor e ações sistematizadas que visem a satisfação da parturiente, a qualidade da assistência e a segurança da paciente.

Ao analisar os artigos, verificou-se a necessidade de melhorar a assistência humanizada às gestantes, pois ainda existem instituições em que não são utilizados todos os recursos disponíveis, além de não implementar conhecimentos técnico-científicos nem utilizar meios/recursos disponíveis e adequados para a utilização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS

BALASKAS, J. Parto ativo. **Guia prático para o parto natural**. São Paulo. 3. ed., Ground: São Paulo, 2012. BRASIL. Ministério do Saúde. **Humanização do parto e nascimento**. Brasília (DF), v.4, 2014.

BUSANELLO, J.; KERBER, N. P. C.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; MENDONZA-SASSI, R. A.; AZAMBUJA, E. P. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde. **Rev enferm UERJ**. Jan v.19, n. 2, p: 218-23, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a08.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2015.

BRÜGGEMANN, O. M.; KNOBEL, R.; SIEBERT, E. R. C.; BOING, A. F.; ANDREZZO, H. F. A. Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p: 189-196, abr./jun, 2009.

GAYESKI, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. Percepções de puérpera sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.2, mar./apr. 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**. v. 17, n. 4, p:758-64, 2008.

OLIVEIRA, L. L.; BONILHA, A. L. L.; TELLES, J. M. Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras 575 **Cienc Cuid Saude**. v. 11, n. 3, p:573-580, Jul/Set; 2012.

SILVA, R.C.; SOARES, M.C.; JARDIM, V.M.R.; KERBER, N.P.C.; MEINCKE, S.M.K. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.3, p.629-36, jul./set. 2013.

SILVEIRA, I. P.; CAMPOS, A. C. S.; FERNANDES, A. F. C. Posições do trabalho de parto e parto: resgate da literatura. In: DAVIM, R. M. B. **Protocolos de atenção à saúde da mulher durante o trabalho de parto**. Curitiba: Honoris Causa, 140p, 2011.

SILVEIRA, I. P.; MELLO, M. S.; FERNANDES, A. F. C. A teoria do conforto no cuidado de enfermagem à parturiente. In: Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras: MORAIS, S. C. R. V.; SOUSA, K. V.; DUARTE, E. D. **PROENF**. Programa de Atualização em Enfermagem:Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 5. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. p. 61-80. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância; v.1).

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2005.

## AGRADECIMENTOS

Aos professores, colegas e funcionários da Maternidade Escola Assis Chateaubriand que contribuíram para a elaboração deste trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE AMAMENTAÇÃO E CUIDADOS AO RECEM NASCIDO EM UMA MATERNIDADE DE MARACANAU

Raíssa Emanuelle Medeiros Souto<sup>1</sup>, Maria Aline Rodrigues Barros<sup>2</sup>, Angelita Livia da Silveira Brito<sup>3</sup>, Cinthia Maria Gomes da Costa Escoto Esteche<sup>4</sup>, Luana Silva de Sousa<sup>5</sup>, Ryvanne Paulino Rocha<sup>6</sup>.

*Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand / UFC – Fortaleza, Ceará, Brasil.*  
*Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand / UFC – Fortaleza, Ceará, Brasil.*  
*Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand / UFC – Fortaleza, Ceará, Brasil.*  
*Enfermeira Obstetra. Mestre em Enfermagem. Coordenadora de Assistência da Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand / UFC - Fortaleza, Ceará, Brasil.*  
*Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand / UFC - Fortaleza, Ceará, Brasil.*  
*Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand / UFC - Fortaleza, Ceará, Brasil.*

E-mail da autora: raissadiogo@hotmail.com

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em saúde. Aleitamento Materno.

### INTRODUÇÃO

A educação em saúde demonstra-se como componente fundamental ao cuidado de enfermagem, à medida que colabora para a promoção da saúde e qualidade de vida no contexto familiar da mulher e do bebê (SANTOS; PENNA, 2015).

Segundo Ministério da Saúde (2007), a educação em saúde é considerada um processo sistemático, contínuo e permanente que tem como objetivo a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social.

Ao promover ações de educação em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal, o profissional de enfermagem pode utilizar, como estratégia de atuação a realização de grupos de orientações, como: grupo de gestantes, grupo de puérperas, oficinas educativas ou sala de espera. Buscando, assim, não só um cuidado humanizado e amplo às pacientes, mas também possibilitando o empoderamento das mesmas. (RODRIGUES *et al.*, 2013).

A oficina educativa é uma estratégia que pode ser desenvolvida por enfermeiros e por profissionais da saúde para os pacientes, auxiliando, desta forma, no entendimento de uma temática de forma dinâmica e interativa, possibilitando, por assim, a promoção da educação em saúde. O trabalho em grupo, na forma de oficinas ou outros, possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam a saúde (LACERDA *et al.*, 2013).

A excelência desta assistência pode ser alcançada se envolver aspectos técnicos e interpessoais, como empatia, disponibilidade, confiança, diálogo e preservação da individualidade. A mulher

deve ser assistida de forma ampla, atentando-se para suas dificuldades e vivências, conhecendo o contexto cultural e social que ela vive para que o cuidado se dê de modo efetivo (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

O enfermeiro, como o profissional de saúde que demanda uma maior proximidade com o paciente, tem um papel de bastante relevância no que condiz a função educadora podendo está presente em ações e programas sociais que beneficiem a promoção em saúde destas pacientes.

O desenvolvimento de estratégias de educação em saúde para gestantes que abordam sobre o aleitamento materno possui grande importância para o desenvolvimento saudável do bebê. O aleitamento materno (AM) é o alimento ideal para o lactente devido às suas propriedades nutricionais e imunológicas, protegendo, assim, o recém-nascido. Por todos esses fatores, a lactação é considerada uma prática fundamental para promoção, proteção e apoio à saúde da criança, sendo esta recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) às crianças durante os primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2002).

A adoção de práticas alimentares adequadas para a infância é fundamental para um bom desenvolvimento infantil, assegurando, assim, a sobrevivência e a saúde das crianças. O aleitamento materno (AM) é uma das intervenções viáveis, efetivas e de baixo custo, o que se configura como uma das práticas promotoras de saúde infantil, produzindo reflexos positivos durante toda a vida (WHO, 2001).



## METODOLOGIA

O trabalho consiste em um relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizado como estratégia de oficina educativa em uma maternidade de Maracanaú/CE.

O público-alvo da intervenção foram as gestantes e acompanhantes que se encontravam no Centro de Parto Normal (CPN) do referido local, realizada no dia 02 de maio de 2017 no período da manhã. O material didático utilizado foram panfletos e uma boneca para demonstrar a maneira correta de amamentar, a não indicação do uso de chupetas e mamadeiras, o banho do RN e os cuidados com o mesmo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os assuntos abordados foram a importância da amamentação, benefícios do leite materno para o RN e a mãe. Além disso foi ensinado a maneira correta de banhar o bebê, cuidados com o coto umbilical, reforçado a importância das vacinas e dos testes que devem ser feitos como: teste do coraçõzinho, orelhinha, olhinho e do pezinho. E também foi falado sobre a contraindicação do uso de chupetas e mamadeiras e sua possível interferência no aleitamento materno.

As gestantes, então, puderam tirar suas dúvidas e compartilhar suas experiências. Uma dúvida muito frequente foi se o uso de mamadeiras e chupetas, poderiam atrapalhar a amamentação. Frente a tal indagação, foi esclarecido que esses objetos podem prejudicar o desenvolvimento da dentição e da fala, além de estimular o desmame precoce, pelo fato de o material ter consistência desfavorável em relação à mama.

Para que isto não ocorra, é necessário que os profissionais de saúde estejam apropriados com conhecimentos e habilidades, tanto na prática clínica da lactação como nas habilidades clínicas para a realização do aconselhamento (COSTA; ALTAREZ, 2009). As orientações sobre AM não se limitam à assistência pré-natal, mas estendem-se ao período de pré-parto, parto e puerpério. Nesse sentido, destaca-se a importância de que a equipe de saúde conheça o cotidiano materno e o contexto sociocultural a que elas pertencem, quais são suas dúvidas, seus medos e expectativas, bem como, mitos e crenças referentes ao AM, para que possam desmistificar práticas consolidadas pelo "senso comum" que influenciam de forma negativa na lactação (BRANDÃO et al., 2012).

Durante a discussão também surgiram outras dúvidas sobre a doação de leite e as crendices populares. No momento final, foram entregues panfletos elaborados pela própria instituição com informações sobre aleitamento e doação de leite materno. Os fatores culturais envolvidos na prática do aleitamento materno sempre se fazem presente e, variando em função de diversas outras circunstâncias, podem auxiliar ou mesmo interferir negativamente. Mitos e tabus podem ser definidos como relatos simbólicos que passam de geração a geração dentro de um grupo social e explicam a origem de determinado fenômeno, traduzindo-se pela construção mental de algo idealizado sem comprovação prática, que acaba tornando-se uma proibição imposta por costume social (DEL CIAMPO, et al., 2008).

Nesse espaço, a educação em saúde é potencializada por meio de estratégias de promoção e prevenção, com foco no empoderamento da população. Durante a intervenção os usuários aproveitaram o momento para esclarecer suas dúvidas e sobre onde recorrer quando precisar de ajuda para amamentar, realizar os testes e os cuidados com o bebê.

## CONCLUSÃO

Notou-se durante o desenvolvimento da estratégia o limitado conhecimento das gestantes e de seus acompanhantes. Portanto, cabe aos profissionais de saúde promover mais momentos de educação em saúde sobre essa temática e, assim, estimular a autonomia dessas mulheres no cuidado ao seu filho.

As estratégias de educação em saúde devem ser esclarecedoras para que sejam entendidas as orientações e técnicas demonstradas, buscando, assim, desconstruir os mitos e tabus que podem influenciar de forma negativa no processo de amamentação e cuidados dispendidos ao bebê.

Assim, este trabalho evidenciou a importância de os enfermeiros aderirem a estratégias educativas de forma dinâmica e interativa. Ademais, foi possível perceber o quanto as gestantes estavam inseguras antes da oficina, seja por não ter conhecimento suficiente sobre os assuntos abordados, seja por receber influência sociocultural passível ao prejuízo das técnicas corretas. Após a dinâmica, elas se sentiram menos envergonhadas, mais confortáveis e mais confiantes para responderem aos questionamentos.

Desse modo, fica evidente que o trabalho do enfermeiro como educador no ciclo gravídico puerperal tem um grande impacto na vida destas gestantes e dos bebês. Destacando-se que a educação em saúde promovida pelos enfermeiros colabora na condução harmoniosa desse momento de vida, minimizando as possíveis dificuldades envolvidas nessa nova realidade das gestantes para o desempenho do papel materno. Nesse contexto, associar o cuidado com as ações educativas visa unificar as práticas e os saberes de maneira horizontalizada, onde o enfermeiro pode exercer seu papel de cuidador e educador.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando a promoção de saúde documento base** – documento 1. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2007, p. 19-24.
- BRANDÃO, E. C.; SILVA, G. R. F.; GOUVEIA, M. T. O.; SOARES, L. S.; Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 355-365, 2012. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n2/pdf/v14n2a16.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/pdf/v14n2a16.pdf) Acesso em: 30 ago. 2017.
- COSTA, M. A.; ALTAREZ, C. A. Incentivo ao aleitamento materno nas Unidades Básicas de Saúde do município de Farol, Paraná. **SaBios: Revista de Saúde e Biologia**, Campo Mourão, v. 4, n. 2, p. 6-13, 2009.
- DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; FERRAZ, I. S.; DANELUZZI, J. C.; JUNIOR, C. E. M. Aleitamento materno e tabus alimentares. **Rev. Paul. Pediatr.** São Paulo, v. 26, n. 4, p. 345-349, dez. 2008.
- LACERDA, A. B. M.; SOARES, V. M. N.; GONCALVES, C. G. O.; LOPES, F. C.; TESTONI, R. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **Audiol. Commun. Res.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 85-92, jun. 2013.
- RODRIGUES, D.P.; GUERREIRO, E. M.; FERREIRA, M.A.; QUEIROZ, A. B. A.; BARBOSA, D. F. C.; FIALHO, A. V. M. Representações sociais de mulheres sobre gravidez, puerpério e ações educativas. **Online Brazilian Journal of Nursing** [Internet]. v.12, n.4, p. 911-922, 2013.
- SALIM, N. R.; ARAÚJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.18, n.4, [08 telas], jul.-ago. 2010.
- SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. A Educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto contexto-enferm** [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 19]; v.18, n.4, p.652-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/06.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding. **Results of a WHO systematic review**. Geneva: WHO; 2001.

## AGRADECIMENTOS

Inserir os agradecimentos às pessoas, entidades e/ou agências de fomento ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## O AMBIENTE UNIVERSITÁRIO: A VISÃO DOS DISCENTES DOS CURSOS DE SAÚDE

**Gabriela Pessoa Marinho Holanda<sup>1</sup>(IC), Carla Christina Pereira da Silva Godinho<sup>2</sup>(PG), Soraya da Silva Trajano<sup>2</sup>(PG), Cleibiane Vituriano de Souza<sup>2</sup>(PG), Ana Maria Fontenelle Catrib<sup>3</sup>(PQ), Ana Paula Vasconcelos Abdon<sup>3</sup>(PQ)**

*1 Curso de Bacharelado em Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: [gpmholanda@outlook.com](mailto:gpmholanda@outlook.com)

Palavras-chave: Sustentabilidade. Universidade. Práticas Sustentáveis.

### INTRODUÇÃO

O final do século XX foi marcado por manifestações no âmbito nacional e internacional referentes a questões ambientais. Isto levou uma mobilização envolvendo a sociedade e todos os seus âmbitos: familiar, religioso, educacional (escolas e universidades) no tocante à preservação do meio ambiente através de adoção de estratégias de sistemas de gestão ambiental e o desenvolvimento de ações de responsabilidade social e ambiental (ASSUNÇÃO, 2016).

