



A Prática Humanizada da Enfermagem na Virada do Novo Milênio:

Comemoração dos 75 anos da Escola de Enfermagem Magalhães Barata





Governo do Estado do Pará

Governador Helder Zahluth Barbalho



Universidade do Estado do Pará

Reitor Rubens Cardoso da Silva

Vice-Reitor Clay Anderson Nunes Chagas

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Gradução Renato da Costa Teixeira

Pró-Reitora de Graduação Ana da Conceição Oliveira

Pró-Reitora de Extensão Alba Lúcia Ribeiro Raithy Pereira

Pró-Reitor de Gestão e Planejamento Carlos José Capela Bispo



Editora da Universidade do Estado do Pará

Coordenador e Editor-Chefe

fe Nilson Bezerra Neto

Conselho Editorial

Francisca Regina Oliveira Carneiro Hebe Morganne Campos Ribeiro Joelma Cristina Parente Monteiro Alencar Josebel Akel Fares

José Alberto Silva de Sá

Juarez Antônio Simões Quaresma

Lia Braga Vieira

Maria das Graças da Silva

Maria do Perpétuo Socorro Cardoso da Silva

Marília Brasil Xavier Núbia Suely Silva Santos

Renato da Costa Teixeira (Presidente) Robson José de Souza Domingues

Pedro Franco de Sá

Tânia Regina Lobato dos Santos Valéria Marques Ferreira Normando

A Prática Humanizada da Enfermagem na Virada do Novo Milênio:

Comemoração dos 75 anos da Escola de Enfermagem Magalhães Barata

Realização

Universidade do Estado do Pará - UEPA Núcleo de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação - NUPEP Editora da Universidade do Estado do Pará - EDUEPA

Apoio



Revisão

Marco Antônio da Costa Camelo

Designer

Flávio Araujo

Apoio Técnico

Arlene Sales Duarte Caldeira Bruna Toscano Gibson

Diagramação

Odivaldo Teixeira Lopes

Capa

Flávio Araujo

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas da UEPA / SIBIUEPA

A prática humanizada da Enfermagem na virada do novo milênio: comemoração dos 75 anos da Escola de Enfermagem Magalhães Barata [E-book] / Organização de José Augusto Carvalho de Araújo, Margarete Carréra Bittencourt. - Belém: EDUEPA, 2019.

303 p.

Inclui bibliografias

ISBN 978-85-8458-045-3

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3

1. Enfermagem. 2. Enfermagem – Estudo e ensino. 3. Escola de Enfermagem Magalhães Barata. I. Araújo, José Augusto Carvalho de, Org. II. Bittencourt, Margarete Carréra, Org.

CDD 22.ed. 610.7309811

Ficha Catalográfica: Rita Almeida CRB-2/1086

Editora filiada Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Editora da Universidade do Estado do Pará - EDUEPA Travessa D. Pedro I, 519 - CEP: 66050-100 E-mail: eduepa@uepa.br/livrariadauepa@gmail.com Telefone: (91) 3222-5624



A Prática Humanizada da Enfermagem na Virada do Novo Milênio:

Comemoração dos 75 anos da Escola de Enfermagem Magalhães Barata

n. 1

APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Pesquisa, Extensão e Pós-graduação **NUPEP**/ **enfermagem** tem a satisfação de apresentar o primeiro E-book da Escola de Enfermagem Magalhães Barata pelos 75 anos da Enfermagem sob a administração da Universidade do Estado do Pará — UEPA. A gestão da professora Margarete C. Bittencourt à frente da Coordenação do curso adotou como prioridade o investimento na produção científica de uma das mais antigas Instituições de Ensino do País. A Enfermagem carrega consigo, histórias, memórias, recordações, além de prestígio nacional pelo que construiu ao longo desse tempo. Agradecemos a todos os professores, técnicos e estudantes que fazem parte desta história, assim como aqueles que já não estão mais conosco, mas são "histórias vivas entre nós".

A Enfermagem na Virada do século XXI se consolida pela perseverança, pela competência técnica e principalmente pelo seu corpo de professores, gestores e técnicos que construíram uma imagem de princípios e valores da Escola de Enfermagem como uma Instituição de prestígio e reconhecimento.

A necessidade da produção acadêmica, os investimentos em tecnologias renovadas, a criação de banco de dados, a criação de redes sociais internacionais, assim como a vinculação da graduação e da pósgraduação a outros programas, devem ser princípios norteadores nessa nova era digital e competitiva. Com todas as críticas que podemos fazer sobre a quantificação da produção acadêmica, temos por outro lado, o compromisso de compartilhar o conhecimento com a sociedade.

Pretendemos estabelecer um elo entre os campi da capital e interior como uma forma de gerir conhecimentos e desenvolvimento equânimes entre as diferentes regiões do estado. A enfermagem é favorável a interiorização do curso, mas exige qualidade e compromisso com a formação acadêmica. Nesta perspectiva, somente desta forma podemos construir princípios de cidadania e respeito com aqueles que mais necessitam dos serviços da Enfermagem, de forma humanizada.

4 de Outubro de 2019

Dr. José Augusto Carvalho de Araújo Coordenador do NUPEP ENFERMAGEM É com muita honra que escrevo o prefácio do primeiro e-book da Escola de Enfermagem Magalhães Barata, que este ano completa 75 anos de existência — desde quando era chamada de fundação até se tornar Universidade —, por saber da importância desse projeto para nossa Instituição. Apesar de ter participado ativamente, juntamente com o Prof. Augusto Carvalho, na elaboração do mesmo, a emoção é muito grande, baseada no fato de ser esse um sonho deveras marcante para toda nossa comunidade acadêmica, assim como para nossa sociedade, pois celebra a união de vários educadores e pesquisadores do curso de enfermagem da EEMB, aglutinando muitos conhecimentos e técnicas desenvolvidas para o cuidado humanizado.

Ao longo desses setenta e cinco anos de existência do curso, a maturação de um conceito de cuidado clínico de enfermagem e de pesquisas desenvolvidas tem sido um dos principais propósitos para o nosso corpo docente.

Este e-book é mais um resultado de nossa gestão e possui duas motivações; a primeira é apresentar as contribuições científicas de docentes e egressos e a segunda é contribuir para o amadurecimento do Programa de Mestrado em Enfermagem Associado UEPA/UFAM (PPGENF) em curto período. Este projeto de livro eletrônico nos apresenta temas contemporâneos sobre a humanização da enfermagem na virada do novo milênio. Entretanto, para além do aspecto acadêmico, o e-book nos trará uma cultura acadêmica mais efetiva e participativa entre nossos pares, envolvendo aí os estudantes de enfermagem. O cuidado de enfermagem se expressa nas diversas produções nesta coletânea, que vai da saúde mental na atenção básica, do Perfil dos profissionais de saúde, das terapias alternativas, das doenças infecciosas, das mulheres que vivem com HIV-AIDS, dos estímulos cognitivos e atividades lúdicas, do gerenciamento dos serviços de saúde, das úlceras hansênicas, do Rastreamento de doenças crônico-degenerativas entre idosos, dos métodos para o controle da hipertensão, entre outros temas de suma relevância social no século XXI.

A Enfermagem enquanto ciência tem crescido, mas os desafios na formação dos profissionais ainda são muitos, desta forma esperamos que esta publicação possa abranger um espírito de união e perspectivas entre os Campi da capital e interior, e, assim, um maior número de colaboradores se interesse em participar das edições futuras.

Desejamos a todos uma agradável leitura!

4 de Outubro de 2019

Margarete Carréra Bittencourt Coordenadora do Curso de Enfermagem da UEPa. 7

SUMÁRIO

A APLICAÇÃO DA OZONIOTERAPIA EM ÚLCERAS HANSÊNICAS E SUA EFETIVIDADE NO DECRÉSCIMO DO BIOFILME EM PACIENTES DA COLÔI DO PRATA - BELÉM/PA	NIA .10
MÉTODOS DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM U USUÁRIO DO CENTRO ESCOLA DO MARCO (CSE): UMA ABORDAGEM TRANSCULTURAL	
UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE MOWA® PARA AVALIAÇÃO DE ÚLCERA PO PRESSÃO – IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	
ACOLHIMENTO EM UM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DE BELÉM-PA: UMA EXPERIÊNCIA COLETIVA E DIALOGADA	.57
A ENFERMAGEM NO ENSINO DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA ALUNOS DE ESCOLA PÚBLICA DO ENSINO FUNDAMENTAL NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA	.72
CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PARA GESTÃO E GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	.84
EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE TUCURUÍ-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	.100
FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: PROJETO PEDAGÓGICO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO PARÁ NA VISÃO DE ESTUDANTES	.113
ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO: ASPECTOS ÉTICOS E MORAIS	124
AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA ENTRE OS ANO DE 2007 E 2015 EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE TUCURUÍ-PA	
BURNOUT: PREVALÊNCIA DA SÍNDROME NA EQUIPE DE ENFERMAGEM I UMA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA EM BELÉM	
CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO DA ILHA DO COMBÚ	.162

	1
PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA QUANTO AO USO DA LIBRAS E SUA REPERCUSSÃO NA AUTONOMIA DO PACIENTE SURDO	
A SAÚDE MENTAL NA ÓTICA DA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE OS ASPECTOS DA DEPRESSÃO E DO SUICÍDIO ENT CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL	TRE 191
OS DISTÚRBIOS PSICOSSOCIAIS COMO SEQUELA DAS NEOPLASIAS MAMARIAS	200
PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O PACIENTE COMTRANSTORNO MENTAL	209
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A LOUCURA ENTRE FAMILIARES DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS	
TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: UN CONSTRUÇÃO COLETIVA	1A 239
PERFIL SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO DE MULHERES QUE VIVEM CO HIV ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA QUE DESEJAM GESTAR	OM 255
REEMERGÊNCIA DO SARAMPO NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.	267
QUEIMADURAS NA INFÂNCIA: O QUE OS RESPONSÁVEIS NOS CONTA SOBRE ESSE ACIDENTE?	AM 278
RASTREAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS ENTRE IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA EM TUCURUÍ-PA	292

A APLICAÇÃO DA OZONIOTERAPIA EM ÚLCERAS HANSÊNICAS E SUA EFETIVIDADE NO DECRÉSCIMO DO BIOFILME EM PACIENTES DA COLÔNIA DO PRATA - BELÉM/PA

Margarete Carréra Bittencourt¹, Evelyn Conceição da Silva Fonseca dos Santos², Marcos Renan Miranda Neres³, Simone Beverly Nascimento da Costa⁴

RESUMO

Objetivos: Avaliar a efetividade da ozonioterapia no decréscimo do biofilme em úlceras hansênicas, o grau de comprometimento das úlceras, identificar a prevalência dos tipos de microorganismos presentes e analisar a ação da ozonioterapia na diminuição e prevenção da formação do biofilme. Método: Trata- se de um estudo de intervenção terapêutica, tipo ensaio clínico observacional não randomizado, com uma pesquisa tipo projeto integrado "guarda- chuva", desenvolvido a partir da tese de doutorado da Enfermeira Dra Margarete Bittencourt, com o tema: Efeitos da ozonioterapia tópica no tratamento da úlcera de membro inferior de pacientes acometidos pela hanseníase. O estudo envolverá pacientes hansenianos, acometidos de úlceras com a presença de biofilme sem uso de antimicrobianos. Resultados: Observou-se que a partir da aplicação da ozonioterapia nas lesões das úlceras contaminadas, que a maioria dos pacientes apresentou, ao final das cinco avaliações, nenhuma espécie de microrganismo, assim como também apresentaram diminuição na área da ferida, sendo que um paciente concluiu o processo cicatricial de suas duas lesões. Conclusão: A ozonioterapia tópica se mostra eficaz no que tange a sua ação antibactericida, assim como sua propriedade de prevenção a formação de biofilme. Mostra-se como sendo uma terapia eficaz no tratamento de úlceras hansênicas, restaurando assim as estruturas teciduais do membro lesionado.

DESCRITORES: ozônio, biofilme, úlceras, hanseníase.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.10-25

¹ Docente da Universidade do Estado do Pará, Doutora do Programa de Pós-graduação de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, UFPA, Brasil (margaretecb@gmail.com)

² Enfermeira, Diretora Assistencial da Rede AME de Saúde

³ Enfermeiro Assistente do Hospital Anita Gerosa e Coordenador da Unidade de Saúde Francisco Lopes

⁴Mestre em Educação com ênfase em investigação educativa. Docente da Escola de Enfermagem Magalhães Barata. Chefe do Departamento de Enfermagem Hospitalar da Universidade do Estado do Pará – UEPa.

THE APLICATION OF OZONE THERAPY IN LEPROSY ULCERS AND THEIR EFFECTIVENESS IN BIOFILM DECREASE IN PRATA COLONY PATIENTS – BELÉM/PA

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the effectiveness of ozone therapy in decreasing biofilm in leprosy ulcers, the degree of ulcer involvement, identify the prevalence of the types of microorganisms present and analyze the action of ozone therapy in reducing and preventing biofilm formation. Method: This is a non -randomized observational clinical trial study with an integrated umbrella research project, developed from the doctoral thesis of Nurse Dr Margarete Bittencourt, with the theme: Effects of Topical ozone therapy in the treatment of lower limb ulcer in leprosy patients. The study will involve leprosy patients with ulcers with the presence of biofilm without the use of antimicrobials. Results: It was observed that from the application of ozone therapy in the lesions of contaminated ulcers, most patients presented, at the end of the five evaluations, no species of microorganism, as well as decreased wound area, and one patient completed the healing process of his two injuries. Conclusion: Topical ozone therapy is effective for its antibacterial action, as well as its prevention property for biofilm formation. It is shown to be an effective therapy in the treatment of leprosy ulcers, thus restoring the tissue structures of the injured limb.