Em 1992, a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, conhecida como Rio-92 teve como um dos objetivos incentivar e apoiar pesquisas nacionais e internacionais que promovessem a sustentabilidade, além de enfatizar a abrangência sobre sustentabilidade nos cursos de forma interdisciplinar incluindo o tema no currículo acadêmico de todas as Instituições de Ensino Superior e no currículo da pré-escola ao ensino médio (RODRIGUES et al, 2012).

As universidades têm o papel de educar e conscientizar, por meio de propagandas e pela própria estrutura da instituição, favorecendo o conhecimento e o uso de ambientes saudáveis. Por isso estas instituições devem ser modelos de sustentabilidade (VIEGAS; CABRAL, 2015).

Os estudos sobre sustentabilidade nas Instituições de Ensino Superior (IES) têm como principal objetivo investigar e incentivar o desenvolvimento social por meio de práticas sustentáveis, tendo como base o conhecimento nesse assunto, assim como o nível de interferência deste na vida da população como um todo. Visar a sustentabilidade atualmente, envolve os aspectos éticos e ambientais, com o objetivo de preservar e manter os recursos naturais usados diariamente pelos cidadãos (PASE et al, 2013).

Além de ser um local de estímulo e incentivo à prática de estratégias sustentáveis, a universidade deve apresentar ambientes favoráveis à sustentabilidade, como uso consciente da água e energia, bem como aspectos referentes à saúde do acadêmico e de todos os profissionais que fazem parte da academia, como ventilação e luzes adequadas, dentre outros (BRANDLI et al, 2011).

Partindo do exposto, a pesquisa teve como objetivo avaliar a visão dos discentes do curso de Saúde sobre o ambiente universitário.

### METODOLOGIA

O estudo realizado foi quantitativo, do tipo transversal e analítico, vinculado a um projeto guarda-chuva intitulado "Promoção de Saúde na população jovem: qual o papel da Universidade?", aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (parecer nº. 1.795.390), desenvolvido no *campus* de uma instituição de ensino superior (IES) privada do Município de Fortaleza, Ceará.

A população de estudo foi composta por 192 universitários, independente do sexo, com idade igual ou superior 18 anos e regularmente matriculados em um dos 9 cursos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UNIFOR. Foram excluídos os alunos com deficiência física, visual e gestantes em virtude das especificidades dos instrumentos de coleta selecionados.

Os participantes foram recrutados por meio de convite público utilizando redes sociais e cartazes fixados nos diferentes locais na universidade. Após leitura e explicação dos objetivos, dos riscos e dos benefícios do estudo, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que representando sua autorização.



Após a seleção, foi aplicado o Instrumento de Avaliação da Promoção da Saúde na Universidade (IAPSU). O IAPSU, validado no estudo de Catrib et al (2015), contém dados demográficos e socioeconômicos e possui 5 domínios. Nesse estudo foram utilizados itens do domínio 3 referente aos fatores ambientais.

A aplicação dos instrumentos ocorreu nas áreas comuns aos cursos, mas de forma individual e afastada do aglomerado dos estudantes para facilitar a coleta das informações e em obediência aos aspectos éticos. Este instrumento foi aplicado por um número mínimo de pesquisadores previamente capacitados, para minimizar as interferências da abordagem e condução da coleta de dados.

Os dados foram analisados através da estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio da frequência absoluta (n) e relativa (%), utilizando o programa SPSS versão 20.0.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As universidades promotoras de saúde influenciam a vida dos alunos, dos funcionários e toda a comunidade situada no seu entorno, sendo um local favorável para atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, atuando dessa forma na modificação e adaptação do ambiente tornando-o mais favorável possível à qualidade de vida e bem-estar (LOURINHO, 2016).

De acordo com Petri (2011), a universidade exerce um grande papel no desenvolvimento de uma consciência sustentável. Segundo ele, o indivíduo que egressa do ambiente acadêmico com uma formação acerca de sustentabilidade vai assumir atitudes na profissão que refletem essa consciência.

O estudo de Viegas (2013) realizado em uma Universidade na Amazônia apontam no âmbito do ensino, pesquisa e extensão, bem como estrutural a adoção de medidas que seguem normas regulamentadoras de sustentabilidade, como dimensões das portas e janelas adequadas para permitir, além de melhor ventilação, iluminação natural e sanitários que apresentam descarga de vazamento rápido e válvulas de retenção reduzindo o consumo de água.

Na presente pesquisa, observou-se que 60,1% dos alunos (n=113) afirmaram que a universidade apresenta consumo consciente de água e energia.

Em virtude do racionamento de consumo de água ser uma questão urgente no mundo, um estudo constatou que existe maior tempo e volume de água despejado em torneiras por acionamento mecânico do que sensor em uma universidade, embora a vazão média seja menor para as torneiras mecânicas (DEMANBORO et al, 2015).

Sobre a avaliação das instalações sanitárias, 86,9% (n=166) apontaram que se encontram em funcionamento e limpas.

Os acadêmicos consideram as salas de aulas adequadas. Os itens com maiores percentuais foram a iluminação (96,9%, n=185) e mobiliário (88,5%, n=169), seguido da acústica (76,3% n=145) e a ventilação (70,7%, n=135).

De acordo com Servilha e Delatti (2014), o ambiente de ensino exerce influência sobre o processo de aprendizagem pois verificou através dos relatos de universitários que fatores ambientais como o ruído no interior da universidade causava desconforto e dificuldade de concentração, cujo qual, atrapalhava sua motivação de aprender.

Corroborando com os achados da presente pesquisa, um estudo verificou que 70% das pessoas mostraram-se satisfeitas com a temperatura das salas de aulas de duas edificações com construções diferentes. As boas condições ambientais proporcionam espaços saudáveis e conseqüente melhoria da produtividade dos alunos beneficiados (SOUZA; FONTANELLA, 2011).

Em um estudo realizado em dois locais universitários concluiu que as duas edificações apresentavam falhas ambientais quanto aos aspectos de iluminação, temperatura e acústica. No entanto, a percepção dos estudantes sobre cada aspecto foi divergente, pois revelou que a maioria considera satisfatório a iluminação e insatisfatório a temperatura e acústica das salas de aula (OCHOA; ARAÚJO; SATTLER, 2012).

Em relação ao desenvolvimento sustentável, o papel das Instituições de Ensino Superior (IES) aborda de duas formas a sustentabilidade: no âmbito educacional e no âmbito de gestão. O aspecto educacional refere-se à formação dos professores no estímulo à pesquisa de práticas sustentáveis. No que se refere à gestão, é dever da universidade adotar em seu território um ambiente que apresente estruturas, modelos e exemplos práticos de gestão sustentável para a sociedade (LARA, 2012).

O estudo de Vasconcellos et al (2012) realizado em uma universidade do Pará apresenta que a sustentabilidade é um tema que foi introduzido nos conteúdos programáticos dos cursos de graduação, bem como em projetos de pesquisa e extensão. Destaca-se o Programa Integrado Município Sustentável, desenvolvido a partir de 2010, que apresenta ações de ensino, pesquisa e extensão em municípios paraenses.

## CONCLUSÃO

Segundo os discentes dos cursos de saúde a universidade apresenta ambientes favoráveis à adoção de estratégias que visem práticas sustentáveis, bem como apresentam estruturas pertinentes à um ambiente que se

preocupa com o bem-estar do aluno, dos professores e dos funcionários no tocante à sustentabilidade, dentre outros aspectos, e dessa forma contribui para a promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, Vilma de Jesus de. Ações Socioambientais no ambiente universitário: uma análise sobre a percepção da comunidade acadêmica do campus da USFM/Palmeira das Missões. Santa Maria-RS, 2016.
- BRANDLI, L. L. et al. Indicadores de Sustentabilidade Ambiental da Universidade de Passo Fundo. **Revista CIATEC – UPF**, v. 3, p. 1, p. 22-35, 2011.
- DEMANBORO, A. C. et al. Avaliação do consumo de água em torneiras em ambiente universitário. **Ambient Constr.**, v. 15, n. 3, p. 135-143, 2015.
- LARA, Pedro Túlio de Resende. Sustentabilidade em Instituições de Ensino Superior. V. 7, n. 7, p. 1646- 1656, 2012.
- OCHOA, J. H.; ARAUJO, D. L.; SATTLER, M. A. Análise do conforto ambiental em salas de aula: comparação entre dados técnicos e a percepção do usuário. **Ambient. constr.**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 91-114, 2012.
- PASE, Juliana; et al. Educação Ambiental na Universidade: Percepção dos Acadêmicos do Curso de Administração em Santa Maria – RS. IBEAS – Instituto Brasileiro de Estudos Ambientais, Salvador, 2013.
- PETRI, Sergio Murilo. Gestão ambiental em instituição de ensino superior: uma análise da aderência de uma instituição de ensino superior comunitária aos objetivos da agenda ambiental na administração pública (A3P). **Rev. GUAL**, Florianópolis, v. 4, n. 3, p.44-62, set/dez. 2011.
- RODRIGUES, Mariana Lima. A Percepção Ambiental Como Instrumento de Apoio na Gestão e na Formulação de Políticas Públicas Ambientais. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 21, supl. 3, p. 96-110, 2012.
- SERVILHA, E. A. M.; DELATTI, M. A. Percepção de ruído em sala de aula por estudantes universitários e suas consequências sobre a qualidade do aprendizado. **Audiol, Commun. Res.**, v. 19, n. 2, p. 138-144, 2014 .
- SOUZA, H. A.; FONTANELLA, M. S. Percepção do ambiente térmico nas salas de aula pelos alunos da UFOP. **Rem: Rev. Esc. Minas**, v. 64, n. 4, p. 415-419, 2011.
- VASCONCELLOS SOBRINHO, M.; VASCONCELLOS, A. M. A.; TAVARES, R. M. Universidade enquanto ator do desenvolvimento local: experiência do Programa Integrado Município Sustentável implantado pela Universidade da Amazônia (UNAMA). **ABMES Cadernos**, v. 1, p. 47-92, 2012.
- VIEGAS, Socorro de Fátima da Silva. Sustentabilidade em instituições de ensino superior: um estudo na Universidade Federal Rural da Amazônia. Dissertação de Mestrado, Belém, 2013, PPAD / Unama.
- VIEGAS, Socorro de Fátima da Silva; CABRAL, Eugênia Rosa. Práticas de Sustentabilidade em Instituições de Ensino Superior: Evidências de Mudanças na Gestão Organizacional Revista Gestão Universitária na América Latina – Revista, v. 8, n. 1, p. 236-259, jan. 2015.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## IMPACTO DOS HÁBITOS ALIMENTARES COMO FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO CEARÁ EM 2015

Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa<sup>1</sup>, Priscilla de Lima Carneiro<sup>2</sup>, Pedro Antônio de Castro Albuquerque<sup>3</sup>, Socorro Maria Pinho Penteado<sup>4</sup>

*1 Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*2 Graduada em Nutrição, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*3 Especialista em Vigilância em Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Fortaleza-Ceará-Brasil*

*4 Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará-Brasil*

E-mail: priscilla\_lcarneiro@hotmail.com

Palavras-chave: Doenças crônicas. Hábitos alimentares. Fatores de risco.

### INTRODUÇÃO

Ao longo do século passado, no Brasil e em vários países, ocorreram mudanças nos perfis demográfico, epidemiológico e nutricional da população e o controle de algumas enfermidades transmissíveis, observando-se a redução das doenças infecciosas e o aumento significativo da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Essa inversão do perfil epidemiológico justifica o estudo dos fatores de risco e determinantes sociais das doenças crônico-degenerativas (SISTEMA CFN/CRN, 2008; MONTEIRO, 2000; CASADO et al., 2009).

O crescimento mundial das DCNT é um desafio tanto da saúde como dos demais setores governamentais. Há uma tendência em seu aumento decorrente do envelhecimento populacional crescente, estilo de vida, acessibilidade aos serviços de saúde e urbanização (BRASIL, 2005; CEARÁ, 2014). Além de ser influenciada pelas condições de vida, exige estratégias dos serviços de saúde. A queda nas taxas das DCNT requer compromissos dos governos, do setor público e privado e de toda a sociedade. Não pode ser tratada apenas como opção individual de escolhas saudáveis (OPAS, 2003; BRASIL, 2007).

As mortes prematuras por doenças não transmissíveis devem ser reduzidas em um terço até 2030. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esses e vários outros compromissos foram assumidos pelos líderes mundiais em reuniões de alto nível da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) para controlar as proporções de epidemia de doenças não transmissíveis e seu impacto no desenvolvimento (WHO, 2015).

Este estudo é um recorte de uma pesquisa maior, intitulada "Vigilância de Fatores de Risco e Proteção das Doenças Crônicas Não transmissíveis" da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) com todos os trabalhadores das 21 Regionais de Saúde e âmbito central, portanto de abrangência estadual. Ressalta-se que essa iniciativa é uma ação prevista no "Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Ceará, 2011-2022", elaborado em consonância com o Plano Nacional, lançado no ano 2012 pelo Ministério da Saúde. Devido a complexidade das DCNT, selecionou-se algumas delas, principalmente as associadas aos fatores de risco nutricionais, para seu surgimento e controle. Ressalta-se aqui a obesidade, hipertensão arterial e diabetes, como as DCNT de ocorrência muito influenciadas pelos hábitos alimentares.

Em um passado recente conseguimos a redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias, o desafio em um futuro próximo é vencermos as barreiras necessárias para reduzir as doenças crônicas não transmissíveis, melhorando a qualidade de vida da população.

O objetivo do presente trabalho é avaliar a situação de saúde dos trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará quanto aos hábitos alimentares e sua influência nas DCNT.

### METODOLOGIA

Conforme a atual organização administrativa da SESA, a população objeto de estudo foi composta por trabalhadores que trabalham nas 21 Regionais de Saúde e âmbito central. Para a coleta de dados utilizou-se o questionário do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), do qual se retirou as perguntas referentes à telefonia.

O instrumento já testado pelo Ministério da Saúde foi aplicado em 1.663 trabalhadores, maiores de 18 anos entre servidores, terceirizados, cedidos de outros órgãos, bolsistas, estagiários, etc. que na época da pesquisa estavam desempenhando algum trabalho nas 21 Regionais de Saúde. Foram excluídos aqueles que não concordaram em

participar da pesquisa ou que não atenderam aos critérios de inclusão. O questionário foi enviado via “malote”, serviço de correspondência oficial utilizado pela SESA para comunicação com as Regionais de Saúde.

A pesquisa não trouxe nenhum risco social, psíquico e de saúde para os servidores participantes. Para a tabulação e processamento dos dados, utilizou-se o software EPIINFO, versão 7.1.3.10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

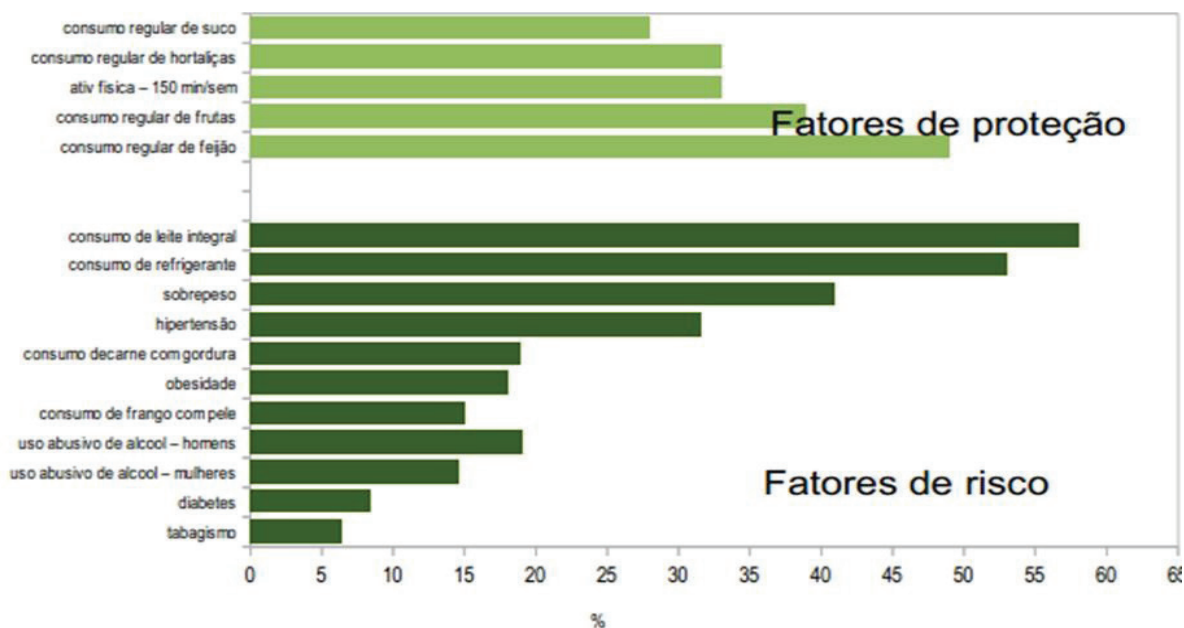
Considerando o total de trabalhadores que participaram do estudo, 45% eram do sexo feminino e 54% do sexo masculino. Mais da metade dos participantes (58%) encontravam-se na faixa etária compreendida entre 45 a 64 anos. Vale ressaltar que as faixas etárias extremas congregaram menos de 10% das pessoas pesquisadas e a grande maioria (87%) possuía mais de 9 anos de estudo.

Os fatores de risco referiram-se ao consumo de alimentos não saudáveis, enquanto os fatores protetores deveu-se aos benefícios à saúde que alguns alimentos agregam. De modo geral, os fatores de risco que se mostraram mais prevalentes foram o consumo de leite integral (57,8%) e o consumo de refrigerante (52,7%).

Enquanto o hábito de consumir carne com excesso de gordura e frango com pele foi encontrado em aproximadamente 19% e 15% dos trabalhadores, respectivamente. Ser portador de diagnóstico de hipertensão arterial foi citado por 31,6% e 8,5% declararam ter diagnóstico de diabetes.

Aliado a esses fatores, chama atenção os percentuais de excesso de peso (40,9%) e obesidade (18%), entre os trabalhadores pesquisados. Com relação aos fatores de proteção, os achados demonstraram que os índices de consumo dos alimentos protetores são pouco habituais, além da prática de atividade física ter apresentado apenas o patamar de 33% entre os trabalhadores, como visualizado no gráfico abaixo.

Percentual de fatores de proteção e risco para as DCNTs, entre trabalhadores da Saúde. Ceará, 2015

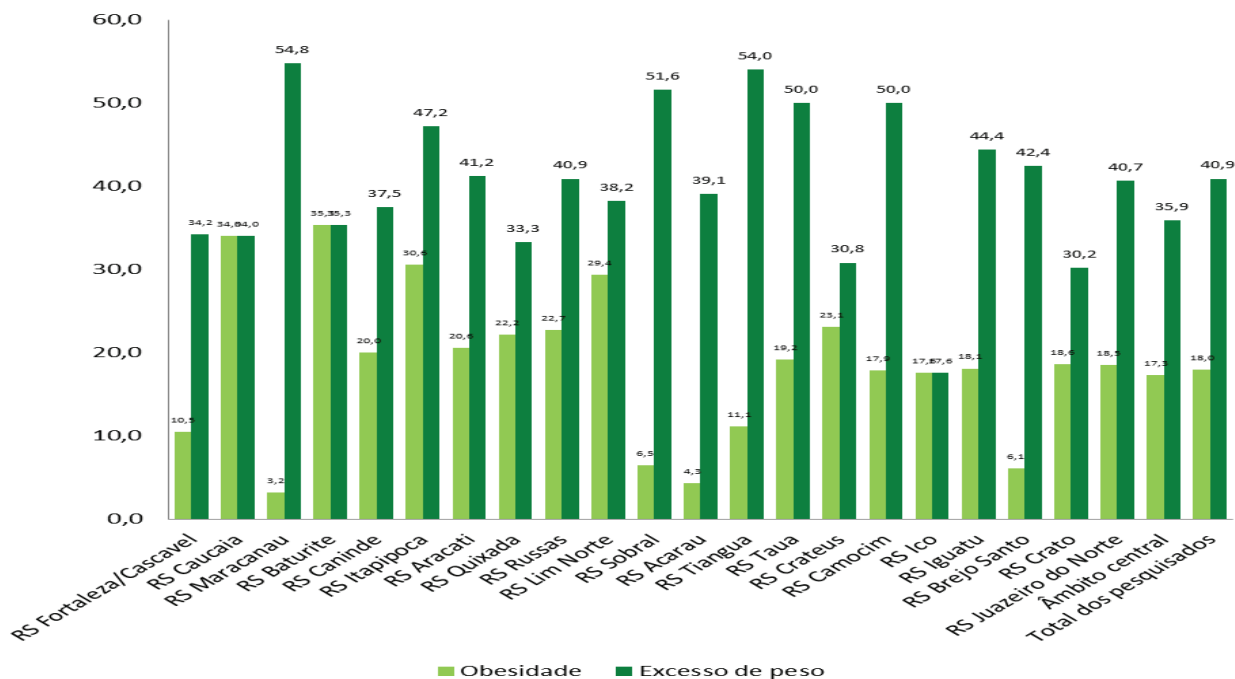


Fonte: Pesquisa DCNT – SESA, 2015

Na análise estratificada por regional de saúde encontrou-se que nas Regionais de Maracanaú, Sobral e Tianguá mais de 50,0% dos trabalhadores estavam com excesso de peso enquanto nas Regionais de Itapipoca, Aracati, Russas, Tauá, Camocim, Iguatu, Brejo Santo e Juazeiro do Norte este índice ficou entre 40,0% e 50,0%.

Para a taxa de obesidade, as Regionais identificadas com maiores percentuais foram as de Caucaia, Baturité e Itapipoca. Chamamos atenção especial para a Regional de Itapipoca onde foram registrados elevados percentuais tanto de excesso de peso como de obesidade entre os trabalhadores, conforme gráfico.

Percentual de trabalhadores com obesidade e excesso de peso, segundo local de trabalho. Ceará, 2015.



Fonte: Pesquisa DCNT – SESA, 2015

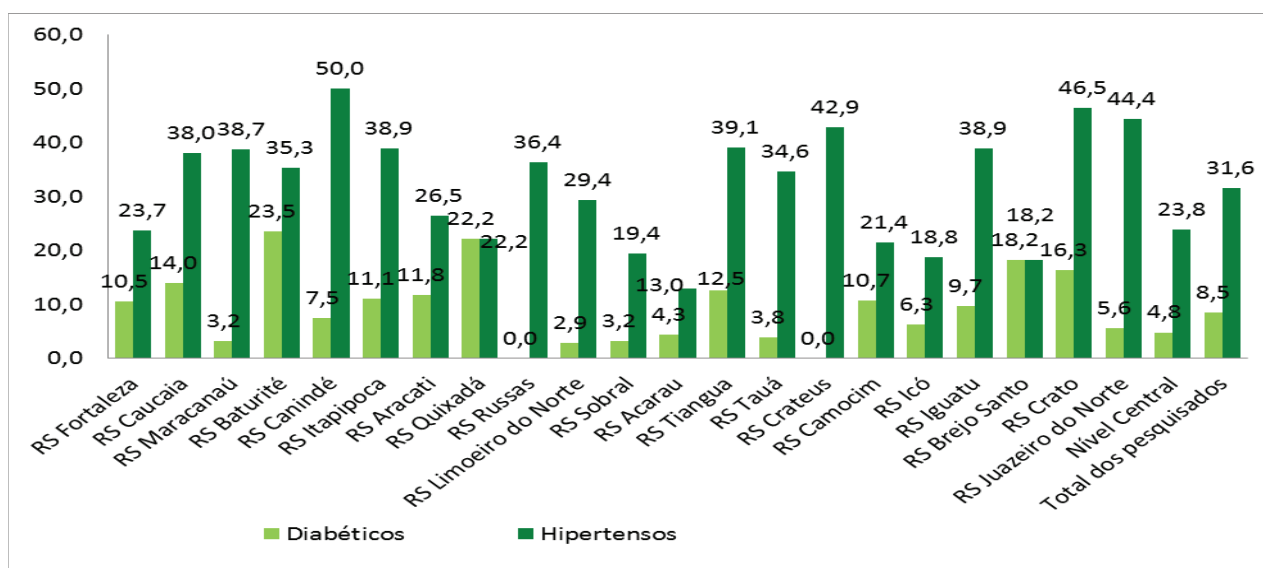
No conjunto dos fatores de risco, identificamos que o excesso de peso e a obesidade apresentaram percentuais aproximados aos registrados na Pesquisa Nacional do VIGITEL realizada em Fortaleza no ano de 2014.

De acordo com o gráfico abaixo, dos trabalhadores pesquisados, 8,5% declararam ter diagnóstico médico de diabetes, com exceção das Regionais de Russas e Crateús, onde não foram identificados trabalhadores com diagnóstico de diabetes. As Regionais que concentraram os maiores percentuais foram as de Baturité, Quixadá, Brejo Santo e Crato, cujos dados revelaram ter acima de 15% de seus trabalhadores com diagnóstico de diabetes.

Ser portador de diagnóstico de hipertensão arterial foi citado por 31,6% dos pesquisados. Nas Regionais de Canindé, Crato, Juazeiro do Norte e Crateús foram concentrados os maiores percentuais de pessoas com hipertensão, com valores superiores a 40,0%. Em contraposição a esses valores, identificamos o menor percentual (13,0%) na Regional de Acaraú.

O diagnóstico de diabetes e de hipertensão arterial encontrado neste estudo foi superior ao registrado em Fortaleza na pesquisa VIGITEL 2014.

Percentual de Diabéticos e Hipertensos em trabalhadores das Regiões de Saúde e Nível Central. Ceará, 2015.



Fonte: Pesquisa DCNT – SESA, 2015



## CONCLUSÃO

Os fatores de risco envolvidos para as DCNT são considerados modificáveis e, seus elevados percentuais identificados entre os trabalhadores pesquisados necessitam de intervenções imediatas que impactem na redução desses riscos. Para tanto, urge o desenvolvimento de ações intrassetoriais, como a inclusão de outros setores da sociedade que possibilitem mudanças do estilo de vida desses trabalhadores para a prevenção dessas doenças e promoção da saúde deles.

## REFERÊNCIA

- BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen** / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 230p.
- CASADO, L; VIANNA, L. M; THULER, L. C. S. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis para o Brasil: uma revisão sistemática**. Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(4):379-388.
- CEARÁ. **Informe Epidemiológico Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2014**. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 11 de maio de 2015. 2014.
- MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. I. ed. Aum. Hucitec, Nupens/USP. São Paulo, 2000.
- OPAS. **CARMEN – Iniciativa para prevenção de doenças não transmissíveis nas Américas**, 2003. 40p.
- SISTEMA CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE NUTRICIONISTAS. **O papel do Nutricionista na Atenção Primária de Saúde**. Brasília, 2008. 34p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Non Communicable Diseases Progress Monitor 2015**. Geneva, 2015. 236p.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, a Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM), o Núcleo de Informação e Análise em Saúde (NUIAS) e a todos que contribuíram de forma direta e indireta a oportunidade para participação, aperfeiçoamento profissional, realização e conclusão desse trabalho.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## ELABORAÇÃO DE PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BASEADO NO MODELO PRECEDE-PROCEED PARA A ABORDAGEM ECO-BIO-SOCIAL

Roberta Duarte Maia Barakat<sup>1\*</sup>, Lucyla Oliveira Paes Landim<sup>2</sup>, Renata Borges de Vasconcelos<sup>3</sup>, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão<sup>4</sup>, Andrea Caprara<sup>5</sup>

1 Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ce,

2 Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ce

3 Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ce

4 Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ce

5 Doutor em Antropologia, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ce

E-mail: robertadumaia@gmail.com

Palavras-chave: Modelo de planejamento PRECEDE-PROCEED, Promoção da saúde, Abordagem Ecológica

### INTRODUÇÃO

Este relato de experiência apresenta o processo de elaboração de um projeto de Promoção da Saúde que tem como modelo o método *PRECEDE-PROCEED* e está imerso nos pressupostos teórico- metodológicos da abordagem Eco-bio-social em Saúde, correlacionando-os às proposições da educação para intervenções que visem o controle e prevenção das doenças transmitidas pelo vetor *Aedes Aegypti* presentes no cenário da saúde pública atual.