DESCRIPTORES: ozone, biofilm, ulcers, leprosy.

INTRODUÇÃO

A hanseníase configura-se como uma das doenças mais antigas da humanidade. Ela ainda constitui um grave problema de saúde pública, principalmente no Brasil, sendo que este ocupa a segunda posição do ranking mundial de prevalência da doença, atrás apenas da Índia (BARATA, 2000). Devido a seu histórico de constante estigmatização, ela se enquadra entre as doenças mais negligenciadas, causando impactos físicos e psicológicos para aqueles acometidos por esta patologia (BROWNE, 2003).

Após pesquisas na área de hansenologia e a descoberta de tratamentos eficazes, a taxa de incidência da patologia caiu consideravelmente, porém aqueles que foram retirados de seus lares para colônias e os sequelados desta doença ainda necessitam de cuidados (FLEURY, 2000). Um dos maiores desafios no manejo da hanseníase é a prevenção da incapacidade física, que está ligada diretamente ao diagnóstico precoce, avaliação rotineira e correta condução de tratamento dos episódios reacionais e agravos da doença (BRASIL, 1994).

As úlceras hansênicas são alguns dos agravos, bem como sequelas dos pacientes portadores da hanseníase. Ela causa intenso sofrimento, dor, impacto na qualidade de vida, e configura-se também, como a porta de entrada para intensa proliferação de microrganismos, formando colônias de bactérias com uma capa protetora chamada de biofilme (LYON, 2013). Isso faz com que a infecção dessas úlceras aumente, causando inflamação, dor, retardação do processo de cicatrização, entre outros. Dessa maneira, fazem-se necessários investimentos em técnicas de tratamento adequados e eficazes e o diagnóstico precoce, a fim de restabelecer o convívio social e a qualidade de vida aos portadores desse agravo.

Deve-se escolher o tratamento adequado para cada tipo de úlcera de acordo com a avaliação da característica da úlcera e da pele ao redor. Assim, os tratamentos se tornam mais eficazes e o tempo de cicatrização é menor (OLIVEIRA, 2006; SAMPAIO, 2007).

Dentro desse contexto, existe a ozonioterapia, técnica que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica. Segundo estudos comprovados, essa modalidade terapêutica tem se mostrado efetiva no tratamento de úlceras hansênicas, bem como na diminuição do biofilme presente nas mesmas (ABOZ, 2014).

O ozônio medicinal é utilizado nas úlceras através do óleo ozonizado aplicado nas feridas no momento dos curativos e também através da insuflação do gás por meio do uso de *bags* no membro acometido (ABOZ, 2014)...

Assim, podemos apresentar uso da ozonioterapia como uma alternativa para auxiliar no tratamento das úlceras hansênicas pelo seu poder antimicrobiano, agindo assim como um poderoso aliado no tratamento dessas lesões e no decréscimo de biofilme.

Sendo assim julgou-se importante demonstrar as vantagens do tratamento de úlceras hansênicas pelo uso da Ozonioterapia, revelando ser uma tecnologia emergente, onde muitos países, como Portugal, já possuem protocolos de tratamento com a utilização desta tecnologia possuindo resultados positivos, e outros países como Alemanha, Suíça, Áustria, Itália, Cuba, Ucrânia, Rússia, Grécia, Israel, Egito e Austrália reconhecem a Ozonioterapia pelo seu Sistema de Saúde.

Assim como fundamentar o uso da Ozonioterapia como eficaz na sua capacidade antisséptica no que tange a redução do biofilme nas úlceras hansênicas. O campo de pesquisa escolhido trata-se de uma colônia hanseniana, Colônia do Prata, campo este que justifica a escolha por ser um local que, em épocas passadas, acolheu inúmeros hansenianos oriundos de diversas cidades e, os mesmos, desenvolveram as úlceras como complicação.

Por isso o trabalho tem como objetivo Avaliar a efetividade da ozonioterapia no decréscimo do biofilme em úlceras hansênicas, assim como avaliar o seu grau de comprometimento, identificar a prevalência dos tipos de microorganismos presentes nessas úlceras e analisar a ação da ozonioterapia na diminuição e prevenção da formação do biofilme.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de intervenção terapêutica, tipo ensaio clínico observacional não randomizado. O estudo envolverá pacientes hansenianos, acometidos de úlceras com a presença de biofilme sem uso de antimicrobianos.

Local e critérios de inclusão da amostra

O cenário da pesquisa foi a Colônia do Prata, localizada no município de Igarapé-Açú a 100 km de distância de Belém, com uma população de aproximadamente 35.948 habitantes. A colônia possui uma Unidade de Saúde Pública, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) se adequando para a realização do estudo do decréscimo do biofilme na utilização da ozonioterapia. Tem como princípios a recuperação da saúde dos pacientes sequelados de hanseníase e com a presença de úlceras hansênicas.

Os sujeitos da pesquisa foram 14 pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que apresentaram úlceras hansênicas com sinais de infecção,

que utilizaram a ozonioterapia, os curativos e o óleo ozonizado.

Tendo como população-alvo pacientes atendidos na Unidade de Saúde da Colônia do Prata, maiores de 18 anos (entre 20 e 60 anos), portadores de úlcera infectada em membros inferiores com presença de tecido necrosado, secreção e exsudato purulento, ter condições cognitivas para que possa seguir as orientações durante o período do estudo, não estar usando nenhum medicamento para a úlcera, não estar em uso de antimicrobianos e que aceitaram participar da pesquisa se dispondo a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Aspectos éticos da pesquisa

Seguimos a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecendo diretrizes e normas regulamentadoras, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Submetemos a presente pesquisa, como projeto, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical- NMT/ Universidade Federal do Pará, com número do parecer 1.130.427. Todos os participantes da pesquisa, após aceitação, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com a garantia de anonimato e sigilo.

Procedimentos da coleta de dados

A coleta de dados se iniciou com a admissão dos voluntários no protocolo da pesquisa.

Houve a consulta, previamente agendada no serviço ambulatorial da Colônia do Prata. Onde foram inicialmente explicados ao voluntário todos os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, assim como todos os riscos e benefícios do uso do ozônio.

Realizou-se a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e autorização de fotografia (Protocolo III) junto ao paciente. Após a assinatura do TCLE, o voluntário foi encaminhado para o exame clínico da ferida.

Foi realizada a anamnese do indivíduo com o preenchimento do protocolo II, abordando a identificação do paciente, características sociodemográficas, exame físico geral, histórico e antecedentes de saúde pessoais e familiar, bem como seu histórico com a Hanseníase (classificação, tratamento, baciloscopia). Posteriormente, realizamos o exame clínico das lesões com o preenchimento do protocolo III abordando as características clínicas das lesões, como o tamanho, tipo de tecido. Tipo

de exsudato, quantidade de exsudato, profundidade, bordas da ferida, dor, odor, edema e prurido.

Ao término da avaliação clínica das lesões realizamos a avaliação do biofilm da lesão, realizando a colheita do Swab, da marca Absorve® com meio de stuart (em agar semi sólido ou ampola líquida) dentro de cápsula plástica, com haste em plástico resistente maleável preso na tampa suporte embalado individualmente em papel grau cirúrgico, estéril e descartável; a haste maleável foi introduzida no interior da lesão e borda com movimentos circulares totalizando quinze segundos, em seguida o swab foi colocado no meio de cultura e encaminhado ao laboratório da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana (FHCGV) para análise microbiológica da ferida.

A escolha da técnica de cultura com o *Swab* revela-se a melhor nessa pesquisa, uma vez que segundo LYON (2013), tem altos níveis de sensibilidade, chegando cerca de 87% a 100%, assim como altos níveis de especificidade, cerca de 85% a 94%, isso colocando esta técnica em comparação com outros métodos de cultura, tais como a biópsia ou a aspiração do tecido.

Após esta colheita do Swab realizamos a limpeza da lesão com jatos de Soro fisiológico a 0,9% e a seguir a aplicação da *Ozonioterapia* no local da lesão que consiste no ensacamento do membro afetado com sacos plásticos (*Bags*) e nele acoplado o gerador de ozônio, onde permaneceu ligado por 30 (trinta) minutos com a concentração de 60-40-30-20 μg/ml conforme avaliação da ferida e seguindo as recomendações da Declaração de Madri em Ozonioterapia, até preencher totalmente o interior do *bag*. Esse procedimento foi realizado uma vez por semana, com agendamento prévio durante 150 (cento e cinquenta) dias. Após a realização do *bag* na lesão, por 30 minutos, a ferida foi coberta com o óleo de girassol ozonizado em toda a sua extensão. Esse óleo foi fornecido pelo Instituto de Química da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e finalmente, houve o fechamento da ferida com curativo secundário utilizando gazes esterilizadas e atadura de crepe.

Ozonioterapia

Seguimos a recomendação aprovada pelo "Encontro Internacional de Escolas de Ozonioterapia", realizada na Real Academia Nacional de medicina em Madrid de Junho de 2010, sob os auspícios da Associação Espanhola de profissionais médicos de Ozonioterapia (AEPROMO) que normatiza abordagem terapêutica para uso do ozônio. As formas utilizadas serão bolsa de ozônio (bags) na concentração de 60-40- 30/ml uma vez por semana, obtido

através de oxigênio medicinal e um gerador de bancada da marca Ozone & Life modelo 0&L 3.0 RM que produzirá ozônio a partir de oxigênio medicinal, com fluxo constante de IL/min e o óleo ozonizado.

A ozonioterapia tópica consiste em: Aplicação de Bolsa de ozônio (bagging) uma vez por semana e curativos diários com lavagem com soro fisiológico a 0,9% e aplicação do óleo ozonizado a 50%; os indivíduos e familiares foram instruídos a procurarem o ambulatório de feridas diariamente para realização dos curativos com o óleo ozonizado que foi fornecido para o serviço (Colônia do Prata).

Óleo ozonizado

O óleo ozonizado foi produzido pela doutoranda Nathalia Rodrigues de Almeida e Dr, Adilson Beatriz, no Laboratório de Síntese e Transformações de Moléculas Orgânicas – SINTMOL, em parceria com o Instituto de Química da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS.

O ozônio foi produzido a partir de oxigênio medicinal através de um gerador de bancada, com fluxo de entrada de oxigênio de IL/min e com concentração de ozônio de 60 µg/mL, selecionada no display do equipamento.

O procedimento experimental para ozonólise de óleos vegetais (Triozonídeos) consiste em: Em um reator de vidro contendo 200 mL de óleo vegetal foi borbulhado a mistura de gases oxigênio/ozônio, com concentração de ozônio de 60 µg mL-1. A reação foi mantida em banho de água a temperatura de 30 – 40 °C, por várias horas (6, 12, 24 e 36 horas). A mistura de gases oxigênio-ozônio atravessará o óleo em todo o seu volume de forma continua durante todo o processo, sendo dispersas por um difusor cerâmico em pequenas bolhas de gás. Após a reação o óleo foi borbulhado com gás nitrogênio por 5 minutos para remoção do excesso do ozônio.

Análise de dados

Os dados coletados foram organizados em banco de dados eletrônicos por meio de digitação em planilha do aplicativo Microsoft Excel e exportados e analisados no programa BioEstat versão 5.0, onde foram codificados, tabulados e apresentados na forma de tabelas, quadros e gráficos com suas respectivas distribuições percentuais.

RESULTADOS

Tabela I – Comparação das cinco avaliações dos tecidos encontrados nas lesões de MMII, no decorrer do tratamento da ozonioterapia.

Ozonioterapia	AvI	Av2	Av3	Av4	Av5	p-valor*
Granulação	51,6	75,6	68,2	73,0	70,6	0,1390
Esfacelo	24,6	11,1	22,3	14,6	8,4	0,1215
Necrose	24,0	13,5	9,6	5,3	3,2	0,0058
Área da ferida	62,3	54,I	50,9	39,4	37,4	0,0947

^{*}Análise de Variância para dados contínuos (ANOVA para medidas repetidas, um critério).

Tabela 2. Frequência de Microrganismos isolados nas Úlceras Hansênicas nos pacientes dos grupos Ozonioterapia e Controle, de acordo com a espécie e a fase da avaliação

	Ozonioterapia				
Microrganismo presente na lesão	l ^a	5ª	. 4		
	n (%)	n (%)	p*		
Pseudomonas aeruginosa	04 (29)	0			
Klebsiella pneumoniae	06 (43)	0			
Proteus mirabilis	02 (14)	04 (100)	0.0020^{\dagger}		
Enterobacter cloacae	01 (07)	0			
Morganella morganii	01 (07)	0			
Total	14 (100)	04 (100)			

^{*}Teste de McNemar. †Estatisticamente significativo.