O modelo *PRECEDE-PROCEED* foi criado por Green et al. (1980) como uma variação do *Health Belief Model* a ser utilizado em pelo menos 4 diferentes ambientes: a escola, o ambiente de trabalho, o ambiente clínico e a comunidade (RANSDELL, 2001; BENSON & TAUB, 1993). É um modelo de avaliação de custo-benefício que auxilia o planejamento de programas de saúde, a formulação de políticas, a análise de situações e a projeção de programas de saúde de forma eficiente. Propõe uma estrutura abrangente para avaliar as necessidades de saúde e qualidade de vida e para projetar, implementar e avaliar a promoção da saúde e outros programas de saúde pública para atender a essas necessidades.

Um pressuposto mister do modelo *PRECEDE-PROCEED* é a participação ativa de seu público-alvo (participantes) que contribuirá ativamente na definição de seus próprios problemas, estabelecendo seus objetivos e desenvolvendo propostas para as suas soluções. Uma das vantagens deste método é a investigação de um problema de saúde considerando fatores comportamentais e não comportamentais (GREEN et al., 1980).

A princípio é um “diagnóstico educacional” - *PRECEDE*, um acrônimo para **P**-*predisposing*, **R**- *reinforcing* e **E**-*enabling*, **C**-*constructs* em **E**-*educational* **D**-*diagnoses* e **E**-*evaluation*. Em seguida, é um “diagnóstico ecológico”, para **P**-*policy*, **R**-*regulatory*, e **O**-*organizational*, **C**-*constructs* em **E**-*educational* e **E**- *environmental* e **D**-*developmental* (Green, Kreuter, Deeds, & Partridge, 1980). O modelo é multidimensional e é fundado nas ciências sociais (comportamentais), epidemiologia, administração e educação. O uso sistemático em uma série de ensaios clínicos e de campo confirmou sua utilidade e validade preditiva como ferramenta de planejamento.



FONTE: Elaboração própria do autor adaptada dos modelos canadenses e franceses.



Este modelo apresentado acima se coaduna, em vários aspectos, com os pressupostos teórico- metodológicos da abordagem eco-bio-social em saúde, pautada na teoria ecossistêmica, que integra diferentes perspectivas científicas e estratégias para melhorar as condições de saúde e ambientais de indivíduos e populações, levando em conta os aspectos socioculturais locais para adequar-se a cada contexto. Esta abordagem valoriza o “conhecimento para a ação” (CAPRARA et al, 2013), tendo em vista que todo o conhecimento apreendido se converte em práticas que visa a promoção da saúde e prevenção de agravos, da mesma forma que colabora com a (re)formulação de programas de saúde e com a elaboração e implementação de políticas públicas de saúde.

Minayo (2002), no início do capítulo “Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida” do livro Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós, considera o “enfoque ecossistêmico de saúde como uma das possibilidades de construção teórico-prática das relações entre saúde e ambiente nos níveis microsociais, dialeticamente articulados a uma visão ampliada de ambos os componentes” (MINAYO, 2002:173).

Nesse sentido, a autora chama a atenção para muitas das possibilidades desse enfoque, que, além de integrado, prevê ampla participação social na análise dos problemas ambientais e na busca de soluções a eles relacionados. Entretanto, ela considera que, para um enfoque que se pretende integrado, existem ainda desafios metodológicos e de caráter operacional que devem ser trabalhados para a viabilização de respostas aos problemas teóricos centrais do mesmo. Entre esses desafios cita, como exemplos, diagnósticos e análises sociológicas e antropológicas dos problemas em questão, incluindo fatores históricos, econômicos, culturais, sociais, de exercício do poder e da atividade produtiva e reprodutiva.

O modelo de projeto de planejamento *PRECEDE-PROCEED* apresenta aplicabilidade para Fornece um esquema de diagnóstico, implementação e avaliação de intervenções culturalmente competentes e, por isso, mais eficazes pois agregam inúmeras técnicas de investigação-ação e incluem a participação da população-alvo.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência originado no estudo intitulado “Ampliação de Intervenções Inovadoras e Vigilância para prevenir e controlar as doenças transmissíveis pelo *Aedes Aegypti*” que se propõe desenvolver, no período de 2017 a 2020, uma intervenção comunitária para a implementação da abordagem Eco-bio-social em dois bairros de Fortaleza-CE, especificamente em áreas da Secretaria Regional de Saúde V.

O projeto baseado no modelo de planejamento *PRECEDE-PROCEED*, foi elaborado nos meses de julho e agosto de 2017, e contou com a participação do professor/coordenador e dos membros do grupo de pesquisa denominado Culturas, Saberes e Práticas em Saúde, pertencente ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

A intervenção proposta pelo modelo de planejamento *PRECEDE-PROCEED* está sendo usada para projetar e avaliar uma estratégia interventiva de educação e promoção da saúde com escolares do ensino fundamental. O componente *PRECEDE* envolve a avaliação de fatores sociais, epidemiológicos, comportamentais, ambientais, educacionais e ecológicos que informarão o desenvolvimento de uma intervenção com os pressupostos subjacentes da teoria cognitiva social. O componente *PROCEED* consiste em avaliar a implementação da estratégia, seu impacto nos mediadores e resultados da população em estudo. Considerando que o comportamento que pressupõe a saúde é influenciado pelos fatores individuais,

coletivos e ambientais, e, portanto, tem partes distintas, este modelo de planejamento de ações evolui em várias fases. Segundo Green et al. (1980), este modelo é baseado na premissa que um diagnóstico educacional poderia sempre preceder uma intervenção em saúde como um diagnóstico médico precede um plano de tratamento. Este modelo é fundamentado num diagnóstico sequencial apresentado em 7 etapas, a saber:

PREDECE	
ETAPA 1: Diagnóstico Social	Avaliação dos aspectos relacionados à “qualidade de vida” da população em estudo que afetam o problema de saúde prioritário. Nesta fase os pesquisadores geralmente utilizam dados de censos demográficos, de estatísticas vitais (morbidade, mortalidade, incidência, prevalência) e avaliação de aspectos ambientais relacionados diretamente à população em estudo. Outra forma de coletar informações é através de inquéritos específicos aplicados na população alvo.
ETAPA 2: Diagnóstico Epidemiológico	

ETAPAS 3 e 4: Diagnóstico Educacional e Ecológico	<p>Nesta fase busca-se identificar as causas do problema em estudo relacionadas com os determinantes comportamentais (motivação, conhecimentos, crenças, percepções, barreiras, habilidades) e as causas não comportamentais relacionadas ao problema de saúde.</p> <p>Pretende-se elaborar o diagnóstico de 3 classes de fatores: Fatores predisponentes (conjunto de crenças, conhecimentos, valores, percepções que facilitam a motivação pessoal para a mudança de comportamento). Fatores facilitadores (são as barreiras, as condições que restringem a mudança de comportamentos: barreiras sociais; falta de recursos, etc.). Fatores de reforço (são os fatores relacionados ao processo de aprendizagem recebido de outras pessoas (outros profissionais de saúde, a família) que podem encorajar ou desencorajar a mudança de comportamento).</p>
<b>PROCEED</b>	
ETAPA 5: Seleção de métodos e recursos educacionais	Seleção de métodos e recursos educacionais - Nesta etapa é conduzida a seleção das estratégias, dos métodos, dos recursos e das atividades educacionais baseadas no diagnóstico prévio (social, epidemiológico, comportamental, e educacional).
ETAPA 6: Implementação	Esta fase apresenta uma descrição da implementação da estratégia utilizada em um estudo de eficácia. Os papéis principais na fase de implementação são destacados.
ETAPA 7: Avaliação	A última etapa prevê a identificação dos indicadores e avaliação do programa de educação implementado em três diferentes níveis (avaliação de processo, de impacto e de resultados).

A utilização deste modelo como referência para o diagnóstico de problemas de saúde é sinalizada em seu próprio nome, *PRECEDE* (“to go before” = preceder) e *PROCEED* (“to go on” = prosseguir). Esta essência foi aperfeiçoada a partir da década de 90, quando o modelo, inicialmente chamado *PRECEDE*, centrado no diagnóstico, foi aprimorado no campo da implementação de programas de promoção da saúde, incorporando os aspectos organizacionais (SIMONS-MORTON, GREENE & GOTTLIEB, 1995).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste relato de experiência apresentamos um modelo de planejamento em sete etapas que é uma adaptação do modelo *PRECEDE-PROCEED*. O componente *PRECEDE* envolve a avaliação de fatores sociais, epidemiológicos, comportamentais, ambientais, educacionais e ecológicos que informam o desenvolvimento de uma estratégia com hipóteses de abordagem cognitiva subjacente e abordagem de planejamento de ação em saúde (etapas 1-4). O componente *PROCEED* consiste em testar, implementar e avaliar a implementação da estratégia e seu impacto nos resultados da população em estudo (etapas 5-7).

A aplicação do *PRECEDE-PROCEED* apresentado aqui demonstra a viabilidade deste modelo de planejamento para desenvolver e avaliar intervenções de educação e promoção em saúde, busca desencadear mudanças de comportamento individual e coletivo.

O modelo *PRECEDE-PROCEED* pode ser usado para projetar e avaliar um esforço de promoção em saúde, construir estratégias de prevenção e controle do vetor transmissor, *Aedes aegypti*, a partir de uma proposta de intervenção pela abordagem Eco-Bio-Social. Esta abordagem investiga a viabilidade de uma vertente de cuidado que permita analisar as relações entre os vários componentes do ecossistema, e definindo prioridades determinantes da saúde e do bem-estar humano.

A abordagem Eco-Bio-Social trata de uma proposta promissora para o controle do *Aedes aegypti* e as doenças transmitidas por esse vetor (CAPRARA *et al.*, 2015), e foi recomendada como tecnologia inovadora para o controle deste vetor no Brasil (BRASIL, 2016). Gomes e Minayo (2006) referem que a abordagem ecossistêmica mostra resultados reconhecidos mundialmente, pela sua eficácia na condução de problemas relacionados ao binômio saúde-ambiente.

## CONCLUSÃO

O *PRECEDE-PROCEED* é um modelo participativo que fomenta a promoção bem sucedida da saúde comunitária e outras intervenções de saúde pública. Baseia-se na premissa de que a mudança de comportamento é voluntária,

e que os programas de saúde são mais propensos a serem eficazes se forem planejados e avaliados com a participação ativa de quem os implementará e aqueles que são afetados por eles.

Este coaduna-se perfeitamente com a abordagem eco-bio-social em saúde, que fundamenta-se em princípios de participação social e construção compartilhada de estratégias de intervenção para o controle e prevenção das arboviroses transmitidas pelo *Aedes Aegypti*, e constitui-se num grave problema no âmbito da saúde pública.

Assim, olha para a saúde e outras questões no contexto da comunidade por meio de intervenções projetadas para mudanças de comportamento para prevenir doenças e promover saúde. É utilizado para orientar o planejamento e a avaliação de processos de promoção da saúde com os métodos organizacionais oriundos da própria comunidade.

## REFERÊNCIAS

BENSON, RA; TAUB, DE. Using the PRECEDE model for causal analysis of bulimic tendencies among elite women swimmers. *Journal of Health Education*, v. 21, n. 6, p.360-368, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde- Secretaria de Vigilância em Saúde – Boletim Epidemiológico: Relatório da Reunião Internacional para Implementação de Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil, Volume 47 N° 15 – 2016d, ISSN 2358-9450. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/05/2016-012---Relatorio-reuniao-especialistas-Aedes-publica---o.pdf> Acesso em maio de 2016.

CAPRARA, A. *et al.* Entomological impact and social participation in dengue control: a cluster randomized trial in Fortaleza, Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg*.v.109, n.2, p.99-115, 2015

GOMEZ, CM, MINAYO, MCS. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. *Inferfaces – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e do Meio Ambiente* 2006; 1(1): 5 p.

GREEN, L.W.; KREUTER, M.W.; DEEDS, S.G.; PARTRIDGE, K.B. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishers, 1980.

MINAYO, MCS. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: Minayo MCS e Miranda AC, organizadores. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p 173-89.

RANSDELL, L.B. Using the PRECEDE-PROCEED model to increase productivity in health education faculty. *The International Electronic Journal of Health Education*, v.4, p.275-282, 2001. Disponível em : [www.iejhe.org](http://www.iejhe.org) Acesso em: 20 agosto 2017.

SIMONS-MORTON, B.G.; GREENE, W.H.; GOTTLIEB, N.H. *Introduction to health education and health promotion*. Illinois: Waveland Press, Inc., 1995.

# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## TENDÊNCIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DIABETES MELLITUS EM IDOSOS

Ana Ofélia Portela Lima<sup>1</sup>(PG), Mary Grace Magalhães de Araujo<sup>2</sup>(PG), Ana Larisse Teles Cabral<sup>2</sup>(PG), Luiza Jane Eyre de Souza Vieira<sup>3</sup>(PQ), Maria Vieira de Lima Saintrain<sup>3</sup>(PQ), Rosendo Freitas de Amorim<sup>3</sup> (PQ).

1 Universidade de Fortaleza – Mestrado em Saúde Coletiva

2 Universidade de Fortaleza – Mestrado em Saúde Coletiva

3 Universidade de Fortaleza – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

e-mail: anaofelia.pl@gmail.com

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Idoso, Hospitalização.

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso o indivíduo que apresenta idade igual ou superior a 60 anos para países em desenvolvimento e 65 anos para países desenvolvidos. O Estatuto do idoso no Brasil, considera o indivíduo que apresenta idade igual ou superior a 60 anos (CRUZ, 2010).

O aumento da representatividade dos idosos é um fenômeno mundial que afeta tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (IBGE, 2013). Aumentando o número de idosos, tem também uma elevação na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, o diabetes *mellitus* (DM), que se destaca em função da alta taxa de morbimortalidade, principalmente nas faixas etárias mais avançadas (MOORADIAN, CHEHADE, 2012).

De acordo com o American College of Cardiology y Foundation e da American Heart Association, o DM acomete 18% dos idosos e 50% dos portadores de diabetes tipo 2 apresentam mais de 60 anos de idade. A maior prevalência relaciona-se à disfunção da célula beta, com menor produção da insulina e da resistência a esta, também frequente no idoso em função das mudanças corporais que ocorrem com o envelhecimento (SBD, 2014).

Nesta conjuntura, a análise das hospitalizações decorrentes de DM, por sua vez, consiste em uma das formas de monitorar a efetividade das ações na Atenção Primária à Saúde (APS), capaz de refletir-se em uma melhor adesão ao tratamento, adoção e cultivo de hábitos de vida saudáveis, de maneira a reduzir a necessidade de hospitalização. A qualificação das ações desenvolvidas na APS é um dos alicerces para o bom funcionamento do sistema de saúde e consequentemente, a efetividade de suas ações (MACINKO, 2011).

Para melhorar as ações de vigilância em saúde é preciso conhecer a evolução e o comportamento das hospitalizações por DM durante um período de tempo, a fim de direcionar o enfoque para as políticas de saúde. Assim, o objetivo do presente estudo é analisar a tendência de hospitalizações por DM entre idosos, no Nordeste do Brasil.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, do tipo ecológico, que analisou as séries históricas das internações hospitalares por diabetes *mellitus* em idosos, residentes no Nordeste do Brasil, entre os anos de 2008 a 2012. Realizou-se levantamento de dados em junho de 2016 no departamento de informática do SUS (DATASUS), os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), que reúne, aproximadamente, 80% das hospitalizações do país e constitui fonte para cálculo de diversos indicadores na Atenção Primária a Saúde, especialmente do acesso e qualidade dos serviços prestados, tornando-se componente essencial para sua vigilância (MALTA, 2011).

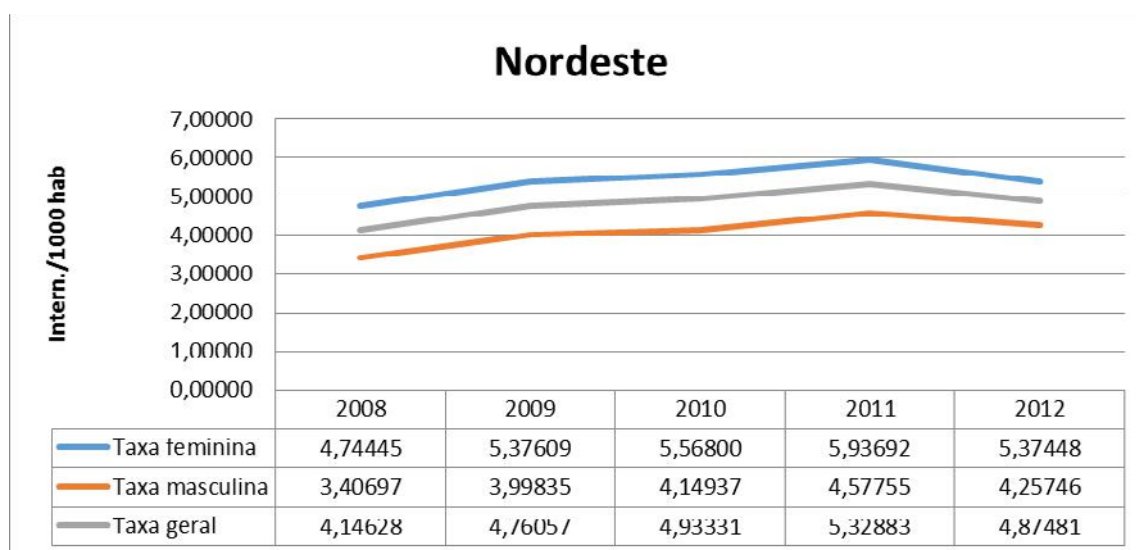
Os dados foram estratificados por ano, sexo e faixa etária, onde inicialmente foi selecionado conforme consta na última versão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10).

Foram calculadas as taxas de internação pela razão entre o número total de internações por diabetes mellitus de residentes do Nordeste, nas faixas etárias de 60 anos ou mais anos, por sexo, pela população total residente dessas mesmas faixas etárias, por ano estudado, estimadas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, multiplicando-se esse quociente por 1000 habitantes. A organização dos dados foi realizada com o auxílio do software Microsoft Excel 2010.

Os aspectos éticos foram respeitados, pois as informações utilizadas são exclusivamente de dados secundários, sem informações que pudessem identificar os indivíduos, respeitando-se os princípios éticos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tratando-se de hospitalizações por diabetes mellitus no Nordeste do Brasil, em idosos com 60 anos ou mais, ocorreram 127.034 internações no período de cinco anos. As taxas de hospitalização se mantiveram superiores no sexo feminino, durante todo o período. Para ambos os sexos, as internações apresentaram tendência a elevação, mantendo um pico no ano de 2011 e em 2012 apresentou uma queda. (Figura 1).



Diversos países sofrem com o DM devido à carga de prejuízos que a doença acarreta, como sofrimento para os pacientes, surgimento de incapacidades, perda de produtividade e morte prematura.

Ademais, o número de indivíduos diagnosticados com diabetes é crescente, assim como o número de internações por complicações inerentes à doença (MURRAY, 1984, LERARIO, 2008).

Pessoas com DM têm risco aumentado de hospitalização e inclusive de hospitalizações repetidas, em comparação com aquelas sem diabetes, o que afeta negativamente a qualidade de vida do indivíduo além de aumentar o encargo para os serviços de saúde (RONKSLEY, 2013). Os achados do presente estudo mostram que, de maneira geral, a tendência de hospitalização por DM em idosos apresentou-se em ascensão.

Apesar de atingir diversos grupos etários, as pessoas mais velhas apresentam taxas mais elevadas de internação hospitalar. Estudos que investigam prevalência de DM são unânimes em mostrar que esta é muito maior em pessoas com idade superior a 40 anos (CAPOALE, 2011).

Corroborando com os achados, Santos (2014), refere que no decorrer dos 12 anos em seu estudo, as taxas de internação foram superiores no sexo feminino, possivelmente relacionadas à maior prevalência da doença entre as mulheres, como também à maior procura destas pelos serviços de saúde. Estudo de análise da evolução do perfil de utilização desses serviços, focado no Brasil dos anos de 2003 a 2008, mostrou que a procura de serviços de saúde por mulheres manteve-se maior em todo o período analisado (17% contra 10% dos homens), além de haver observado um aumento geral da procura pelos serviços de saúde em função da idade: 12% na faixa de 0 a 14 anos; 14% nos 15 aos 59 anos; e 23% entre os acima dos 60 anos. (CARSTENSEN, 2008; SILVA, 2011).

Neste contexto, faz-se necessário intensificar as ações de prevenção para melhorar a vida desses pacientes. A promoção da saúde envolve ações que contemplam uma modificação no comportamento de diversos indivíduos de uma determinada sociedade, visualizando algumas características tais como: o estilo de vida de cada pessoa e a condição do ambiente cultural ao que se encontra. Visando isso, os profissionais envolvidos diretamente ou indiretamente desenvolvem programas de monitoramento e/ou atividades ligadas a reeducar indivíduos com maus hábitos que possam prejudicar a sua vida e a de terceiros (BUSS, 2000).

Para Malta et al. (2006), o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para doença crônica degenerativa (má nutrição, ausência de atividade física e utilização de drogas lícitas e ilícitas) é um dos indicadores de maior relevância para a necessidade de vigilância, uma vez que essa possibilita a aplicação de ações efetivas de prevenção.

Apesar de um maior conhecimento e dos avanços no tratamento da DM, é necessária mais educação para o diagnóstico precoce e melhor controle de todos os tipos dessa doença e, assim, prevenir ou retardar as complicações à saúde em longo prazo, que podem comprometer a qualidade de vida e configurar-se entre as principais causas de morbimortalidade na maioria dos países (FID, 2015).



## CONCLUSÃO

O perfil das hospitalizações por DM em idosos foram superiores no sexo feminino, durante todo o período. Apresentaram tendência a elevação em ambos os sexos, apenas em 2012 decresceu.

O DM é um problema de Saúde Pública, os estudos baseados em dados secundários, são importantes indicadores de como a doença se comporta na população. As informações sobre prevalência e incidência ainda são escassas no Brasil. Diante do exposto, os resultados deste estudo podem auxiliar gestores e diferentes profissionais de saúde, no planejamento e implementação de ações que visem à prevenção das complicações e consequentes hospitalizações associadas ao diabetes, visto tratar-se de uma condição altamente sensível à Atenção Primária à Saúde.

Entende-se a necessidade de se realizar novos estudos que possam avaliar com mais detalhe o impacto do DM na saúde pública, utilizando não somente o diagnóstico principal, mas também as considerando como fatores de risco, contribuindo para melhor elaboração de ações preventivas de saúde.

## REFERÊNCIAS

- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000 .
- CAPORALE, Joaquín E. et al. Hospitalization costs for heart failure in people with type 2 diabetes: cost-effectiveness of its prevention measured by a simulated preventive treatment. *Value Health*. 2011;14(5 Suppl 1):S20-3.
- CARSTENSEN, B; KRISTENSEN, JK; OTTOSEN, P; BORCH-JOHNSEN, K. The danish national diabetes register: trends in incidence, prevalence and mortality. *Diabetologia*. 2008 Dec;51(12):2187-96. 21.
- CRUZ, Danielle Teles; CAETANO, Vanusa Caiafa; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. 2010.
- FID, International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la FID. Bélgica: FID; 2015.
- GOULART Flávio A. de Andrade. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: OPAS; 2011. 92 p.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção populacional do Brasil. Comunicação Social. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeção da população*. [acessado 2015 maio 4].
- LERARIO, Antonio Carlos et al . Avaliação da prevalência do diabetes e da hiperglicemia de estresse no infarto agudo do miocárdio. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 465-472, Apr. 2008.
- MACINKO, James; OLIVEIRA, Veneza B.; TURCI, Maria A.; GUANASIS, Frederico C.; Bonolo, Palmira F.; LIMA-COSTA, Maria F. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011 Oct;101(10):1963-70.
- MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.
- MOORADIAN, A.D; CHEHADE, J.M. Diabetes Mellitus in Older Adults. *Am J Ther*. 2012; 19(2): 145-59.
- MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditures and intervention packages. Geneva: World Health Organization; 1994.
- RONKSLEY, P Paul E.; RAVANI, Pietro; SANMARTIN, Claudia; QUAN, Hude; MANNS, Braden ; TONELLI, Marcello; HEMMELGARN, Brenda R. Patterns of engagement with the health care system and risk of subsequent hospitalization amongst patients with diabetes. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:399.
- SANTOS, Francisca Alana de Lima et al. **Hospitalization for diabetes among adults and the elderly in Ceará State, Brazil, 2001-2012.** *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2014, vol.23, n.4, pp.655-663. SARTORELLI, Daniela Saes and FRANCO, Laércio Joel. **Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, suppl.1, pp.S29-S36. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: SBD; 2014.

SILVA, Zilda Pereira; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; BARATA, Rita Barradas; ALMEIDA, Marcia Furquim. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços Referências 663 de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. Cien Saude Colet. 2011 set;16(9):3807-16.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ageing and Life Course**, 2012. Disponível em: <[http://www.who.int/ageing/about/ageing\\_life\\_course/en/index.html](http://www.who.int/ageing/about/ageing_life_course/en/index.html)>.

## **AGRADECIMENTOS**

FUNCAP.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM IDOSOS

Jônatas Carneiro Vasconcelos Lima<sup>1</sup>(PG), Ana Ofélia Portela Lima<sup>1\*</sup>(PG), Maria Vieira de Lima Santrain<sup>2</sup>(PQ).

1 Universidade de Fortaleza – Mestrado em Saúde Coletiva

2 Universidade de Fortaleza – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

e-mail: anaofelia.pl@gmail.com

Palavras-chave: Idoso. Tuberculose. Epidemiologia.

### INTRODUÇÃO

Projeta-se que para o ano de 2025, 15,1% da população terá 60 anos ou mais, fazendo do Brasil o sexto país com mais idosos no mundo (IBGE, 2010). A incidência da Tuberculose (TB) na população idosa pode apresentar-se associada a várias comorbidades como: doença hepática, doença renal crônica e transplantes de órgãos sólidos. Não menos importante é o advento do diabetes *mellitus*, patologia comum nesta população. Estima-se que em torno de 10% dos casos de TB no mundo estão ligados a pacientes diagnosticados com diabetes *mellitus*. A resposta imune à TB é realizada pela ativação de células CD4+, linfócitos CD8+ e células B e pacientes que apresentam comorbidades, podem ter esse processo prejudicado (WIT *et al.*, 2015). Sabe-se que altas taxas glicêmicas promovem mudanças na resposta imune a doença (PONTE *et al.*, 2010; GUANGCAN; LIGONG, 2015; LEE *et al.*, 2015; AUGUSTO *et al.*, 2013; KANG, 2014).