Tabela 3. Sequência das cinco avaliações clínicas efetuadas nas Úlceras Hansênicas em pacientes submetidos à Ozonioterapia

Característica	Avaliação					
avaliada	ª	2ª	3ª	4ª	5ª	p-valor*
Granulação (%)						
Mínimo	11.5	34.9	25.1	0	0	
Máximo	93.6	99.0	92.5	98.0	99.2	
Mediana	51.3	81.5	74.9	83.5	81.8	0.0328^{\dagger}
25° percentil	38.1	60.4	50.4	73.I	74.3	
75° percentil	66.0	94.7	83.8	91.2	94.2	

Esfacelo (%)						
Mínimo	0.1	0	0.5	0	0	
Máximo	67.4	48.2	74.4	86.5	24.9	
Mediana	23.8	2	14.4	6.7	1.65	0.0014 [†]
25° percentil	3.5	0.4	7.7	0.6	0.2	
75° percentil	41.0	17.1	28.2	13.1	18.2	
Necrose (%)						
Mínimo	0	0	0	0	0	
Máximo	83.9	47. I	48.4	19.0	15.3	
Mediana	15.9	5.6	3.0	1.6	0.3	<0.0001†
25° percentil	5.9	2.1	0.6	0.1	0	
75° percentil	35.5	17.7	14.8	9.8	4.2	

^{*}Análise de Variância de Friedman. †Estatisticamente significativo.

Tabela 4. Comparação dos sinais e sintomas observados nos pacientes portadores de Úlceras Hansênicas do grupo submetido à Ozonioterapia

Característica	S	Sim		lão	
avaliada	n	%	n	%	p-valor*
Edema					
l ^a avaliação	12	85.7	02	14.3	
2ª avaliação	05	35.7	09	64.3	
3ª avaliação	0	0	14	100	<0.001†
4ª avaliação	0	0	14	100	
5ª avaliação	0	0	14	100	
Odor fétido					
l ^a avaliação	14	100	0	0	
2ª avaliação	09	64.3	05	35.7	
3ª avaliação	0	0	14	100	<0.001†
4ª avaliação	0	0	14	100	
5ª avaliação	0	0	14	100	
Prurido					
l ^a avaliação	0	0	14	100	
2ª avaliação	0	0	14	100	
3ª avaliação	0	0	14	100	1.000
4ª avaliação	0	0	14	100	
5ª avaliação	0	0	14	100	

^{*}Análise de Variância de Cochran. †Estatisticamente significativo.

Em nossa primeira avaliação percebemos que a maioria dos pacientes da pesquisa apresentava uma pequena quantidade de tecido de granulação, revelando uma média aritmética de 51,6 em uma escala relativa de 0 a 100. Com a introdução da ozonioterapia no tratamento dessas lesões, verificou-se que no geral ocorreu um significativo aumento da área do tecido de granulação nos pacientes. A diferença foi significativa quando comparada a primeira avaliação com a segunda avaliação (75,6), entretanto, na terceira avaliação (68,2) observou-se uma pequena diferença para menos quando comparada com a avaliação anterior. Isso se deu pelo fato de dois pacientes apresentarem problemas na continuidade do tratamento (um paciente fazia uso de tratamentos não convencionais que interferiram no processo cicatricial da lesão - borra de café, tabaco, cachaça e copaíba - e outro paciente, não compareceu na terceira avaliação o que colaborou para a interferência dos resultados. No trabalho de Oliveira (2011) foram realizadas, no total, 26 sessões de ozonioterapia tópica. No quinto dia de tratamento, já era possível observar a diminuição progressiva da área lesada, áreas de granulação e diminuição do processo infeccioso. Após 14 semanas do início do tratamento, a ferida apresentava-se completamente cicatrizada. O resultado do trabalho acima supracitado também fora obtido nesta presente pesquisa.

Quanto ao tecido de esfacelo, no geral observamos que houve uma significativa diferença entre as avaliações. A primeira avaliação revela uma média de tecido de esfacelo entre os pacientes de 24,6 decaindo essa média para 11,1 na segunda avaliação. Porém tivemos um pequeno aumento deste tipo de tecido na terceira avaliação, tendo as mesmas causas explicativas no tecido de granulação. Segundo Côrtes (2008), em seu trabalho "avaliação da cicatrização estimulada por aceleradores, em pacientes adultos com hanseníase, portadores de úlcera plantar", seus resultados mostraram que a maioria das lesões dos pacientes de sua pesquisa apresentava tecido de esfacelo, indicando complicações na cicatrização e a necessidade de desbridamento e de limpeza da ferida.

Após, na quarta e quinta avaliações obtivemos resultados bastante satisfatórios, tendo um decréscimo substancial de 14,6 e 8,4 de tecido de esfacelo respectivamente, considerando que a partir da quarta avaliação dois pacientes apresentaram a escala relativa igual a 0 e a mantiveram na quinta avaliação, e mais um paciente também apresentou esse escore na quinta avaliação. Com este resultado, conseguimos perceber que houve uma melhora no aspecto clínico da úlcera, revelando a efetividade do tratamento realizado.

19

No tocante à presença de tecido necrótico presente nas úlceras dos pacientes, em nossa primeira avaliação, percebemos uma média aritmética de 24,0 com lesões apresentando áreas com necrose, no entanto, ao longo das avaliações essa média foi declinando gradualmente. Constatando que já na nossa segunda avaliação, a segunda lesão do paciente n°5 já não mais exibia tecido de necrose, e em nossa quinta avaliação, 5 pacientes evidenciaram ter nenhum tipo de tecido necrótico em suas lesões. Configurando assim um p- valor de 0.0058 estatisticamente significativo. De acordo com Brasil (2002), na infecção, a presença de corpos estranhos e tecidos desvitalizados ou necróticos prolonga a fase inflamatória do processo de cicatrização, provocam a destruição do tecido, inibem a angiogênese, retardam a síntese de colágeno e impedem e epitelização. Esses devem ser removidos por processo mecânico ou autolítico, para ocorrer a fase reparadora

Ao serem equiparadas as áreas das lesões dos pacientes ao longo do tratamento com ozonioterapia, é nitidamente perceptível a diminuição desse valor no decorrer das cinco avaliações. Comparadas as médias das áreas entre a primeira e quinta avaliações temos uma diminuição da área da ferida em significativos 24,9 cm². Apercebeu-se também que as lesões do paciente n°5, em sua quinta avaliação, teve total cicatrização das suas duas lesões, consequentemente, reduzindo as áreas de todas as suas lesões.

Após observarmos o fato ocorrido, foi discutido a necessidade da realização de visita domiciliar para orientar os pacientes acerca da realização dos curativos com o óleo ozonizado, esclarecer dúvidas sobre o uso de tratamentos alternativos e a sua influência no tempo de cicatrização das úlceras. Dessa forma seguiu-se o cronograma das avaliações com a continuidade do tratamento pela ozonioterapia exclusiva de 100% dos pacientes.

Com isso observamos a evolução do tecido de granulação nas lesões dos pacientes na quarta e quinta avaliações, conferindo assim uma análise de variância para dados contínuos (p) de 0,1390, estatisticamente significativo.

A tabela 3 representa as cinco avaliações realizadas durante o tratamento dos pacientes com ozonioterapia. De acordo com a mesma, avaliamos os seguintes aspectos das lesões: edema, odor, profundidade, pele adjacente, intensidade da dor e quantidade de exsudato. Vale ressaltar que 10 dos pacientes da pesquisa, 4 presentaram úlceras nos dois membros (MIE e MID), totalizando assim 14 lesões (n=14).

No que diz respeito ao edema na primeira a avaliação, a grande maioria apresentou edema, porém, ao final da quinta avaliação 100% dos pacientes não apresentou edema (p<0.001). Destaca-se que o edema interfere na cicatrização da ferida, onde Olinda (2006) cita que o edema pode comprometer a oxigenação da ferida, bem como afetar a epitelização e a contração da lesão.

Todas as 14 lesões apresentaram odor fétido na primeira avaliação, e no decorrer do tratamento, percebeu-se que na segunda avaliação houve uma significativa diminuição no odor dessas lesões, culminando, na última avaliação, em 100% dos pacientes sem odor fétido. Já em relação prurido, desde a primeira avaliação e na última, nenhum paciente o apresentou.

Quanto a pele adjacente, a grande maioria dos pacientes, na primeira avaliação, apresentou pele ressecada (21,4%), macerada (42,9%), com eritema

(14,3%), fibrótica (14,3%) ou hipopigmentada (7,1%). Côrtes (2008) descreve que os primeiros sinais de sofrimento tecidual são dores, eritemas, edemas e o aumento da temperatura. Já na segunda avaliação percebemos que houve uma diminuição no aspecto da pele macerada (7,1%) e na pele com eritema (7,1%). Ao longo da terceira avaliação 85,7% já se encontravam com a pele hidratada e apenas 14,3% com pele adjacente fibrótica. Na última avaliação 14,3% apresentaram pele adjacente grau 'zero', significando dizer que o processo cicatricial já estava completo, e 85,7% apresentou pele hidratada.

Foi avaliada a intensidade da dor percebida pelo paciente com lesões de MMII obedecendo uma escala de dor com um escore de 0 a 10, onde na primeira avaliação 3 pacientes apresentaram escore de dor alta (10), com uma média de 9,14. Entretanto, no decorrer do tratamento observou-se uma diminuição desse nível de dor referida pelos pacientes. Verificamos que na quinta avaliação os escores de dor decaíram para uma média de 1,71, desta média, somente um paciente referiu o maior escore de dor, sendo este 3. Silva, Silva e Corrêa (2008) em seu estudo descreve que a ozonioterapia auxilia no alívio de dor e na ação anti-inflamatória.

No que tange a quantidade de exsudato, Martins (2008) descreve que com a proliferação bacteriana, abrem-se caminho para a invasão de tecidos viáveis, que estimulam uma resposta imune. Ocorre um aumento da produção de exsudato e diminuição do processo cicatricial. Esse quadro se caracteriza como infeccioso.

A quantidade de exsudato produzido pelas feridas pode ser classificado em: ausente, pouco, moderado ou muito. Em nossa primeira avaliação, 92,9% dos pacientes apresentavam grande quantidade de exsudato e 7,1% apresentava quantidade média. Já na segunda avaliação houve uma melhora significativa do quadro: 50% apresentavam grande quantidade, 42,9% média quantidade e 7,1% pouca quantidade. Ao longo da terceira e quarta avaliações as quantidades de exsudato foram diminuindo, acarretando, na quinta avaliação com 14,3% dos pacientes sem exsudato e 85,7% dos pacientes com pouca quantidade. Ressalta- se que a quantidade de exsudato diminuiu con-

sideravelmente ao longo das avaliações, registrando assim a efetividade do processo cicatricial e a efetividade da ozonioterapia.

Também foi avaliada a profundidade das lesões, classificada como cicatrizada, superficial, parcial ou profunda. Quanto à profundidade, todas as lesões eram superficiais no início do tratamento com a ozonioterapia, e estas permaneceram assim até a terceira avaliação. Na quarta avaliação, 7,1% dos pacientes já apresentavam profundidade zero (cicatrizada). Na última etapa, 14,3% já apresentavam a ferida totalmente cicatrizada. Foi realizado na primeira, terceira e quinta avaliações o teste do Swab nas lesões de cada paciente, a fim de investigar quais microrganismos estavam colonizados nestas, causando assim a formação do seu devido biofilme.

A tabela 2 nos mostra a frequência destes microrganismos nas lesões dos pacientes que realizaram a ozonioterapia e o balanço comparativo entre a primeira avaliação e quinta avaliação. Segundo Menoita et al ⁽²⁰¹²⁾ os biofilmes, em sua composição, apresentam uma grande variabilidade de espécies de microrganismos, sendo encontrados com mais frequência as microalgas, fungos, protozoários, bactérias e vírus, entretanto, devido as propriedades de resistência, tamanhos reduzidos, elevadas taxas de reprodução, grande capacidade de adaptação e de produção de substâncias e estruturas extracelulares que as protegem do meio circundante e maior versatilidade as bactérias são os microrganismos que predominam e são consideradas agentes microbiológicos excelentes na produção de biofilme. Fato comprovado que foi verificado no resultado da coleta do *Swab* das lesões com biofilme dos pacientes desta pesquisa.

Percebemos que na primeira avaliação todos os pacientes apresentaram microrganismos em suas lesões, e também os pacientes que apresentava duas lesões mostravam as mesmas bactérias em ambas. Martins (2008) apud Bowler et al., (2001); Bowler (2003) afirma que feridas crônicas comumente são contaminadas por bactérias proveniente da pele. Dentre as espécies frequentemente encontradas, temos: Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosas, Proteus vulgaris, Proteus mirabilis, Citrobacter sp., Streptococcus hemoliticus do grupo A, B, C e G, Escherichia coli, Klebisiella sp., diferentes espécies de anaeróbios e raramente, fungos, como Cândida sp. Com os resultados do Swab, coletado a partir das lesões dos pacientes da Colônia do Prata, nota-se que são, em sua totalidade, bactérias gram negativas com uma maior frequência de Pseudomonas aeroginosa.