O HIV, por exemplo, constitui-se de um grande desafio, hoje não só para a população jovem, mas também para o idoso. Somam-se a este fato, a própria condição de fragilidade deste idoso, deficiências endócrinas, dentre outras (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

O processo de senescência, por vezes, confere ao idoso, obstáculos físicos, como perda de autonomia funcional associada à idade, bem como sarcopenia e osteoporose, fatores que podem potencializar os prejuízos causados pelas quedas, também muito comuns nesta fase da vida (RODRIGUES; BARROS, 2016). Por consequência das quedas e dificuldades do cuidado, estes idosos, muitas vezes, são encaminhados para casas de longa permanência ou hospitais, juntos com outros idosos na mesma condição, o que pode facilitar a disseminação da TB (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Fatores psicossociais graves para esta população também são considerados, como a não aceitação a esta fase da vida e, em muitos casos, falta de presença da família, condição marcante para o idoso. Estes elementos podem definir os limites da síndrome da fragilidade do idoso (MELO *et al.*, 2015).

O tabagismo e o alcoolismo, bem como precárias condições de moradia também representam grande fator de risco para a TB e vão muito além de um problema de saúde pública. A polifarmácia como medicamentos hipoglicemiantes, uso de antibióticos sem esquema definido e medicamentos imunossupressores do mesmo modo têm papéis importantes para aquisição e prognóstico da doença (SÁ *et al.*, 2015; LIN *et al.*, 2016). Importante mencionar que a malignidades em geral e tratamentos imunossupressivos como quimioterapia e corticosteroides, má nutrição dentre outros são considerados importantes fatores que facilitam o aparecimento da doença (MARAIS *et al.*, 2013).

Apesar da TB apresentar-se em declínio na maioria das áreas do globo, estes números não refletem a realidade da população idosa em alguns países como Grécia e região da Palestina e do Pacífico Ocidental como Cambodia, Filipinas, Austrália e Nova Zelândia, tendo tais regiões aumentos progressivos na população de 65 anos ou mais (WHO, 2015b).

Este estudo teve como objetivo estudar a história epidemiológica de idoso acometidos de tuberculose.

### METODOLOGIA

Estudo transversal, documental, descritiva com abordagem quantitativa. Os estudos transversais ou seccionais analisam, simultaneamente, a exposição e desfecho, a partir de amostras populacionais, assim, caracterizam, em um só momento, a situação de saúde/doença do grupo estudado, como se estivessem seccionando ou fotografando a população. Em síntese, possibilitam investigar problemas comuns em saúde coletiva (MENEGHEL, 2015).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de referência em doenças infecciosas do Estado do Ceará, no período de 2012 a 2016. Foi realizado com base na revisão de prontuários de pacientes com idade de 60 anos ou mais, onde consideramos os diagnosticado com TB ou suas complicações.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram digitalizados e analisados por meio do Software “Statistical Package for Social Science” – SPSS versão 20 (SPSS Co., Chicago, USA).

Esta investigação foi avaliada e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital São José de Doenças Infecciosas, fazendo-se cumprir todos os aspectos éticos e legais da Resolução n° 466/12, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos anos estudados, foram analisados 101 prontuários. A média de idade dos pacientes era 69,13 anos. Quanto ao gênero, verificou-se que 70,59% eram do sexo masculino, predominando sobre o sexo feminino (29,41%) para todos os anos do estudo. Quanto a procedência, 69,61% procediam de Fortaleza e 30,39% de outro município.

Em relação ao grau de escolaridade, 28,43% eram analfabetos, 25,49% tinham o ensino fundamental incompleto, 18,63% fundamental completo, 9,80% ensino médio completo e 16,67% não informaram. Quanto a renda, 17,65% ganhavam menos de um salário mínimo, 27,45% mais de um salário mínimo, 49,02% um salário mínimo e 5,88% não informaram.

Destes pacientes, 55,88% tiveram alta hospitalar, 43,14% evoluíram para óbito e 0,98% foram transferidos. Quando investigadas as comorbidades entre os casos, 23,53% tinham diabetes *mellitus*, 38,24% hipertensão 29,41% HIV/AIDS, 29,41% desnutrição, 51,96% eram tabagista e 38,24% era etilista.

Estudos realizados no Irã e na Coréia do Sul demonstraram idade média dos pacientes (69,6 anos e 72 anos respectivamente) muito próxima àquela do presente estudo (69,13 anos) (KWON et al., 2013; TOWHIDI; AZARIAN; ASNAASHARI, 2008).

A maioria dos idosos pertencia ao sexo masculino, semelhante ao identificado em outros estudos envolvendo idosos hospitalizados (STORTI et al., 2013; SASS; MARCON, 2012). O predomínio de homens hospitalizados pode ser explicado pelo fato de que os indivíduos do sexo masculino são menos cuidadosos com a própria saúde, estando, dessa forma, mais propensos à necessidade de internação hospitalar (STORTI et al., 2013).

Quanto a procedência, a maioria procedia de Fortaleza. A TB, de forma geral, concentra-se nos centros urbanos, devido ao fato de ter sua distribuição influenciada pelo crescimento populacional desordenado e a concentração de pessoas nas periferias (QUEIROGA et al., 2012).

A maioria dos idosos apresentou baixa escolaridade. Quando se trata de TB, o nível escolar é um fator de extrema relevância, já que o analfabetismo e a baixa escolaridade relacionam-se com maior probabilidade de abandonar o tratamento, devido à menor compreensão e ao acesso restrito desses indivíduos a informações sobre a doença. Neste caso, os profissionais de saúde deve oferecer aos pacientes informações claras sobre a doença e o tratamento (FURLAN; OLIVEIRA; MARCON, 2012).

É evidente que a TB pode ser potencializada no idoso pela presença de comorbidades e fatores de risco descritos neste trabalho e em alguns outros (SADIKOT, 2016; LOW, 2016). A queda da imunidade da população idosa associada a fatores de risco como desnutrição, DM e HIV/AIDS fortalece o fator mortalidade na população.

Supõe-se que a má nutrição, está relacionada à baixa renda da população, pessoas de baixa renda, bem como precárias condições de moradia, estão mais susceptíveis a doença, ao agravamento da mesma ou até ao fracasso do seu tratamento (OLIVEIRA et al., 2014; PHAN, NICKSON, KAO, 2016).

A associação da TB e o HIV/AIDS representam um dos binômios mais mortais, sobretudo na população idosa (BRUCHFELD, CORREIA-NEVES, KÄLLENIUS, 2015). Na literatura mundial, essa coinfeção apresenta risco de morte do paciente idoso e as duas doenças são investigadas e tratadas em conjunto na atenção assistencial do idoso (WHO, 2016). O tratamento antirretroviral, junto ao processo de envelhecimento, que efetiva o declínio da imunidade mediada por células de defesa, dificultam o tratamento da TB e facilitam que infecções oportunistas e fatores externos incidam no tratamento e recuperação do paciente (LOW, 2016; KIM et al., 2013). Este panorama pode ser ainda mais difícil se considerarmos a realidade das casas de detenção, onde há um alto índice de tabagismo, etilismo e a droga resistência da TB (GEBRECHERKOS, GELAW, TESSEMA, 2016).

Outra comorbidade encontrada no presente estudo diz respeito a DM. O tratamento da TB no idoso diabético se mostra mais demorado e complicado de se fazer (KALRA, KALRA, AGRAWAL, UNNIKRISHNAN, 2011). Idosos acometidos pela TB apresentam complicações para o tratamento da DM. Além disso, pela necessidade de um prolongado período para o tratamento da TB no diabético, bem como o abandono do tratamento por estes idosos, a possibilidade de desenvolvimento de droga resistente aumenta (CHANG et al., 2011; QIU, 2017).

Em países subdesenvolvidos a situação da doença se agrava, pois está inserida em grandes desigualdades sociais, condições precárias de moradia e alimentação (OPA, 2017).

Diante do exposto percebe-se também que o processo de envelhecimento na população estudada contribui, devido a suas características imunitárias, socioeconômicas e psicológicas, para o idoso ser mais vulnerável a TB e conseqüentemente ao óbito. Por isso a importância de ações em termos de promoção da saúde, visto que isso terá impacto no cotidiano da população idosa.

## CONCLUSÃO

O estudo possibilitou uma melhor compreensão sobre os fatores de riscos que mais afetam a população idosa acometida por TB e como eles se comportam nesta população em um estado pobre do nordeste brasileiro, realidade esta, que pode ser refletida em todos os países subdesenvolvidos.

Expôs-se que DM, HIV/AIDS e desnutrição constituem os três principais fatores de risco que são decisivos para a ocorrência da TB. Estes fatores se correlacionaram entre si de forma importante, mostrando um alto impacto quando associados em pacientes idosos acometidos pela TB.

A TB é um problema de Saúde Pública. Diante do exposto, os resultados deste estudo podem auxiliar gestores e diferentes profissionais de saúde, no planejamento e implementação de ações que visem prevenção das complicações e conseqüentes hospitalizações, visto tratar-se de uma condição altamente sensível à Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS

AFFELDT, Ângela Beatriz; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; BARCELOS, Raquel Siqueira. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.79-86, mar. 2015.

ALMEIDA, SionaraTamanini de et al. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 58, n. 4, p.427-433, jul. 2012.

AUGUSTO, Cláudio José et al. Características da tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2002 e 2009. **J BrasPneumol**, Belo Horizonte, v. 3, n. 39, p.357-364, fev. 2013.

BRASIL. Resolução n. 466, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CONEP, 2013.

BRUCHFELD J, CORREIA-NEVES M, KÄLLENIUS G. Tuberculosis and HIV Coinfection: Table 1. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine. 2015;5(7):a017871.

CHANG J, DOU H, YEN C, WU Y, HUANG R, LIN H et al. Effect of Type 2 Diabetes Mellitus on the Clinical Severity and Treatment Outcome in Patients With Pulmonary Tuberculosis: A Potential Role in the Emergence of Multidrug-resistance. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2011;110(6):372-381.

FURLAN, M. C. R.; OLIVEIRA, S. P.; MARCON, S. S. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, p. 108-114, 2012.

KIM S, LEE S, YIM J, YOO C, KIM Y, HAN S et al. Treatment Response and Adverse Reactions in Older Tuberculosis Patients with Immunocompromising Comorbidities. *Yonsei Medical Journal*. 2013;54(5):1227.

GEBRECHERKOS T, GELAW B, TESSEMA B. Smear positive pulmonary tuberculosis and HIV co-infection in prison settings of North Gondar Zone, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health*. 2016;16(1).

GUANGCAN, Shi; LIGONG, Zhang. Effects on type 2 diabetes complicated with pulmonary tuberculosis: regiment of insulin, isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and ethambutol versus the regiment plus Qi-boosting and Yin-nourishing decoction of Traditional Chinese Medicine. **J Tradit Chin Med**, Xinxiang, v. 35, n. 3, p.260-265, jun. 2015.

KALRA S, KALRA B, AGRAWAL N, Unnikrishnan A. Understanding diabetes in patients with HIV/AIDS. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2011;3(1):2.

KANG, Young Ae. Tuberculosis Treatment in Patients with Comorbidities. **TubercRespir Dis**, [s.l.], v. 76, n. 6, p.257-260, 2014. The Korean Academy of Tuberculosis and Respiratory Diseases (KAMJE). DOI: 10.4046/trd.2014.76.6.257. Disponível em: <<http://synapse.koreamed.org/pdf/10.4046/trd.2014.76.6.257>>. Acesso em: 06 out. 2015.

KWON, Y. S. et al. Clinical characteristics and treatment outcomes of tuberculosis in the elderly: a case control study. *BMC Infectious Disease*, Londres, v. 13, n. 121, p. 1-7, 2013.

LEE, Mei-yueh et al. Statin, Calcium Channel Blocker and Beta Blocker Therapy May Decrease the Incidence of

Tuberculosis Infection in Elderly Taiwanese Patients with Type 2 Diabetes. *Ijms*, [s.l.], v. 16, n. 5, p.11369-11384, maio 2015. MDPI AG. DOI: 10.3390/ijms160511369.

LIN, Huang-shen et al. The clinical outcomes of oldest old patients with tuberculosis treated by regimens containing rifampicin, isoniazid, and pyrazinamide. **Clinical Interventions In Aging**, [s.l.], p.299-306, mar. 2016.

LOW A, GAVRIILIDIS G, LARKE N, B-LAJOIE M, DROUIN O, STOVER J et al. Incidence of Opportunistic Infections and the Impact of Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected Adults in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2016;62(12):1595-1603.  
MARAIS, Ben J et al. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts. **The Lancet**, Sydney, v. 13, p.436-448, 2013.

MELO, Caio Rodrigo de Oliveira et al. Factors associated with tuberculosis in elderly of long stay institutions in Recife-PE/2014. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 1, n. 2, p.109-114, 2015.

MENEGHEL, S. N. Epidemiologia – Exercícios indisciplinados. Tomo Editorial, Porto Alegre, 2015.

OLIVEIRA, M. et al. Anemia in hospitalized patients with pulmonary tuberculosis. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 40, n. 4, p. 403-410, 2014.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. La tuberculosis en la Región de las Américas. Washington; 2017.

PHAN M, GUY E, NICKSON R, KAO C. Predictors and patterns of weight gain during treatment for tuberculosis in the United States of America. *International Journal of Infectious Diseases*. 2016;53:1-5. PONTE, Clarisse Mourão Melo et al. Distúrbios metabólicos em doenças infecciosas emergentes e negligenciadas. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, Fortaleza, v. 54, n. 9, p.785-792, dez. 2010.

QIU H, SHI Y, LI Y, SHEN X, LI R, YANG Q et al. Incident rate and Risk Factors for Tuberculosis among Patients with Type 2 Diabetes: Retrospective Cohort Study in Shanghai, China. *Tropical Medicine & International Health*. 2017.

RODRIGUES, Iara Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Osteoporose autorreferida em população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.294-306, jun. 2016.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 3, p.467-473, jun. 2015.

SASS, A.; MARCON, S. S. Dependência para alimentar-se e consumo alimentar em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 6, p. 955-61, 2012.

SADIKOT R. Identifying patients at high risk of tuberculosis recurrence. *International Journal of Mycobacteriology*. 2016;5:S66.

STORTI, L. B. et al. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 452-9, 2013.

TOWHIDI, M.; AZARIAN, A.; ASNAASHARI, A. Pulmonary tuberculosis in elderly. *Tanaffos*, Teerã, v. 7, n. 1, p. 52-57, 2008.

WHO. World Health Organization. Consolidated Guidelines Geneva, 2016 Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs. Geneva; 2016 p. 1-45. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION (Switzerland). The paradigm: Global Plan to End TB 2016-2020. Geneva, 2015b.120 p.

## **AGRADECIMENTOS**

FUNCAP.



## PUERICULTURA COLETIVA, ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Bruna Oliveira Silva<sup>1</sup>, Lívina Letícia Costa de Araújo<sup>2</sup>, Ticiania Maria Gomes Guedes<sup>3</sup>, Otávia Maria dos Santos Souza<sup>4</sup>**

*1 Enfermeira, pós-graduada em Saúde da Família, Faculdades Integradas de Patos - FIP, Crato - Ceará - Brasil. Pós-graduada em Gestão da Clínica no SUS - Regulação em Saúde, Instituto Sírio Libanês, Sobral - Ceará - Brasil. enf.brunasilva@hotmail.com*

*2 Enfermeira, pós-graduada em Saúde da Família, Sobral - Ceará - Brasil. livinaleticia@hotmail.com*

*3 Enfermeira, pós-graduada em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará - UECE, Crato - Ceará. ticianamaria2009@hotmail.com*

*4 Enfermeira pós-graduada em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri, Crato - Ceará. otativa\_souza@hotmail.com*

*enf.brunasilva@hotmail.com*

*Palavras-chave: Saúde Coletiva. Saúde da Família. Puericultura. Promoção a Saúde.*

### INTRODUÇÃO

As ações de diminuição da pobreza e ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, são fatores que contribuíram para diminuição do número de óbitos infantis que foi de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. No contexto atual, diante dos desafios apresentados e reconhecendo as iniciativas e o acúmulo de experiências, o Ministério da Saúde organizou uma grande estratégia, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil. Trata-se da Rede Cegonha (BRASIL, 2012).

As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas pelo País nas últimas décadas – com a já citada progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis – acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira, com uma conseqüente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Tal estado de coisas precisa ser superado com uma retomada da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral, inclusive como condição para que se possa garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012).

A puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações aos pais e/ou cuidadores sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno e orientação alimentar no período do desmame, higiene individual e ambiental, assim como pela identificação precoce dos agravos, com vistas à intervenção efetiva e apropriada. Para isso, demanda a atuação de toda a equipe de saúde e multiprofissional que assiste a criança e sua família por meio da consulta de enfermagem, consulta médica, consulta odontológica, grupos educativos e visitas domiciliares, no contexto da Atenção Básica. (UNA-SUS).

Considerando a qualidade de atendimento à criança, de forma conseqüente, o Ministério da Saúde propõe o Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança, sendo preconizado uma consulta até os 15 dias de vida, seis consultas no primeiro ano, duas no segundo ano e seguindo uma consulta a cada ano a partir dos 3 anos até os seis anos de vida (BRASIL, 2002).

Diante disso, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência das ações de promoção à saúde em puericulturas coletivas realizadas por uma equipe de saúde da família da cidade de Sobral-CE, referência nacional em atenção primária a saúde, em um território de risco do referido município, bem como do impacto destas ações na melhoria da qualidade de vida da população assistida por essa equipe.

### METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência realizado no centro de saúde da família (CSF) do bairro Terrenos Novos, localizado no município de Sobral-CE, região Norte do estado, referência em atenção primária a saúde. Foram realizadas atividades coletivas mensais por um período de um ano, elaboradas e desenvolvidas pela equipe de saúde da família (agente comunitário de saúde, enfermeira, técnica de enfermagem e médico) destinadas a crianças na faixa etária de 2 a 5 anos de idade, bem como atividades de promoção e prevenção a saúde através

de orientações para pais e/ou cuidadores acerca dos cuidados, crescimento e desenvolvimento das crianças na faixa etária compreendida.

Inicialmente, definiu-se em reunião com a gerência da unidade de saúde a importância da realização da atividade coletiva como forma de abranger um público maior e trabalhar em coletivo as temáticas que fossem comuns ao público infantil que ficava esquecido após a finalização do acompanhamento do crescimento após os dois anos de idade, e que em coletivo os pais e/ou cuidadores poderiam esclarecer suas dúvidas, bem como compartilhar estratégias no cuidado às crianças. Daí surgiu a proposta de realizar atividades de puericulturas coletivas, como forma de desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde a crianças de 2 a 5 anos de idade de forma coletiva e lúdica, com o objetivo de realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento destas crianças, bem como realizar orientações acerca de temáticas importantes para o crescimento e desenvolvimento saudável. A equipe de saúde da família se reuniu e estabeleceu um cronograma de temáticas importantes a ser trabalhadas no decorrer do ano e dessa forma, programar-se efetivamente com os profissionais que compõem o núcleo de apoio a saúde da família (NASF) e com a equipe da residência multiprofissional em saúde da família que também apoia nas atividades no referido CSF. Definidos os assuntos, a cada mês dois agentes comunitário de saúde, juntamente com a enfermeira se organizaram para realizar a atividade. O público-alvo de cada mês foi definido a partir do cadastro familiar dos ACS em que se fazia um fichamento das crianças que aniversariavam no referido mês para serem convidadas pelo ACS para se fazer presentes ao encontro. Eram feitos e distribuídos convites aos pais das crianças com definição de local, data e horário do encontro, bem como a apresentação da temática que seria debatida. No dia da atividade, os responsáveis organizavam o local, tornando o ambiente mais agradável e familiar para as crianças, como a distribuição de mesas e cadeiras infantis, distribuição de brinquedos, balões e desenhos para que as mesmas ficassem em um ambiente próximo, mas separado dos pais, ficando sob a supervisão de um agente comunitário de saúde - ACS e do técnico de enfermagem que realizavam as pesagens e medições do comprimento das crianças. Em outro ambiente ficavam os pais e/ou responsáveis e a eles eram desenvolvidas as atividades de orientações, como alimentação saudável, higiene bucal, orientações sobre o cuidado com quedas e cuidados gerais com as crianças, entre outras temáticas. Essas atividades com os pais foram desenvolvidas por uma equipe multiprofissional composta por enfermeira, médico, dentista, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, assistente social, farmacêutico e psicólogo. Após as atividades com as crianças e pais, era servido um lanche saudável e seguida de orientações individuais em que era prescrita medicação contra verminoses e atendimento individual, caso surgisse demanda de alguma criança.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Informe da Atenção Básica nº 16 de 2002, que fala da atuação do enfermeiro na Atenção Básica, a enfermagem é uma profissão marcada pelo compromisso com a Saúde Pública e tem uma ampla atuação social, estando presente na maioria das ações desenvolvidas pela Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família e Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2002a). Diante de todo o apoio e contribuição da equipe multiprofissional, a enfermagem é a responsável pela maioria das atividades realizadas na estratégia de saúde da família e a puericultura coletiva desenvolvida nesta unidade não foi diferente. A enfermeira responsável pelo gerenciamento da equipe é quem liderou as ações, onde encontrou na equipe multiprofissional a parceria perfeita para o enriquecimento das atividades propostas.

As atividades dos enfermeiros podem ser classificadas como: atividades gerenciais na UBS; atividades de coordenação, organização, treinamento, controle do trabalho de enfermagem; atividades de atenção de caráter individual e atividades de atenção de caráter coletivo (CUBAS, EGRY, 2013) A assistência de enfermagem está direcionada, também na saúde pública, ao atendimento individual e sua sistematização voltada à atenção a grupos prioritários, como hipertensos, diabéticos, crianças, entre outros, confirmada também no estudo sobre a Pesquisa Nacional da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (NAUDERER, 2008) ao preconizar que mesmo em se tratando de objetos grupais ou coletivos, as atividades dos enfermeiros se encontram submetidas a recortes cronológicos, por doenças ou em lugares nos quais se dão a assistência.

Analisou-se, através dos mapas de atendimento diário, a diminuição do número de consultas por causas agudas, como as viroses e verminoses, nas crianças que participaram das atividades coletivas no período compreendido da realização das atividades, ou seja, obtivemos resultado positivo ao se instruir e orientar os pais e cuidadores, sobre a importância da higiene dos alimentos para a prevenção das verminoses na infância.

Segundo o Ministério da Saúde, é importante que os profissionais de saúde reflitam sobre as repercussões na vida das crianças ao abordar os casos de “acidentes” e a prevenção de situações que coloquem em risco a integridade física e mental da criança que sofreu algum tipo de “acidente”. São atitudes que podem contribuir para a desconstrução do caráter imprevisível de eventos cuja cadeia causal pode ser identificada e rompida (BRASIL, 2012).

Em relação ao comportamento dos pais quanto ao risco de quedas e acidentes domiciliares envolvendo as crianças, como queimaduras, ingestão de produtos tóxicos, observou-se de acordo com os relatos dos ACSs, após a

realização da visita domiciliar a estas famílias uma maior atenção, dos pais em relação a este risco e desempenhando práticas de cuidado e atenção com os filhos.

Observamos também uma melhor cobertura vacinal nas crianças que participaram das atividades coletivas, pois aproveitávamos essas ações como estratégias para atualizar os cartões de vacina,, possibilitando assim maior proteção as crianças em relação as doenças imunopreveníveis.

É indiscutível o relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde. Poucas ações são tão fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância. As vacinas que são preconizadas pelo Calendário Básico de Vacinação da Criança encontram-se disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde. Tal calendário poderá ser complementado por outras vacinas, cuja importância e eficácia são também evidenciadas (BRASIL, 2012).

Nas atividades de puericultura coletiva, a nutricionista participou ativamente nas orientações acerca da importância da alimentação saudável e a importância dela para o crescimento e desenvolvimento saudável. Diante dos relatos dos pais, podemos perceber a importância destas orientações nas práticas diárias visualizadas nas trocas de alimentos industrializados por frutas, por exemplo, reforçando e nos alegrando ainda mais, pois vemos que simples orientações trazem benefícios enormes para a população que, na maiorias das vezes, não é orientada de forma correta e com nossas atividades de promoção de saúde, podemos orientar (a) este público para prestarem cuidados de qualidade às crianças.

O acompanhamento sistemático do crescimento e do ganho de peso permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade por meio da sinalização precoce da subnutrição e da obesidade. Um estudo evidenciou melhorias no tocante ao conhecimento das mães sobre o crescimento de seus filhos com o aconselhamento baseado na utilização das curvas de crescimento (BRASIL, 2012).

## CONCLUSÃO

A estratégia de saúde da família mudou o contexto de atenção à saúde no Brasil, trazendo para próximo da comunidade ações de promoção e prevenção a saúde, reduzindo a carga de doenças agudas e permitindo maior cuidado e atenção a população que fica à margem da sociedade, reforçando os princípios e diretrizes que o Sistema Único de Saúde.

Podemos perceber em nossa prática assistencial a importância das ações de promoção da saúde para a qualidade de vida da população, mostrando-nos que a atenção primária a saúde cumpre seus objetivos e nós, como profissionais de saúde, cumprimos nosso papel de empoderar a comunidade sobre práticas saudáveis para o melhor crescimento e desenvolvimento no ciclo da vida.

As atividades de puericultura coletiva é exemplo de estratégia de cuidado em promoção da saúde que traz resultados importantes para a equipe, comunidade, e sobretudo vislumbrar que essas ações permitem uma transformação da condição de vida e saúde das crianças.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. Atuação do enfermeiro na atenção básica. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde - Departamento de atenção Básica; 2002 a.

Cubas MR, Egry EY. Classificação internacional de práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC. Rev Esc Enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 June 19];42(1):181-6. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:J4KL-cezqMJ:www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/24+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a>

Nauderer MT. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2008 Sept [cited 2013 June 19];5(8):[about 7 p.]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500015&script=sci_abstract&tlng=pt).

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Secretaria de Saúde de Sobral-CE, a equipe de Saúde da Família do Bairro Terrenos Novos.



# VI Seminário Internacional em Promoção da Saúde

4, 5 e 6 de outubro de 2017  
Local: Hotel Ponta Mar



## CONSCIENTIZAÇÃO DA COMUNIDADE NA PREVENÇÃO DA DENGUE E CHIKUNGUNYA

Fabiola Maria Sabino Meireles<sup>1</sup>, Paloma Paiva Rego<sup>2</sup>, Cintia Maria Torres Rocha Silva<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza-Ceará-Brasil.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Mestrado Profissional - Ensino em Saúde (MEPES) Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Fortaleza-Ceará-Brasil.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta. Doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Ceará (UFC) - Docente do Curso de Fisioterapia no Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Fortaleza-Ceará-Brasil.

e-mail: [fabiolasmeireles@yahoo.com.br](mailto:fabiolasmeireles@yahoo.com.br)

Palavras-chave: Arbovirose. Dengue. Chikungunya. Ação em saúde.

### INTRODUÇÃO

Os arbovírus, transmitidos pelo mosquito *Aedes aegypti*, como dengue e *Chikungunya*, são considerados importantes desafios para a saúde pública nacional. O cenário no Brasil é de possibilidade de grandes epidemias em virtude da disseminação territorial e da necessidade de medidas de prevenção e controle. Dos casos de dengue notificados no mundo, o Brasil chega a ser responsável pela maioria dos casos confirmados (FARES et al. 2015; MANIERO et al., 2016).