Ao compararmos a primeira avaliação com a quinta avaliação, percebemos que apenas quatro lesões de dois pacientes persistiram com a presença de bactérias, entretanto, a maioria dos pacientes revelou estar ausente 22

de microrganismos em suas úlceras. Estudos realizados na Itália e em Cuba demonstraram importante atividade antimicrobiana do óleo ozonizado, possivelmente pela sua ação tóxica sobre proteínas de membrana das bactérias, embora, sem relatos de toxicidade generalizada sobre as células do tecido humano. *Micobactérias*, *Staphylococcus*, *Enterococcus*, *Pseudomonas* e *Escherichia coli* mostraram-se sensíveis ao óleo ozonizado (OLIVEIRA, 2007). O mesmo autor descreve que o ozônio é um gás com ação virucida, bactericida e fungicida, e sua aplicação tópica pode ser feita em todas as feridas de difícil cicatrização. Fazendo o comparativo entre essas duas avaliações observa-se que é significativo a ação do ozônio como atuante antisséptico de lesões com presença de biofilme. Sendo assim, o comparativo dessas duas avalições nos dá como retorno um p-valor de 0,0020 estatisticamente significativos, quando defrontado nesses dois períodos.

O resultado obtido nesta pesquisa confirma a assertiva de Oliveira (2007) quando ele discursa sobre a administração do ozônio em condições terapêuticas controladas. Ele afirma que o organismo humano não reconhece o gás como estranho ao mesmo, mas sim como complementar a um mecanismo de proteção que lhe é peculiar na ativação de anticorpos, que produz resposta imunológica contra microrganismos patogênicos.

CONCLUSÃO

Concluímos que a presente pesquisa se mostrou relevante em seus resultados, conseguindo alcançar os objetivos do estudo outrora traçados. A partir da análise dos resultados do protocolo III conseguiu-se avaliar o grau de comprometimento das ulceras hansênicas que os pacientes da Colônia do Prata apresentavam, onde todos os pacientes exibiam biofilme em suas lesões, o que era um fator predisponente para um aumento no tempo de cicatrização dessas feridas. Porém, com a intervenção terapêutica sob a aplicação tópica da ozonioterapia nessas úlceras, o tempo de cicatrização diminuiu substancialmente, e pode-se observar que antes mesmo do final das cinco avaliações a grande maioria das úlceras de alguns pacientes já estavam com o processo de cicatrização quase completo; Podemos confirmar, concomitante com o referencial teórico, que a frequência de microrganismos presentes em um biofilme trata-se, em sua maioria, de bactérias, e de acordo com o objetivo "Identificar a prevalência dos tipos de microorganismos presentes nas úlceras hansênicas" a partir da coleta do Swab constatamos a frequência de pelo menos cinco espécies de bactérias presentes nas úlceras hansênicas sob forma de biofilme. Todavia, ao passo que o tratamento seguia o seu curso o biofilme presente nas lesões foram decaindo de forma gradual, confirmando assim a ação bactericida do ozônio, como também o seu comportamento de prevenção da formação de biofilme, uma vez que eliminadas o biofilme das lesões, nos pacientes que tiveram os microrganismos suprimidos, não houve seu regresso.

Sendo assim, o presente estudo obteve êxito em suas etapas e conseguiu atingir o seu objetivo geral, afirmando que a ozonioterapia se mostra efetiva na ação antimicrobiana do decréscimo do biofilme em úlceras hansênicas.

REFERÊNCIAS

ABOZ. Associação Brasileira de Ozonioterapia. Disponível em http://www.aboz.com.br. Acesso em 15/06/2014.

BARATA, R. et al. **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

BROWNE, S. G. Lepra na Bíblia: estigma e realidade. Minas Gerais: Ultimato, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de controle de incapacidades**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CÔRTES, S. M. S. **Avaliação da cicatrização estimulada por aceleradores, em pacientes adultos com hanseníase, portadores de úlceras plantares.** 2008. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2008.

FLEURY R.N. **Patologia e manifestações viscerais**. In: Opromolla DVA. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Reynaldo Quagliato; 2000.

.LYON, S; GROSSI, M, A, F. Hanseníase. Rio de Janeiro: Med Book, 2013.

MARTINS, M.A. Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendido em unidades básicas de saúde em Goiânia. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2008. 143 f. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

MENOITA, E. et al. **Biofilmes: conhecer a entidade**. **Journal of anging and inovation**, v. 1, n. 2, p. 23-32, 2012.

OLIVEIRA, E. F.; AZULAY, D. R.; AZULALY, D.R. **Dermatologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006: 187-214.

OLIVEIRA, L. M. N. Utilização do ozônio através do aparelho de alta frequência no tratamento da úlcera por pressão. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 9, n. 30, 2011.

OLIVEIRA, J.T. C. Revisão sistemática de literatura sobre o uso terapêutico do ozônio em feridas. Dissertação (Mestrado em Saúde do Idoso). 2007. 255 f. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SAMPAIO, S.A.P.; RIVITTI, E.A. **Dermatologia: Afecções ulcerosas.** São Paulo: Artes Médicas, 2007.

MÉTODOS DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UM USUÁRIO DO CENTRO ESCOLA DO MARCO (CSE): UMA ABORDAGEM TRANSCULTURAL

Ana Júlia Góes Maués; Eduarda Barbosa Evangelista de Sousa; Hanna Ariane Monteiro Carrera; Jéssica Maria Lins da Silva; Victória Lima Mendes Leite; Lidiane Assunção de Vasconcelos; Margarete Feio Boulhosa; Tatiana Menezes Noronha Panzetti.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial é uma doença clínica multifatorial, caracterizada por apresentar elevados níveis de pressão nos vasos sanguíneos arteriais. No Brasil, a doença está presente em 20 milhões de brasileiros, criando um grande desafio para o profissional de saúde no controle da hipertensão, visto que o ser humano sofre a influência da cultura em que está inserido, bem como exposto por Madeleine Leininger em sua Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado. OBJETIVO: Proporcionar a um usuário de um Centro de Saúde, que apresenta hipertensão, uma reflexão sobre a influência dos hábitos e costumes no controle da hipertensão arterial. METODOLOGIA: Foi aplicado um instrumento de coleta de dados durante a consulta de enfermagem a um cliente com hipertensão arterial, em um Centro Saúde Escola do Marco (CSE), onde foram encontrados alguns pontos-chaves, sendo eles: Alimentação Inadequada, Hiperatividade, Sobrepeso e Utilização inadequada da medicação. A partir disso, foi confeccionado pela equipe um Caderno de Atenção Básica que teve como temática a Hipertensão Arterial Sistêmica e abordava alguns métodos de controle da hipertensão. RESULTADOS: A partir da realização da ação, o usuário relatou que entendeu a importância das orientações e que fará o possível para por elas em prática no seu dia a dia, principalmente em relação à distribuição de exercícios. Além disso, também se mostrou muito agradecido a equipe pela criação do caderno voltado a ele. Com a finalização da tarefa, foi notada uma adesão muito grande por parte do usuário, que inclusive mencionou que levará as informações para sua família. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Portanto, é notório que a reflexão do cuidado, baseado na cultura, é importante para que a equipe de enfermagem construa métodos de assistência atendendo a necessidade do paciente, ainda em nível de atenção primária.

DESCRITORES: Transcultural. Hipertensão. Controle.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.26-50

INTRODUCTION: Hypertension is a multifactorial clinical disease characterized by high levels of pressure in the arterial blood vessels. In Brazil, the disease is present in 20 million Brazilians, creating a great challenge for the health professional in the control of hypertension, since the human being suffers the influence of the culture in which it is inserted, as well as exposed by Madeleine Leininger in his Theory of Diversity and Cultural Universality of Care.. OBJECTIVE: The purpose of this study was to provide a user of a Health Center, which presents hypertension, with a reflection on the influence of habits and customs on the control of arterial hypertension. METHOD: A data collection instrument was applied during the nursing visit to a client with arterial hypertension, in a Health Center School of the Marco (CSE), where some key points were found, such as: Inadequate Feeding, Hyperactivity, Overweight and Usage medication. From this, a Basic Attention Book was prepared by the team that had the theme of Systemic Arterial Hypertension and addressed some methods of controlling hypertension. RESULTS: From the implementation of the action, the user reported that he understood the importance of the guidelines and that he will do his best to put them into practice in his daily life, especially in relation to the distribution of exercises. In addition, he was also very grateful to the team for the creation of the notebook aimed at him. With the completion of the task, it was noticed a very great adhesion on the part of the user, who even mentioned that it will take the information to his family. FINAL CONSIDERATIONS: Therefore, it is well known that the reflection of care, based on culture, is important for the nursing team to construct methods of care that meet the needs of the patient, even at the primary care level.

KEYWORDS: Transcultural, Hypertension, Control.

27

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevados e sustentados níveis de Pressão Arterial. Associada frequentemente as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo, como: coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento de risco para problemas cardiovasculares (TOLEDO, 2007; FAULC et al, 2018; MALACHIAS, 2010)

Segundo Mendes (2011) a Hipertensão Arterial (HA) é um sério problema de saúde pública no Brasil, atingindo por volta de 20% da população adulta, 5% da população jovem e 58% da população idosa (mais de 65 anos). Isso significa que existem, aproximadamente, cerca de 20 milhões de portadores de hipertensão no país.

É importante ressaltar que de acordo com uma pesquisa realizada em 27 capitais do Brasil, pela Secretaria de Vigilância da Saúde, constatou-se que cerca de 24,3% da população brasileira apresenta conhecimento sobre o diagnóstico da Hipertensão Arterial, sendo maior em mulheres do que em homens (BRASIL, 2017). Diante disso, cria-se um desafio para o profissional da saúde acerca do controle da evolução dessa doença, pois muitos usuários possuem um déficit de conhecimento sobre a sua patologia e com isso, acabam apresentando hábitos de vida que agravam mais ainda o quadro da mesma.

Numa perspectiva antropológica e sociológica, se evidencia que o pensamento individual acabar por receber forte influência do grupo pelo o qual o indivíduo se insere. O indivíduo acaba se autodeterminando conforme a cultura em que se insere, partilhando valores inerentes a visão de mundo, a religião, a língua, etc. Diante disso, se torna necessário que o profissional de saúde saiba lidar com as diferentes culturas, de modo responsável e com respeito (MULLER,ARAUJO, & BONILHA, 2007). A teoria transcultural, consubstanciada no pensamento de Madeleine Leininger (1950), por meio de um estudo comparativo analisa as culturas e as subculturas e tem por objetivo descobrir fatos culturais que sejam relevantes para guiar a(o) enfermeira(o) no momento em que irá fornecer um cuidado apropriado; observando a cultura individual de cada paciente (CATOLICO & LENART, 2011).

A reflexão do cuidado, baseado na cultura, é importante para que a equipe multiprofissional construa métodos de assistência atendendo a necessidade do paciente, ainda em nível de atenção primária. Diante disso, se levará em consideração o estilo de vida do usuário, a diversidade do cuidado e os comportamentos de cuidados culturais, decidindo junto com o cliente quais cuidados são adequados, mutáveis ou negociáveis.

Proporcionar a um usuário de um Centro de Saúde, que apresenta hipertensão, uma reflexão sobre a influência dos hábitos e costumes no controle da hipertensão arterial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Conhecer os hábitos e costumes do paciente.

Evidenciar medidas de prevenção e controle dos agravos à saúde do paciente portador de hipertensão.

Estimular hábitos saudáveis relacionados à alimentação e estilo de vida.

Gerar empoderamento através do conhecimento para o usuário visando torná-lo um sujeito autônomo para realizar um autocuidado eficiente.

REFERENCIAL TEÓRICO

Teorias de enfermagem são guias extremamente importantes e auxiliam os profissionais a criar, testar e aperfeiçoar um corpo específico de conhecimento, bem como a facilitar a compreensão das ações, dos objetivos e dos propósitos da prática, da educação e da pesquisa. Assim sendo, o foco principal das teorias tem sido a definição da essência da enfermagem e de suas principais características. Inserido nesta perspectiva, tem havido, nos últimos trinta anos, um esforço no sentido de ampliação e consolidação da área da enfermagem transcultural (GUALDA, 1992).

A enfermagem transcultural, para LEININGER (1978), tem como foco o estudo da análise comparativa de diferentes culturas ou subcultures, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado em geral, ao cuidado de enfermagem, assim como aos valores, crenças e padrões de comportamento relacionados a saúde e doença. O objetivo é desenvolver um corpo de conhecimento científico e humanizado, capaz de possibilitar a prática do cuidado de enfermagem universal e culturalmente específico; afirma, ainda, que o objetivo da enfermagem transcultural vai além da apreciação de culturas diferentes, mas de tomar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada e operacionalizada. (GUALDA, 1992).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), (2013), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) contribui para a elevação do número de doenças cardiovasculares, insuficiência renal, morte precoce e incapacidade. Afetando desproporcionalmente populações de baixa e média renda onde os sistemas de saúde são enfraquecidos e/ou deficientes.

29

Nesse aspecto do adoecimento, o indivíduo é entendido em seu processo singular e contraditório. Isso quer dizer que no momento do diagnóstico da doença, os sentidos subjetivos do indivíduo se organizam de tal forma que não são compreendidos apenas pelo adoecimento em si, mas também por toda sua experiência de viver. A subjetividade individual tem relação com a subjetividade social, ou seja, por discursos, representações sociais e outras práticas da sociedade. (Mori & Rey, 2012).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tendo como referencial teórico a Teoria Transcultural de Enfermagem, também denominada Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, de Madeleine Leininger (George, 2000). Assim como, a Metodologia da Problematização, fundamentada no arco de Marguerez, o qual é composto de cinco etapas, sendo essas: Observação da Realidade, Levantamento de pontos chaves, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação da Realidade.

A localidade escolhida para a realização da Atividade integrada em Saúde foi o Centro Saúde Escola do Marco (CSE), localizada no bairro do Marco, município de Belém, Estado do Pará. A atividade contou com a participação de um usuário, acadêmicas de enfermagem e uma docente.

A ação foi realizada em cinco etapas, sendo a primeira etapa fundamentada na observação da realidade. Esta fase foi concretizada dentro do Centro Saúde Escola do Marco (CSE), onde foi realizada uma conversa e a aplicação de um instrumento de coleta de dados em um dos usuários hipertensos presentes no local, o qual continha alguns dados a serem preenchidos pelo usuário (Anexo I), com a finalidade de analisar a situação em que o paciente se encontrava, assim como conhecer um pouco dos seus hábitos e costumes.

A segunda etapa do arco, ou seja, o levantamento dos pontos chaves, foi realizada durante uma reunião entres as acadêmicas e a docente, na qual foi abordado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e foram dadas orientações sobre como preencher uma matriz de planejamento. A partir disso e dos dados coletados pelo instrumento de coleta de dados que foi aplicado na etapa anterior, as discentes realizaram uma seleção de nós críticos, sendo eles: Alimentação Inadequada, Hiperatividade, Sobrepeso, assim como a utilização da medicação de forma incorreta.

Na terceira etapa, a qual corresponde a Teorização, ou seja, a aquisição de um suporte teórico-científico que faça ponte entre o conhecimento empírico e a realidade, as acadêmicas buscaram por artigos que se relacionassem tanto a teoria transcultural e a forma como ela se encaixava dentro do

contexto e ambiente em que o usuário vive, como também procuraram por artigos e livros que abordassem a temática da Hipertensão.

A quarta etapa, corresponde as Hipóteses de Solução, isto é, a elaboração de alternativas viáveis para solucionar ou minimizar os problemas identificados, de uma forma crítica e criativa. Nesta etapa, a equipe por meio de reuniões e pesquisas optou por trabalhar com a confecção de um Caderno de Atenção Básica (Apêndice I), o qual teve como temática a Hipertensão Arterial Sistêmica, abordando os nós que foram evidenciados pelas acadêmicas, sendo este destinado para o usuário entrevistado, de uma forma que abordasse problemas universais de todo paciente hipertenso. A estrutura do caderno se inicia com o conceito de Hipertensão Arterial de forma simples e de fácil entendimento, para a assimilação dos mesmos. Em seguida dispõe de uma tabela disponibilizada pela campanha do Ministério da Saúde denominada "Sou I2 por 8", a qual mostra os parâmetros normais e alterados da Pressão Arterial e permite que sempre que o paciente aferir sua pressão com o profissional, possa comparar o resultado dentro da tabela.

Posteriormente, seria abordado o nó crítico referente à alimentação inadequada do usuário, sendo informada a importância de se manter uma alimentação saudável para o controle da Pressão Arterial, bem como alguns alimentos que são ricos em sódio e que precisam ser evitados pelo paciente. Em seguida, com a intenção de abordar a questão transcultural e respeitar a cultura do próprio paciente, foram colocadas algumas sugestões de chás que são considerados bons para o controle da doença, entretanto, sempre alertando ao paciente que antes de colocar os chás dentro de sua alimentação, consultasse um profissional de saúde e verificasse.

Em subsequente, o enfoque ao nó crítico referente ao Sobrepeso, abordando a importância de se manter um peso ideal, visto que variações no peso promovem alteração da PA, assim como uma tabela que apresentasse os dez passos ideais para a manutenção de um peso saudável. Dentro dessa mesma tabela a equipe abordaria também o nó crítico referente à Hiperatividade do paciente, deixando claro para o mesmo que um exagero de atividades físicas também é um fator que aumenta os níveis de PA.

Por fim, o caderno aborda também a importância de se realizar uma medicação de forma adequada, visto que foi uma das problemáticas evidenciada na entrevista com o paciente. Junto a isso, seria colocada uma tabela para ser preenchida pelo próprio usuário, a qual tem as informações sobre suas atuais medicações, com o intuito de deixar as informações necessárias ao alcance do usuário.

Completando o Arco de Maguerez, a quinta e última etapa consistiu na aplicação à realidade, onde foi utilizado todo o conhecimento absorvido no decorrer do estudo. Nessa fase as discentes retornaram ao Centro Saúde Escola do Marco (CSE) ao usuário em questão e apresentaram o caderno confeccionado pelas acadêmicas, a partir dos dados obtidos inicialmente. Nesse momento ocorreu a orientação inicial acerca de todos os elementos do caderno citados na etapa anterior e posteriormente lhe foi entregue o instrumento para que tivesse acesso sempre que precisasse lembrar de alguma orientação.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Durante a realização das etapas do Arco de Maguerez foram obtidos resultados acerca da saúde do usuário, focando em seus hábitos e costumes. Como resultado encontrou-se, como principais fatores causadores da desregulação da hipertensão do paciente, a alimentação inadequada, posto que o mesmo relatou a ingestão frequente de grandes quantidades de carboidratos em suas refeições diárias e o uso incorreto das medicações prescritas, que estavam sendo feitas em dosagens e horários inadequados, além do fato do usuário relatar que muitas vezes compartilhou o uso da medicação com terceiros.

Além disso, percebeu-se a partir das medidas antropométricas que o paciente apresentava sobrepeso, com IMC igual a 29,04, e que o mesmo estava praticando atividades físicas em excesso, informando realizar três horas diárias de caminhada, fator que também pode alterar negativamente a pressão arterial quando realizado de forma indiscriminada.

A partir da primeira ligação para marcar o encontro, o usuário se mostrou contente pelo retorno do grupo, assim como entusiasmado pelas orientações que receberia posteriormente. No dia da ação, inicialmente foi possível identificar que o usuário se encontrava ansioso, posto que o mesmo chegou ao Centro de Saúde antes do horário previsto.

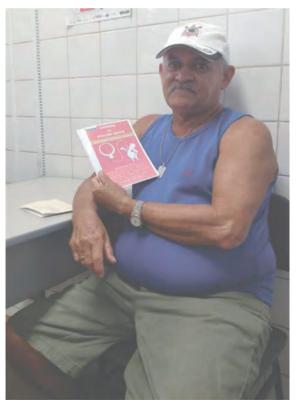
No momento da entrega do caderno (imagem I) o usuário se mostrou curioso com o conteúdo. Durante a orientação sobre o caderno, o indivíduo mostrou-se inicialmente retraído e inflexível com as sugestões dadas pelo grupo, pois relatava que não existiam problemas a serem identificados. Com o passar das explicações (imagem 2) sobre as dúvidas que foram surgindo, o usuário passou a interagir mais com o grupo e se mostrar mais aberto às intervenções sugeridas, dentre elas, uma alimentação balanceada, com a diminuição do consumo de sódio e carboidratos em excesso; uso correto das medicações, com dosagens e horários adequados; duração ideal da prática de exercícios físicos, que não devem ultrapassar trinta minutos diários; e, con-

trole do peso através das medidas citadas acima.

Ele relatou que entendeu a importância das orientações e que fará o possível para por elas em prática no seu dia a dia, principalmente em relação à distribuição de exercícios, ao controle da alimentação, a conduta antes de dormir, que anteriormente era feita logo após as refeições, além de ter informado a equipe que procurará orientação médica para rever a necessidade do uso das medicações. Além disso, também se mostrou muito agradecido a equipe pela criação do caderno voltado a ele, tanto que sugeriu uma fotos com todas as acadêmicas para registrar o momento (imagem 3). Com a finalização da tarefa, foi notada uma adesão muito grande por parte do usuário, que inclusive mencionou que levará as informações para sua família, uma vez que sua mãe também é hipertensa.

A partir dos resultados obtidos com esta ação foi possível melhorar o entendimento do usuário acerca de sua patologia, bem como incentivá-lo a estabelecer hábitos saudáveis em seu cotidiano, contribuindo assim para um autocuidado eficiente.

Imagem I: Entrega do caderno.



Fonte: Autoria própria.

Imagem 2: Orientações sobre o caderno.



Fonte: Autoria própria.

Imagem 3: Acadêmicas e o usuário.



Fonte: Autoria própria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluídas todas as etapas, conseguimos findar nosso objetivo principal, ou seja, promover conhecimento a um usuário hipertenso sobre os métodos de controle da Hipertensão Arterial, respeitando os seus valores culturais. Portanto, é notório que o controle da hipertensão no âmbito da Atenção Básica é fundamental para promover uma maior qualidade de vida para o paciente hipertenso, pois além de ajudá-lo a estabelecer hábitos de vida mais saudáveis, sem precisar abrir mão de seus valores culturais, ele também gera autonomia no usuário, visando torná-lo um sujeito capaz de realizar um autocuidado eficiente.



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Catolico, O., &Lenart, J. (2011). **Health disparities and culturally competente care.** Em M. M. Heitkemper, L. Bucher, & I. M. Camera, *Medical – surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. St. Louis: Elsevier Mosby.

Fauci, Anthony S. et al. Harisson **Medicina Interna**. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2008.p. 1549-1562. (volume 2)

George JB. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. Rev. Esc. Enf. USP, v. 26, n. 1, p. 75-86, mar. 1992.

Helman CG. **Cultura saúde e doença**. 4.ed. Porto Alegre, Editora Artmed, 2000.

Malachias, Marcus V.B. Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Palavra do Presidente, Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.2-3, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: Organização Pan Americana da Saúde, 2011, 98 p.

Mori, V. D., & Rey, F. G. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática, 14*(3), pp. 140-152.

Müller, C. P., Araujo, V. E., & Bonilha, A. L. (2007). **Possibilidade de inserção do cuidado cultural nas práticas de humanização na atenção à saúde**. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, *9*(3), 858-865.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2013). **A Global Brief on Hypertension.**

TOLEDO, Melina Mafra. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma nova Ótica Para um velho Problema. Revista Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial.V.16 n.2, p.233-228, Abr-jun. 2007.

Anexo I

FICHA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM/ATENÇÃO BÁSICA.

I- Identificação:	DN -	N° Cart. SUS-
Nome-		
Área-	Micro-área-	N° Família-
II- Dados Sócio demográficos	e Econômico:	
Sexo:Estado civil:		
Naturalidade:		
Ocupação:	Escolaridade:	
Renda familiar:	()Quantos tr	rabalham com remuneração
Condições de moradia:		
Quantas pessoas moram na casa?	Possui fi	lhos?Quantos?
Animais de estimação:		
<u>Água ingerida</u>		
() Filtrada () Fervida () Água mineral co	mprada () Sem tratamento
() Várias vezes ao dia () Quan	t. Média de vezes () Poucas vezes ao dia
Saneamento básico:		
Quanto ao lixo: () Coleta seletiva	() Sem coleta sele	etiva () Recolhimento pública
() Queimado () Enterrado		
Quanto a rede esgoto destino:()	Pública () Biológica	a () Céu Aberto
Meios de transporte que utiliza:		
Meios de comunicação que utiliza:		
Convivência Familiar:		
() Dialogo () Comemorações ()	Conflitos () Lazer	
Como são realizados?		
III-Hábitos:		
Quantas refeições faz ao dia:		
Quais os alimentos você utiliza na	s suas refeições:	
Atividade física: Lo	ocomoção:	
Hábitos Evitaveis:		
() Etilismo ()Tabagismo () Ou	utros () Ex - usu	ário () Nunca usou
Frequência:		
Sexualidade:() Ativa () Esporád		

Numero de parceiros () Uso de preservativo ()Sim ()Não

VIII- Intervenção de Enfermagem: Queixa Principal –			
	e		
Doenças Pré –existentes / Antecedentes mórbidos	s familiar	es-	
História Atual –			
Exame Físico -			
PA: x mmHg P: bpm T: °C			
AC: AP:			
Peso: kg Altura: m IMC:			
	Belém,	1	/ 2018
Assinatura do Acadêmico		-	
/ issinatura do / teaderines			

Apêndice I



HIPERTENÇÃO ARTERIAL SISTÊMICA



DISCENTES:

ANAJÚLIA GÓES MAUÉS EDUARDAB. E, SOUZA HANNA A. M. CARRERA VICTÓRIA LIMA M. LEITE JÉSSICAMARIA LINS ORIENTADORA: LIDIANE VASCONCELOS



O QUE DEVEMOS SABER SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL



A HIPERTENSÃO ATERIAL É UMA DOENÇA TAMBÉM CONHECIDA COMO PRESSÃO ALTA E, É UMA DAS PRINCIPAIS CAUSADORAS DA DOENÇA DO CORAÇÃO. NÃO TÉM CURA, MAS SE TRATADA, PODE SER CONTROLADA.

O TRATAMENTO DEVE SER FEITO POR TODA A VIDA.