Nesse contexto, as políticas de saúde do Brasil vêm considerando o controle do *Aedes aegypti* como um grande desafio, mesmo com a realização de ação de combate ao mosquito transmissor, ainda não se tem alcançado total êxito, pois muitos são os aspectos que contribuem para sua proliferação. As arboviroses se caracterizam por serem doenças que tem como facilitador os eventos de chuva, mudanças no clima e agravos como crescimento demográfico descontrolado e desconhecimento da população. Todos esses fatores contribuem para manutenção de criadouros e transmissão destas arboviroses (PEREIRA et al., 2014; ZARA et al., 2016).

No estado do Ceará, a Secretaria de Saúde do Estado (SESA), responsável pelo monitoramento dos casos de arboviroses, notificou 41.723 casos de *Chikungunya* até a semana epidemiológica que ocorreu no período de 1º de janeiro de 2017 à segunda semana de maio de 2017, destes casos houve a confirmação de 13.312, e cinco (5) óbitos, sendo (2) no município de Fortaleza. De acordo com o mesmo boletim, 32.682 casos de dengue foram notificados no Ceará, sendo confirmados 7.170 com abrangência em 110 municípios cearenses, destes casos, seis (6) foram de dengue grave, dos quais três (3) foram a óbito (SESA, 2017).

Atualmente, a eliminação do vetor, se caracteriza como a principal ou até mesmo a única forma de prevenção efetiva da dengue e *Chikungunya*, uma vez que ainda não se tem vacinas nem medicamentos que promovam a cura. As recomendações preventivas se restringem principalmente a ações de combate aos vetores dentro de casa, mantendo o ambiente limpo e eliminando os possíveis criadouros do mosquito, assim como fazer uso de roupas que minimizem a exposição da pele durante o dia e o uso de repelentes e inseticidas (SANTOS, SANTOS, ALVES, 2017; MANIERO et al., 2016).

A dengue e a *Chikungunya* são doenças que desenvolvem sintomatologias similares. Entretanto, a dengue se classifica em 4 sorotipos denominados: DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4, e apresenta sintomas clássicos como febre alta (39°C a 40°C), cefaleia, dor atrás dos olhos, exantema, náusea, vômito, diarreia, dores articulares e prostração. Na forma hemorrágica, ocorre também sangramento após o 3º dia da doença, hemoconcentração, hipoproteinemia, efusão pleural e ascite (VALE, PIMENTA, AGUIAR, 2016; FERNANDES et al, 2016).

Já a *Chikungunya* apresenta duas fases: a fase aguda e a fase crônica. Durante a fase aguda se desenvolve a febre alta, cefaleia, náusea, vômito, dor na coluna vertebral e artralgia de maneira simétrica, envolvendo as articulações do tornozelo, joelho e punho. A medida que a dor se torna persistente e duradoura, tem-se a instalação da fase crônica. E com a cronificação da sintomatologia, a *Chikungunya* geralmente causa rigidez articular, limitações funcionais, diminuição da qualidade de vida e conseqüentemente, comprometimento das atividades laborais (CASTRO, LIMA, NASCIMENTO, 2016).

Desse modo, compreende-se que a população tem um papel fundamental para evitar a proliferação do mosquito. Assim, o presente estudo teve por objetivo promover a conscientização e o empoderamento da comunidade, na prevenção da dengue e *Chikungunya*.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência fundamentado na promoção à saúde, com foco no combate ao mosquito *Aedes aegypti*, e a prevenção das arboviroses dengue e *Chikungunya*. A atividade realizada

foi caracterizada com 'sala de espera'. Explica-se como ações de educação em saúde com formato de palestras informativas a um público que aguarda atendimento ambulatorial. Esta atividade foi promovida por profissionais fisioterapeutas atuantes na Unidade Básica de Saúde (UBS) – Dr. Roberto da Silva Bruno, situada no município de Fortaleza-Ceará. As palestras foram realizadas nos dias 5, 13 e 22 de junho de 2017, durante o turno da manhã, para um público com idades e sexos diferentes. As fisioterapeutas, previamente buscaram conhecimentos específicos sobre a temática e conheciam a realidade da comunidade que foi abordada.

As palestras informativas foram ministradas com duração de 40 minutos, utilizando-se de uma sala ampla, com a disposição das cadeiras em semicírculo, o que facilitou a integração entre as pessoas e favoreceu a discussão da temática. O formato das atividades envolveu metodologias ativas, permitindo que as pessoas se sentissem participantes do processo de empoderamento da temática. Foi estimulado o diálogo, a troca de experiências entre os participantes e o reconhecimento do mosquito *Aedes aegypti* através de exposições ilustrativas e apresentação de vídeos educativos.

As atividades foram distribuídas nos três dias da 'sala de espera'. No primeiro dia foi realizada uma exposição educativa ilustrativa sobre as características gerais do vetor *Aedes aegypti*, dentre elas o horário do dia que o mosquito costuma picar, os locais do corpo mais acessíveis e a transmissão do vírus para o ser humano. No segundo dia de atividades, os conhecimentos transmitidos versaram sobre as características clínicas da dengue e *Chikungunya*, em seguida foi utilizada uma dinâmica com os participantes em pé, e ao som de uma música, passavam entre si uma bola de mão em mão, e ao cessar da música o participante que estava com a bola na mão respondia a uma pergunta sobre os conhecimentos adquiridos envolvendo o combate ao vetor e a prevenção da dengue e *Chikungunya*. A última atividade de ação educativa foi desenvolvida através de um vídeo que agregava conhecimentos gerais sobre o tema. Em seguida, através de uma roda de conversa, realizou-se o fechamento do ciclo de palestras.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente trabalho buscou experienciar a prática em promoção da saúde, como mecanismo efetivo de prevenção e controle das arboviroses dengue e *Chikungunya*, realizando um trabalho educativo envolvendo de forma direta os usuários dos serviços de uma UBS.

Foi observado através dos encontros com o grupo, que a maioria dos participantes aprendeu os conhecimentos sobre o vetor *Aedes aegypti* e sobre a prevenção da dengue e *Chikungunya*, bem como sua sintomatologia. Percebeu-se após as discussões de cada atividade, que os participantes mais envolvidos nas atividades propostas, ficaram mais seguros sobre o assunto, e, portanto, mais capacitados durante o debate na roda de conversa.

Durante os encontros foram abordados os principais sintomas da dengue e *Chikungunya* e a transmissão através do *Aedes aegypti*, e foi possível identificar que o grupo conseguiu ganhar conhecimentos e diferenciar dengue de *Chikungunya*, assim como também revela o estudo de Ribeiro et al. (2015) que descreve os sintomas da dengue clássica como: febre, cefaleia, mialgia e artralgia. E a *Chikungunya*, com os sinais clínicos: mialgia, artralgia de ambos os lados, cefaleia, náusea, vômito e edema nas articulações dos pés, mãos e tornozelos (CASTRO, LIMA, NASCIMENTO, 2016).

Neste contexto, nota-se que as práticas de educação em saúde deveriam ser mais utilizadas no cotidiano dos profissionais de saúde, uma vez que devem ser entendidas como uma vertente da prevenção e deste modo avançar com a melhoria das condições de vida e de saúde da população (SOUZA NETO, 2016).

Ao trabalhar em um dos encontros deste estudo, com recursos audiovisuais, apresentação de um vídeo, pode-se constatar que este recurso foi capaz de fixar a informação de maneira mais aberta e prazerosa, demonstrando sua efetividade junto ao público alvo, o qual despertou para o empoderamento de participar como ator principal da prevenção e controle da dengue e *Chikungunya*. Neste sentido, a educação em saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia, e assim identifiquem e utilizem as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida (BOEHS et al., 2007).

É de extrema importância a participação e a conscientização da população na construção de medidas que promovam a mudança do panorama atual das arboviroses no estado do Ceará. Para alcançar um nível adequado de saúde, as pessoas precisam saber identificar os problemas e serem capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes. Estas falas foram bastante repetidas pelos próprios participantes e intensificadas pelos profissionais fisioterapeutas que estavam conduzindo as atividades. Nesta contextualização é possível afirmar que a construção de laços integrativos decorrentes de práticas e ações em conjunto é fundamental para o desenvolvimento do pensamento preventivo e promotor da saúde dentro da comunidade (MARACAJÁ, SALES, SOUZA, 2016).

Estudo como o de Pustiglione (2016), revela algumas medidas para eliminar os possíveis criadouros e a proliferação do mosquito, sendo elas: manter a caixa d'água sempre bem tampada, colocar areia nos vasos de planta, não acumular vasilhames no quintal, evitar o acúmulo de água, utilizar tela nas janelas, mosquiteiros, uso de repelentes, evitar pneus armazenados a céu aberto. Todas estas questões também foram abordadas, comentadas e contextualizadas durante a execução dos encontros desta pesquisa.

Em se tratando das formas de combate ao *Aedes aegypti* foi trabalhado com os participantes, através de ilustrações e palestras, a responsabilidade da comunidade sobre o que se deve fazer para combater o mosquito. Percebeu-se que a população tem consciência de que as pessoas da comunidade são os principais responsáveis pelo combate ao mosquito, mas que em muitos casos ficam omissos em realizar a prevenção, e, outros tem a consciência, mas não tem o conhecimento.

## CONCLUSÃO

Com a realização do ciclo de palestras na promoção a saúde envolvendo a temática das arboviroses dengue e *Chikungunya*, foi possível constatar que a proposta educativa favoreceu a discussão entre os participantes, potencializando a assimilação dos conteúdos e desencadeando possíveis mudanças de comportamento na comunidade.

Entretanto, percebe-se também que os participantes, apesar de compreenderem que o principal responsável pelas práticas preventivas são os moradores da comunidade, conseguem retratar outros fatores que estão intimamente ligados à proliferação do mosquito e que dependem da gestão pública e abrangência intersetorial e não apenas da comunidade. Entre os quais, cita-se: a precariedade da coleta de lixo, o acesso do caminhão de lixo às ruelas, o gerenciamento do lixo, o irregular abastecimento de água e a falta de saneamento básico.

Conclui-se que a ação educativa realizada pelos profissionais fisioterapeutas da Unidade Básica de Saúde – Dr. Roberto da Silva Bruno foi importante para o grupo e esclarecedora, sendo capaz de estimular a mobilização social e a prática de promoção à saúde. Entretanto, sabe-se que toda prática deve ser continuada para que se torne um hábito.

## REFERÊNCIAS

- BOEHS, Astrid Eggert et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.307-314, 09 abr. 2007.
- CASTRO, Anita Perpetua Carvalho Rocha de; LIMA, Rafaela Araújo; NASCIMENTO, Jedson dos Santos. Chikungunya: vision of the pain clinician. **Rev. dor**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 299-302, Dez. 2016.
- FARES Rafaelle et al. Epidemiological Scenario of Dengue in Brazil. **Bio Med Research International**, v. 2015, p. 13, 2015.
- FERNANDES, Suzana Carneiro de Azevedo et al. Dengue, zika e chikungunya na perspectiva da terceira idade – um enfoque em diabéticos hipertensos: vivência e experiência com um grupo de idosos de uma unidade básica de saúde de mossoró/rn. **Revista Extendere**, Rio Grande do Norte, v. 4, n. 01, p. 19-26, jan-jun, 2016.
- MANIERO Viviane et al. Dengue, chikungunya e zika vírus no brasil: situação epidemiológica, aspectos clínicos e medidas preventivas. **Almanaque multidisciplinar de pesquisa**. v. 1, n. 1, p. 118-145, 2016.
- MARACAJÁ, Maria Celina Sarmiento; SALES, Luiz Ricardo ; SOUZA, Kalliup Leonora Morais de . Dengue, Chikungunya e Zika vírus na escola: educação em saúde. I Congresso Internacional da Diversidade do Semiárido, 2016.
- MORAES, Alice Ferry. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Bocutatu, v. 12, n. 27, p. 811-822, out-dez. 2008.
- PEREIRA, Carlos Alexandre Rodrigues et al. Avaliação econômica dos casos de Dengue atribuídos ao desastre de 2011 em Nova Freiburg (RJ), Brasil. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3693-3704, set.2014.
- PUSTIGLIONE, Marcelo. Medicina do Trabalho e doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas: a conduta no caso das febres da dengue, do Chikungunya e do Zika vírus. **Rev bras. med. trab.[internet]**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-12, jan-abri. 2016.
- RIBEIRO, Mateus Duarte et al. Estudo descritivo da ocorrência de dengue e suas relações com o clima e a ação da vigilância em saúde no município de Franca, São Paulo, Brasil, 2007 a 2011. **INVESTIGAÇÃO**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 138-144, 2015.
- SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DO CEARA [SITE]. Ceara- CE. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br>>. Acesso em: 30 mai.2017.
- SANTOS, Carmelita Aparecida Borges; SANTOS, Pereira Anna Lettycia Vieira dos; ALVES, Aurea Damaceno. Complicações das arboviroses transmitidas pelo aedes aegypti e seus principais impactos no país. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Mato Grosso, v. 1, n. 17, p. 240-247, 2017.

SOUZA NETO, Vinicius Lino. Elaboração e implementação de ferramenta educativa com ênfase na dengue, zika e chikungunya: relato de experiência. **Revista Extendere**, Rio Grande do Norte, v. 4, n. 01, p. 9-18, jan-jun, 2016.

VALLE, Denise; PIMENTA, Denise Nacif; AGUIAR, Raquel. Zika, dengue e chikungunya: desafios e questões. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 419-422, jun. 2016.

ZARA, Ana Laura de Sene Amancio et al. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 391-404, abr-jun. 2016.

## **AGRADECIMENTO**

À gestão da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) Roberto da Silva Bruno que dispôs espaço físico para realização da atividade de promoção a saúde.

Aos pacientes que disponibilizaram parte do seu tempo para adquirir novos conhecimentos, prevenção e controle sobre as principais arboviroses dengue e *Chikungunya*.