A tabela disponibilizada pela campanha do Ministério da Saúde denominada "Sou 12 por 8", mostra os níveis ideais e ruins da Pressão Arterial, meça a sua pressão frequentemente com profissional e compare com a tabela abaixo:

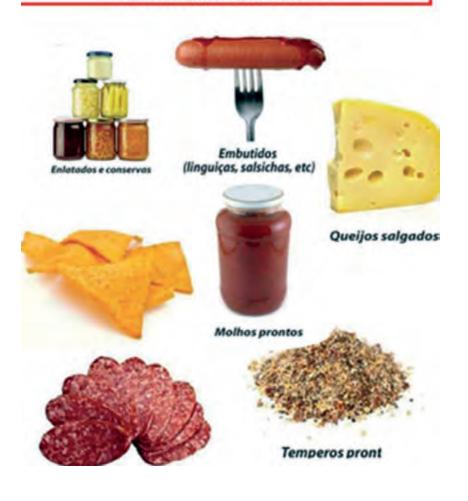
129
- 42
84

NORMA	LLIMITE	PROCURE UM MÉDICO	
130	139	140 ou MAIS	
85	89	90 ou MAIS	





Adotar uma alimentação saudável é fundamental para que se tenha um bom controle da Pressão Arterial. Abaixo estão alguns dos alimentos ricos em sódio que precisam ser evitados



ALIMENTAÇÃO E A hinestensão

Adotar uma alimentação saudável é fundamental para que se tenha um bom controle da Pressão Arterial. Abaixo estão alguns dos alimentos essenciais para o controle da PA.



OBS: DURANTE SUA ALIMENTAÇÃO TENTE SEMPRE MANTER ESSA PROPORÇÃO DE ALIMENTOS, OPTANDO SEMPRE POR UMA QUANTIDADE MAIOR DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS COMO AS FRUTAS E VERDURAS.

A QUESTÃO CULTURAL E O BENEFÍCIO DOS CHÁS

É importante ressaltar que algumas culturas fazem uso dos chás como modo de controle da Pressão Arterial.

Abaixo estão alguns dos mais utilizados:







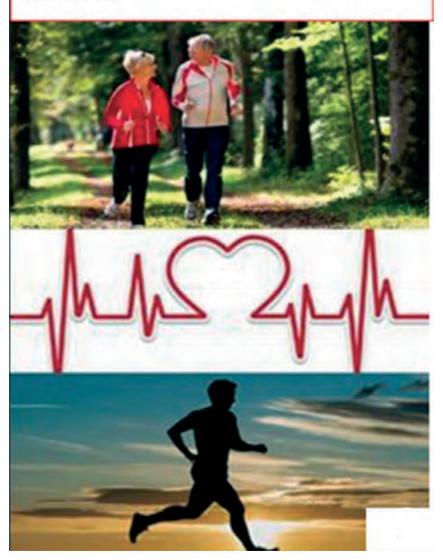
OBS: ALERTAMOS QUE VOCÊ SÓ DEVE USAR QUALQUER UM DESSES CHÁS DEPOIS DE CONSULTAR O SEU MÉDICO E VERIFICAR COM ELE SE A BEBIDA REALMENTE É INDICADA PARA O SEU CASO.

A IMPORTÂNCIA DE UM PESO IDEAL E OS DEZ PASSOS PARA A MANUTENÇÃO DO PESO SAUDÁVEL

Para manter um peso ideal é importante associar os exercícios com a alimentação, visto que variações bruscas no peso promovem alteração na PA.

COMA FRUTAS E VERDURAS VARIADAS	PELO MENOS 4X POR SEMANA		
EVITE ALIMENTOS GORDUROSOS	RETIRE A GORDURA APARENTE DOS ALIMENTOS		
NUNCA PULE REFEIÇÕES	MANTENHA UM HORÁRIO FIXO PARA A ALIMENTAÇÃO		
EVITE REFRIGERANTES E SALGADINHOS	FAÇA AS REFEIÇÕES COM CALMA		
PRATIQUE ATIVIDADES FÍSICAS SEM EXAGERO	30 MINUTOS DE ATIVIDADES DIÁRIAS É 0 SUFICIENTE		

OBS: NÃO É RECOMENDADO ULTRAPASSAR 30 MINUTOS DE ATIVIDADES FÍSICAS DIÁRIAS, UMA VEZ QUE A HIPERATIVIDADE TAMBÉM AUMENTA OS NÍVEIS DA PRESSÃO ARTERIAL.



A IMPORTÂNCIA DE SE REALIZAR UMA MEDICAÇÃO ADEQUADA

A medicação realizada de forma adequada, juntamente com a mudança de hábitos é fundamental na vida dos pacientes hipertensos, visto que esse conjunto promove uma maior qualidade de vida e consequente uma redução de riscos associados a hipertensão.



48

Não se esqueça do seu medicamento. Ele é parte fundamental para o seu tratamento. A tabela abaixo serve para que você anote e se lembre das informações necessárias.

HORÁRIO DE INGESTÃO	DOSAGEM	
1		
	HORÁRIO DE INGESTÃO	

AVISOS:

- NÃO SE AUTOMEDIQUE
- NÃO COMPARTILHE MEDICAMENTOS
- TOME OS MEDICAMENTOS NO HORÁRIO ADEQUADO COM A DOSAGEM QUE FOI PRESCRITA PELO MÉDICO

ATITUDES SIMPLES
PODEM LEVAR A
GRANDES
TRANSFORMAÇÕES.
SEJA VOCÊ A
MUDANÇA!
FAÇA ESCOLHAS
SAUDÁVEIS!





UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE MOWA® PARA AVALIAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO – IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Margarete Carréra Bittencourt^{1,} Marília Brasil Xavier², Anny Nayara Barros Garcia³, Flávia Renata Neves Costa⁴

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros exercem importante papel no tratamento das lesões cutâneas e devem refletir sobre a sua prática em busca de novos conhecimentos. Essa prática, ao longo dos anos, passa por profundas transformações, desafiando o conhecimento técnico-científico dos enfermeiros. Porém, muitas vezes, eles ainda encontram dificuldades para identificar a fase correta da cicatrização e confundem as características normais e anormais associadas a esse processo (FIGUEREDO, 2002).

Avaliar uma ferida pode ocasionar interpretações variadas devido a sua diversidade quanto à natureza, forma e localização, além da percepção própria de cada enfermeiro, tendo em vista a diferença de conhecimentos que existe entre os profissionais que realizam essa prática. Uma mesma ferida pode ser avaliada e ter diferentes registros, podendo gerar interpretações divergentes ou conflitantes. Para garantir a confiança interobservadores, faz-se necessário que o parecer de um profissional coincida com o de seus colegas. Essa confiabilidade pode ser garantida por meio de instrumentos precisos, com padrões e critérios definidos (HEALEY, 1997). Dentre eles a localização anatômica, tamanho da lesão, cor, tipo de tecido lesado e sua extensão, presença de corpos estranhos, fístulas, túneis e cistos, condição da pele ao redor e característica do exsudado.

A avaliação e medição de feridas é um componente essencial para o acompanhamento eficaz e pode proporcionar informação sobre o diagnóstico, guiar escolhas de tratamento e fornecer capacidade de monitorizar o progresso da cicatrização (Moffat, 2007) e fornece dados quanto ao sucesso do tratamento de ganhos em saúde (BARANOSKI, & Ayello, E.A. 2006).

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.51-56

¹ Docente da Universidade do Estado do Pará, Doutora do Programa de Pós-graduação de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, UFPA, Brasil (margaretecb@gmail.com).

² Médica, especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e em Infectologia pela Sociedade Brasileira de Infectologia e possui especialização em Saúde Coletiva. É mestre em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários e doutora em Neurociências e Biologia Celular.

³ Enfermeira da Fundação Hospital de Clinicas Gaspar Viana.

⁴ Graduanda do 3° semestre da Escola de Enfermagem Magalhães Barata da Universidade do Estado do Pará /UEPA.

São força de evidência C, segundo as guidelines de tratamento de úlcera de pressão da EPUAP-NPUAP nos métodos de monitorização de feridas considerar a documentação fotográfica e a utilização de dispositivos eletrônicos para colheita de dados. No sentido de introduzir na nossa prática novos métodos para monitorização de feridas, foi analisado o MOWA® (Mobile Wound Analyser) que é uma solução de software móvel para a gestão de úlceras de pressão, um aplicativo para smartphones e tablets que utiliza como forma de medição a planimetria com fotografia digital.

Medir e registrar o tamanho da ferida é importante para ajudar a equipe de saúde a tomarem decisões. Estas decisões conduzem a intervenções mais adequadas no tratamento das feridas. A medida da ferida fornece informação útil e válida desde que a consistência do método e a documentação sejam seguidas.

O software MOWA® é um aplicativo para iPhone ou superior e ainda para smartphones e tablets com Android OS. Este software tira fotografias da úlcera de pressão e analisa-as ou pode recorrer a outras fotografias tiradas anteriormente, identifica tipos de tecidos (necrose, fibrina e granulação) e calcula a área a partir das dimensões (em cm). Este software foi criado com o objetivo de apoiar os profissionais de saúde na análise e tratamento de úlceras por pressão e fornecer uma ferramenta para arquivar fotografias. Possui vantagens por ser fácil utilização, registro claro e permanente do progresso da cicatrização, evita o contato com a pele do paciente, permite a avaliação por planimetria, preciso no cálculo da área da ferida e capaz de calcular a úlcera por pressão de 2 mm a 300 mm de largura, permite a telemedicina e fornece o nome genérico de produtos para uso da ferida. Como desvantagem ele requer a compra do aplicativo, a ferida deve estar completamente no ângulo visual da câmera, identificação de tecidos no leito da ferida (necrótico, granulação, fibrina) é influenciada pela qualidade da fotografia, não avalia a pele circundante da lesão. Deste modo, objetivou-se sensibilizar para a importância da monitorização objetiva da ferida; conhecer a utilização de novos dispositivos eletrônicos na avaliação das úlceras por pressão e apresentar a experiência com o aplicativo.

APRESENTAÇÃO DO CASO

O estudo foi realizado com um indivíduo do sexo masculino (Sr. X), 70 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica de longa data e diabetes mellitus não insulino dependente, ex-tabagista e etilista. Foi admitido em uma Instituição de referência do estado do Pará, com diagnostico médico de infarto agudo do miocárdio, sendo transferido para Unidade de Terapia Intensiva onde permaneceu por três meses evoluindo com úlcera por pressão em região sacrococcigeana, transtrocanteriana D, E e MIE, após melhora clínica foi transferido para Clínica cirúrgica da referida instituição.

Ao exame clínico a paciente se encontrava consciente e desorientado em tempo e espaço, não responsivo, febril, normotenso, normoesfigmo, eupnéico, crânio simétrico, couro cabeludo integro, higienizado, pavilhão auricular integro, acuidade auditiva preservada, conjuntivas hipocoradas, cavidade nasal apresentando secreções, cavidade oral com arcada dentária incompleta, apresentando língua saburrosa, ausência de gânglios infartados na região cervical. Tórax simétrico, ausculta cardíaca presença de bulhas cardíacas normofonéticas em 2t, ausculta pulmonar com presença de murmúrios vesiculares, abdome plano, com presença de ruídos hidroaéreos. Presença de úlceras por pressão grau III e IV nas regiões transtrocanteriana D e E (Fig. I e Fig. 2), sacrococcigeana (Fig.3) e tornozelo E (Fig.4) com presença de necrose na extensão das lesões, esfacelo com drenagem de secreção purulenta com odor fétido.



Fig. I – Aspecto da úlcera por pressão da região transtrocanteriana D



Fig. 2 - Aspecto da úlcera por pressão da região transtrocanteriana E



Fig. 3 - Aspecto da úlcera por pressão da região Sacrococcigiana .



Fig. 4 — Aspecto da úlcera por pressão do MIE

RESULTADOS.

Iniciou-se então avaliação inicial das lesões com o software MOWA® com apoio de fotografias retiradas no iPad. Após aquisição da imagem fotográfica há a criação de área da máscara que pode ser realizada a mão livre ou com ajuda de caneta para análise da lesão, depois de desenhar a máscara (Fig. I), o algoritmo especial criado especificamente para esta aplicação, calcula e identifica os tecidos presentes na imagem ferida por três cores o preto, amarelo e vermelho, as quantidades, expressas em percentagem dos tecidos reconhecidos em toda a área analisada, são classificados como: tecido necrosado (preto), tecido fibrinoso (amarelo) e tecido de granulação (vermelho) a percentagem de cor azul indica a quantidade de área de tecido não reconhecida de toda a máscara ou pode ser causado pela corrupção da imagem, efeitos de luz, reflexos flash (Fig. 2). Após a análise da área da lesão, pressione seta para frente e fará a especificação das características da lesão (exsudato, infecções, hemorragias, profundas), esses parâmetros devem ser definidos pelo operador profissional (Fig. 3); aperte adiante a seta para calcular a área real da lesão expressa em cm² (Fig. 4). Após a análise da área da lesão, pressione seta para frente e obterá a prescrição do tratamento e terapêutica, e a última etapa do processo para o tratamento terapêutico (Fig. 5); o processamento final dos dados com o resumo do relatório da análise de imagem com os conselhos de tratamento terapêutico serão salvos em um arquivo PDF, um documento garantindo a portabilidade do relatório.

AVALIAÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO DA REG. TRANSTROCANTERIANA D



máscara.



Figura I - Criação de área da Figura 2 - Identificação dos tecidos presentes





Figura 3 - Especificar as características Figura 4 - Análise da área da lesão. da lesão.

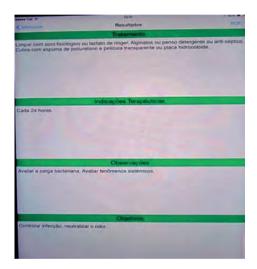


Figura 5 - obterá a prescrição do tra- Figura 6 - Final do processamento tamento e terapêutica.



dos dados - todas as informações necessárias (PDF).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os progressos registados nos últimos anos na gestão de feridas exigem dos profissionais de saúde uma atitude atenta e um esforço de atualização contínua. Tal como lembram Baranoski S. e Ayello E. (2010) cuidamos de pacientes num mundo de constantes mudanças, por isso são imperativos novos conhecimentos, nomeadamente no que concerne à avaliação e cicatrização de feridas e a incorporação, na nossa prática diária, de novas tecnologias que contribuam para a prestação de cuidados de qualidade.

Partindo desta premissa e a partir da nossa experiência entendemos que a utilização do software Mowa®, ainda que não seja isento de limitações, poderá funcionar como mais-valia, objetivando parâmetros fundamentais de monitorização de feridas e influenciando positivamente a qualidade dos cuidados prestados ao paciente com ferida.

REFERÊNCIAS

BARANOSKI, S., & Ayello, E. A. (2006). O essencial sobre o tratamento de feridas - Princípios Práticos. Loures: Lusodidacta.

BARANOSKI, Sharon., Ayello, EA. (2010). O essencial sobre o tratamento de ferida – princípios práticos. Leiria: Lusodidacta.

FIGUEREDO AM. Ética e cuidado: perspectivas do enfermeiro no tratamento das lesões cutâneas para o próximo milênio. Nursing (São Paulo). 2000; 3(22): 21-5.

HEALEY F. Classificação das úlceras de pressão II. Nursing (Lisboa). 1997; (109): 16-20

MOFFAT, C., Martin, R. & Smithdale, R. (2007). Leg Ulcer Management. Blackwell Publishing.

ACOLHIMENTO EM UM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DE BELÉM-PA: UMA EXPERIÊNCIA COLETIVA E DIALOGADA

Tamilis Feitosa Leal¹, Layse Viana Figueiredo Garcia², Maria de Fátima Pinheiro Carrera³, Dilma Fagundes de Souza⁴.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de realizar assistência em saúde, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. OBJETIVO: Elaborar propostas para a implementação do acolhimento em um Centro de Saúde Escola. **MÉTODO:** Foram realizados seis encontros com os trabalhadores de saúde, utilizando-se a metodologia problematizadora para a discussão dos temas e construção coletiva e dialogada de uma proposta de ação. Teve como cenário um Centro de Saúde Escola, no município de Belém, Pará. O período de coleta das informações foi nos meses de abril e maio de 2015. As falas gravadas com aparelho de gravação de voz, transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo segundo Bardin. RESULTADOS: Os participantes elaboraram estratégias para a implementação do acolhimento que envolve uma articulação com a Coordenação Estadual de Humanização, postura acolhedora do profissional, ambiência, cogestão e gestão participativa, acolhimento dos trabalhadores, e fortalecimento do ensino e serviço. CONCLUSÃO: Estes encontros consolidaram um grupo para dar continuidade no processo de implementação do acolhimento na unidade, através das propostas reais elaboradas por eles mesmos, que contemplam não só o Acolhimento, mas a criação de espaços de construção coletiva, despertando ações que sejam capazes de gerar transformações esperadas e desejadas, tornando-os protagonistas deste cenário.

Palavras-chave: Acolhimento. Humanização da Assistência. Atenção Primária à Saúde.

¹ Universidade Federal do Pará, Belém/PA, Brasil

² Universidade Federal do Pará, Belém/PA, Brasil

³ Universidade do Estado do Pará, Belém/PA, Brasil

⁴ Universidade do Estado do Pará. Belém/PA, Brasil

USER EMBRACEMENT IN A TEACHING HEALTH CENTER IN BELÉM-PA: AN COLLECTIVE EXPERIENCE AND DIALOGUED

ABSTRACT

INTRODUCTION: User embracement as a techno-assistance device allows to reflect and change the ways of performing health care, as it questions the clinical relationships in health work, attention and management models, and access relations to services. **OBJECTIVE:** To elaborate proposals for action to implement the host in a teaching health center. **METHODS:** Six meetings with health workers were conducted, using the investigative methodology for the discussion of issues and collective and dialogic construction of a proposed action. It took place at the Health Center Marco School in the city of Belém, Pará. The period of data collection was April and May 2015. The speeches were recorded with voice recording device, transcribed and analyzed through the analysis of thematic content according to Bardin. RE-SULTS: The participants developed strategies to implement the host involving a liaison with the State Coordination of Humanization, welcoming attitude of professional, ambience, co-management and participatory management, care workers, and strengthening the teaching and service. CONCLUSION: These meetings have consolidated a group to continue welcoming the deployment process in the unit through the actual proposals made by them, which include not only the Home, but creating spaces for collective construction, raising actions that are capable of generating transformations expected and desired, making them protagonists of this scenario.

Keywords: User Embracement, Humanization of Assistance. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O acolhimento é uma ferramenta capaz de operacionalizar os processos de trabalho em saúde, a fim de organizar a demanda nesses serviços, atendendo a todos que os procuram, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura acolhedora, escuta sensível, capaz de dar respostas mais adequadas aos usuários. Sugere prestar atendimento humanizado, com a responsabilidade de postura resolutiva para os problemas de saúde da população, não se resumindo a uma sala ou um local, mas uma postura ética que orienta o paciente e a família 1.2.3. A partir disso, este estudo, tem como objetivo elaborar propostas de ação para a implementação do acolhimento em um Centro de Saúde Escola.

MÉTODO

Foi desenvolvido com uma abordagem qualitativa⁴ descritiva com enfoque na pesquisa-ação⁵ em um Centro de Saúde Escola no Município de Belém-PA. Os participantes foram em média 14 trabalhadores. Dentre estes, 4 enfermeiros, 3 assistentes sociais, 2 técnicos de enfermagem, 1 agente em vigilância sanitária, 3 agentes administrativos, 1 professor de educação física.

Os dados foram coletados no período de abril e maio de 2015 através de seis Encontros Dialógicos. A análise dos resultados foi construída segundo a metodologia de análise de conteúdo de Bardin⁶. Constituíram o material para análise nesta pesquisa, os dados obtidos a partir de cada Encontro Dialógico, organizados em categorias.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da "Escola de Enfermagem Magalhães Barata" da Universidade do Estado do Pará e aprovado. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O estudo, que mostrou todo o trabalho coletivo e dialogado realizado com os participantes, teve como finalidade fundamental a elaboração de ações que futuramente pudessem ser desenvolvidas pelos trabalhadores com vistas a trazer transformações na ação de acolhimento desenvolvida no CSE Marco. Sendo assim, os encontros dialógicos foram a ação atual com perspectivas de ação transformadora no acolhimento dentro do CSE.

A partir dos encontros, surgiram estratégias de acolhimento, como pode ser observado na figura 1:



Figura 1: Estratégias para a implantação do Acolhimento.

DISCUSSÃO

Articulação do CSE Marco Com a CEH - SESPA

Surgiu como proposta, reunir com a Coordenação Estadual de Humanização (CEH) da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA), pensando na continuidade deste processo de implementação do acolhimento no CSE.A CEH sinalizou que para a implementação do acolhimento é essencial apresentar a Política Nacional de Humanização para todos os trabalhadores. Sendo assim, algumas propostas foram elencadas pela coordenação tais como: inclusão do CSE no colegiado de Unidades de Referência Especializada (URES) e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Curso de formação

de Educação Permanente módulo institucional e a criação do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). "O Grupo de Trabalho de Humanização tem o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários"¹³.

Ambiência

Um ponto altamente discutido pelos participantes foi a falta de informação que o usuário tem ao entrar na unidade, onde os setores e os serviços não são identificados, o que faz com que o usuário, muitas vezes, fique perdido na unidade, não proporcionando um ambiente acolhedor. A falta de sinalização no CSE foi apontada pelos trabalhadores, na fala a seguir:

Você não tem acesso [...] já viram alguma placa dizendo onde é o prédio da especialidade? não tem! Aí você diz pra eles ir no laboratório mas no laboratório está escrito posto de coleta e se a pessoa não souber o significado ela vai dar 20 voltas dentro da UEPA (...) então precisa de uma visibilidade do serviço, não tem sinalização nenhuma (Trabalhador de saúde 09).

A importância da sinalização é trabalhada pela PNH, que define ambiência como o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva. Tem como objetivo garantir fácil orientação e fluxo de deslocamento dos usuários entre as áreas e serviços; dispor de mobiliários confortáveis e colocados de forma a permitir a interação entre os usuários e destes com os profissionais, oferecer áreas externas que favoreçam o acesso, a espera e o descanso de acompanhantes e trabalhadores; favorecer o acolhimento ao visitante oferecendo espaços de escuta, recepção e orientação, entre outros objetivos.

Os serviços de saúde devem contemplar projetos de sinalização e placas de informação de toda ordem, que tenham linguagem clara e representativa, identificando os espaços e suas funções e também facilitar o acesso, através da estrutura física, que não exclua pessoas com deficiência visual ou que usem cadeiras de rodas ou muletas, ou ainda que não saibam ler. Essas sinalizações melhoram a visualização dos serviços e a qualidade do acesso¹⁴.

Por conseguinte, surgiu como proposta para sinalizar o CSE, placas com o nome dos setores, tanto no ambiente interno como externo da unidade. Os trabalhadores sugeriram algumas formas para sinalizar:

Eu acho que tem que ser alguma coisa que fique no meio do corredor, com uma corrente sei lá o quê, que aqui fique a placa SALA DE VACINA, a seta tá aqui, tá bem aqui a sala de vacina. A minha ideia é uma coisa central [...] (Trabalhador de saúde 02).

acho que as portas podem continuar com as identificações, se vai ser de papel, de metal (...) inclusive mudar o nome às vezes a gente usa muitos nomes técnicos que a gente sabe qual é o termo mas usuário (Trabalhador de saúde 11).

Algumas propostas surgiram como observadas nas falas dos Trabalhadores de saúde 02 e 11, os quais afirmam que precisa sinalizar os corredores com alguma placa que chame atenção, onde na mesma fique escrito o nome dos setores que estão presentes no corredor; é necessário continuar a identificação nas portas das salas, bem como verificar os nomes que são utilizados na identificação a fim de facilitar a leitura para o usuário.

Com relação ao ambiente externo os Trabalhadores de saúde 02, 05 e 11 dizem:

ai vai tá o bonecão de pet, uma mão indicando dermatologia outro posto de coleta (Trabalhador 02).

Porque o paciente se perde mais pra especialidade, com essa setas direcionando fica melhor (Trabalhador de saúde 05).

E aí nós temos ambientes internos, ambientes externos, como tem nas ruas aquela identificação das ruas como fica no canto dava pra gente pensar as vias [...] penso que o caminho é esse ai, a gente só precisa pensar qual o material, quais as instituições que a gente pode ta buscando parcerias (Trabalhador de saúde 11).

Essas propostas atendem à necessidade que a unidade de saúde tem no que diz respeito à ambiência. Nesse sentido, os trabalhadores perceberam que, para um bom acolhimento, é necessário proporcionar um ambiente seguro, acolhedor, que garanta fácil orientação e fluxo de deslocamento dos usuários entre as áreas e serviços.

O Trabalhador de saúde I I, afirma que a forma de sinalizar o CSE traz a "possibilidade de uma nova cultura de informação", proporcionando um impacto de modo positivo, pois a identificação do serviço vai estar presente para o usuário e o Trabalhador de saúde 06 sugere uma caixa de sugestões, como demonstrado na fala a seguir:

[...] e ela fique mais visível, já vai chamar atenção dos usuários, porque impacta, e aí é algo novo, é algo diferente, seja nas

cores, seja no material utilizado, impacta de modo positivo, a pessoa vai olhar e vai tá informatizado a questão do serviço (Trabalhador de saúde 11).

Acho que deveria ser caixa de sugestões/reclamações (Trabalhador de saúde 06).

Na busca de oferecer oportunidade aos usuários de contribuírem para as melhorias no CSE, surge a proposta da caixa de sugestões, sendo importante esse "feedback" para a equipe, estabelecendo novas práticas em saúde proporcionando uma avaliação do serviço, objetivando a satisfação dos usuários. É fundamental conhecer a avaliação dos usuários sobre o atendimento, para repensar as práticas profissionais e intervir sobre os modos de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento¹⁵.

Gestão Participativa/Cogestão

Os relatos dos participantes referem uma sobrecarga de reclamações na sala da direção do CSE, setor responsável por, na maioria das vezes, ouvir e atender essas reclamações, resultado de um cenário ainda problemático, com graves problemas de acesso e acolhimento. As falas a seguir ratificam essa sobrecarga:

[...] chega algumas coisas pra gente que a gente percebe que se o coordenador daquele setor tomasse a decisão de tentar resolver, resolveria a sobrecarga na direção (Trabalhador de saúde 01).

Alguns problemas podem ser resolvidos nos próprios setores, como não tem acolhimento correto, acaba ficando um fila na direção [...] muita gente quer falar com a diretora, mas tem coisa que pode ser resolvido pelo administrador, pelo enfermeiro do programa, porque sobrecarrega a direção também (Trabalhador de saúde 11).

A partir dessas falas, surge além do debate sobre a sobrecarga de reclamações na direção, os participantes relataram a importância de fortalecer o trabalho dos coordenadores dos serviços, visto que estes precisam buscar autonomia para a resolução dos problemas dos setores que coordenam. A partir disso surge a proposta de descentralização da gestão, pois a PNH possui como uma das diretrizes a gestão participativa/cogestão, cujo modelo de gestão é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente 16. A "Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos

nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo"^{17.}

Como experiência exitosa, um estudo realizado em uma Unidade de Saúde de Betim-MG, o impacto do acolhimento na gestão da unidade, mostrou que os profissionais adquiram capacidade de autoanálise, o que lhes deu a possibilidade de autogestão na organização do processo de trabalho^{18.}

Postura Acolhedora e Escuta Qualificada

Esta proposta foi amplamente discutida durante todos os encontros, em que foram trabalhados conceitos de acolhimento enquanto postura acolhedora e a necessidade da escuta qualificada. No entanto, o grupo sente a necessidade de ampliar o debate para todos os trabalhadores do CSE, concluindo que, se todos os trabalhadores participarem desse processo, o acolhimento poderá ser implantado. Portanto, é importante que todos os trabalhadores façam parte de espaços de discussão que promovem esse tipo de debate, objetivando uma reflexão e mudança de postura dos profissionais. Isto pode ser evidenciado a partir das falas a seguir:

Eu acho que no final disso, a gente quer a transformação, [...] eu acredito que a gente poderá ter uma mudança de postura[...]" (Trabalhador de saúde 02).

Seria bom se os colegas todos participassem, porque não adianta o paciente chegar aqui, eu vou trato ele bem, acolho e tudo, chega lá adiante com o colega nosso que não fez, não vai adiantar de nada. (Trabalhador de saúde 14).

[...] mas de alguma forma ele vai ter que se fazer presente pra ele poder ta envolvido nisso, porque também muitos são contrários, a gente escuta muito no setor lá, dizem que não vai dá certo. De alguma forma eles vão ter que ser cobrado pra estarem presente, porque a gente vai fazer o trabalho, mas a gente quer o apoio deles (Trabalhador de saúde 05).

O Trabalhador de saúde 02 acredita que após as discussões dos encontros, os participantes poderão desenvolver uma mudança de postura, valorizando o ouvir, tornando o CSE um ambiente mais acolhedor. No entanto, os Trabalhadores de saúde 14 e 05 advertem para importância de contemplar os demais trabalhadores que não participaram do processo, visto que muitos não acreditam que essas mudanças possam vir a transformar a realidade do CSE. Portanto, não há como fazer acolhimento, atendimento, consulta qualificada, se você não tiver tempo para ouvir e chance de poder sentar e olhar no outro⁷.

Acolhendo os Trabalhadores

Durante os encontros, os trabalhadores sentiram a necessidade de elaborar propostas de acolhimento aos trabalhadores, tendo em vista que a Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a Valorização do trabalho e do Trabalhador. Isto pode ser ratificado através da fala adiante:

[...] eu percebo que para que aconteça o acolhimento [...] a primeira coisa que deve ser feita é a valorização do servidor (Trabalhador 08).

Sendo assim, surgem propostas para se valorizar o trabalhador do CSE, tais como: incentivo às práticas em saúde, incentivo ao lazer, programa de saúde do trabalhador e potencialização da educação permanente em saúde.

O incentivo às práticas em saúde surge a partir do trabalho que o profissional de educação física do CSE vem proporcionando aos trabalhadores de saúde, através de caminhadas, ginástica aeróbica, entre outras atividades. Ele tem se destacado por ser o único responsável e por já ter iniciado uma atividade voltada para a valorização do trabalhador, onde seu trabalho é em conjunto com outros profissionais que o ajudam nesse processo.

E ai eu tô começando a perceber mais com relação a minha função e a proposta que eu venho desenvolvendo, que as práticas corporais que mostra a valorização do servidor, que é uma coisa que nós já fizemos inclusive, caminhadas, a gente já começou [...] Já tem uma proposta de ginástica aeróbica como prática para a vivência do servidor para combater e impedir os agravos relacionados aos problemas cardiovasculares [...]" (Trabalhador de saúde 11).

Nós estamos aí na luta no termo de proporcionar aos servidores, momentos de atividades físicas, e junto com outras concepções, outros conceitos que ele implementa, se coloca, se posiciona no momento da atividade (Trabalhador de saúde 10).

As práticas corporais no ambiente de trabalho caracterizam-se por um intenso dinamismo de extrema importância na socialização, na autonomia, e participação dos trabalhadores. Portanto, acreditamos que o trabalho que vem sendo desenvolvido pelo profissional de educação física no CSE, é de suma importância para propiciar ambiente de trabalho adequado para os trabalhadores, promovendo a saúde dos mesmos.

Durante o debate foi enfatizado a importância de divulgar e incentivar o trabalho que o Trabalhador de saúde I I vem desenvolvendo para todos os trabalhadores do CSE – pois muitos ainda não conhecem.

O incentivo ao lazer, além de ser trabalhado nos momentos das práticas corporais, é algo que os trabalhadores sentem a necessidade de se promover em mais espaços de descontração e interação como forma de acolher o trabalhador, tais como: café da manhã em datas comemorativas, aniversariantes do mês. O Trabalhador de saúde 09 afirma:

É um café da manhã, é o aniversariante do mês, isso tudo é acolhimento pra gente (Trabalhador de saúde 09).

Discutiu-se a questão de trabalhadores que faltam muito, e que o setor de Recursos Humanos verifica como está a frequência deles e que não se sabe o motivo dessas faltas. Então, surge como proposta o apoio psicológico voltado para o trabalhador do CSE, a fim de ouvi-lo e entender os problemas que os levam a faltar. O trabalhador de saúde 10 enfatiza como solução para esse problema a criação do Programa de Saúde do Trabalhador, pois é uma maneira de oferecer não só o apoio psicológico, como outros serviços de saúde, como amparo nos casos de acidente de trabalho e atualização da situação vacinal dos trabalhadores do CSE:

Porque na verdade se a gente tivesse na unidade o Programa de saúde do Trabalhador, isso já ia ser resolvido, porque inclusive ia ter o controle da saúde que o trabalhador tem, apesar de serem profissionais, muitos não têm vacina, pra onde encaminhar em caso de acidente de trabalho (Trabalhador de saúde 10).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) utiliza ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de serviço, sendo por si só uma prática aplicada ao trabalho que possibilita transformações nas relações, nos processos de trabalhos, nas condutas, nas atitudes, nos profissionais e até mesmo na equipe¹⁹. Essa necessidade tem sido contemplada com a proposta do Curso de Formação em Educação Permanente Módulo Institucional a ser desenvolvida junto à coordenação Estadual de Humanização.

Ensino e Serviço

As práticas do ensino e o serviço são espaços privilegiados para a transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde, pautados pelos valores do SUS. Mas é neles onde também se explicitam conflitos, dificuldades, estratégias e táticas desencadeadas para a ocupação de espaços na rede de cuidados que vai sendo configurada²⁰. Os participantes relataram as dificuldades que o CSE enfrenta para garantir a integração ensino e serviço, isto pode ser configurado a partir das falas dos Trabalhadores de saúde 07, 03, 09 e 02:

[...] muito professor afirma que vem, mas falta [...] (Trabalhador de saúde 07).

[...] o professor às vezes põe um aluno em cada sala. Essa semana aconteceu de um professor atender somente duas grávidas porque foi embora e deixou os alunos atendendo, mas se você não tirar ficha para o professor o professor vai lá na coordenação e disse que estão boicotando a prática dele (Trabalhador de saúde 09).

Uma coisa também que eu vejo muito em consulta de criança que a mãe fala "poxa mas o professor só assinou quem fez tudo foi o aluno" então isso deixa o medo de ter feito a conduta certa, então ele tem que acertar o que é deixam de ansiedade naquele paciente (Trabalhador de saúde 03).

[...] às vezes usuário não quer ser atendido pelos alunos, então eu entendo que é um direito dele, mas tem docentes que acham que não [...] (Trabalhador de saúde 02).

Algumas implicações da integração ensino e serviço foram apontadas, o Trabalhador de saúde 07 coloca que alguns professores não avisam quando faltam e o Trabalhador de saúde 09 relata que às vezes o professor não atende à demanda da unidade, se restringindo a consultar poucos usuários. O Trabalhador de saúde 03 diz que, por vezes, os usuários reclamam do atendimento do professor, pois nestes casos, o docente pouco intervém durante as consultas com os alunos, gerando ansiedade no usuário e desconfiança quanto à eficácia das consultas prestadas. Consoante a isso, o Trabalhador de saúde 02 fala que alguns usuários não querem ser atendidos pelo professor e alunos, sendo um direito do usuário e alguns profissionais não compreendem isso. Esses conflitos gerados através deste cenário trazem impacto nos processos de trabalho da equipe técnica do CSE, pois os mesmos, nessas situações mencionadas, estão na ponta do serviço e, logo, são responsáveis em dar uma resposta aos usuários.

A dinâmica de integração que de alguma maneira deveria ser colocada em prática, seria uma caminhada mutua entre as partes. Porém no serviço público de saúde o processo de trabalho tende a ser rotineiro e de alguma maneira pode vir a não proporcionar essa aproximação entre o serviço e o ensino²¹. As propostas dos participantes de mudança no ensino e serviço podem ser evidenciadas através das falas a seguir:

Mudar a concepção dos nossos servidores dos usuários e dos professores, aqui é uma rotatividade imensa de professores nós temos um problema seríssimo (Trabalhador de saúde 09). O próprio docente precisa trabalhar com os usuários, conver-

sar com a coordenação de estágio (Trabalhador de saúde 02).

"Nós somos uma unidade de saúde com a peculiaridade de ser um centro de saúde escola, mas ainda que ter cuidado para não cair na contramão do acolhimento porque quando o médico prioriza o estudante sendo que a prioridade é atender o usuário, e o ensino vai ter que se reorganizar, e a minha proposta é chamar direção para reorganizar"(Trabalhador de saúde 11).

Através das falas dos Trabalhadores de saúde 09, 02 e 11, nota-se o sentimento de inquietação a respeito do ensino/serviço, pois relatam o pouco retorno que o ensino tem apresentado ao cotidiano do CSE. Os trabalhadores entendem que para transformação desta realidade, é preciso que ocorra a mudança de concepção de todos os envolvidos nesta integração, buscando entender que o CSE é um espaço de formação de recursos humanos em saúde, tornando-se essencial para a qualidade da assistência a fim de oferecer uma atenção cada vez mais integral e humanizada. Sendo assim, o grupo propõe que reúna os envolvidos no processo para diálogo, a fim de traçar estratégias que visam ampliar a integração ensino e serviço com qualidade, tendo em vistas a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, com segurança e resolutividade, tornando o CSE um ambiente que acolha usuários, docentes, alunos e trabalhadores.

Na avaliação dos encontros, os participantes avaliaram em uma palavra como produtivo, persistência e confiança. Entre as frases que avaliam o estudo, destacamos alguns relatos dos participantes:

Um aprendizado, eu tenho aprendido bastante, porque tenho aprendido bastante que eu vou te ser sincero no começo eu não acreditava. Eu quero fazer parte disso, eu quero crescer (Trabalhador de saúde 05).

Elas estão trazendo esse diferencial daqui a pouco elas vão sair, mas elas colocaram a sementinha aqui na nossa unidade o trabalho tem tudo pra que seja essa semente, só veio pra contribuir pro servidor (Trabalhador de saúde 06).

Então eu espero que a gente continue, que o grupo continue, que outras pessoas venham a participar, a acrescentar, que aumente esse grupo, acho que a gente vai ter bons resultados (Trabalhador de saúde 02).

Os Trabalhadores de saúde 05,06 e 02 enfatizam o aprendizado, o estímulo e a contribuição que o estudo proporcionou, no qual o grupo demonstra a vontade de dar continuidade a esses espaços de discussão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões que os encontros proporcionaram, os objetivos desse estudo foram atendidos com êxito. O grupo elaborou propostas para a implantação do acolhimento no CSE, as estratégias são: Articulação com a Coordenação Estadual de Humanização, gestão participativa/ cogestão, valorização do trabalhador de saúde, postura acolhedora e escuta qualificada, melhorar a ambiência do CSE e fortalecimento do ensino e serviço. Tais propostas visam reorganizar processos de trabalho, tornar o CSE um ambiente acolhedor e humanizado a todos os usuários. Estes encontros consolidaram um grupo para dar continuidade no processo de implementação do acolhimento na unidade, através das propostas reais elaboradas por eles mesmos, que contemplam não só o Acolhimento, mas a criação de espaços de construção coletiva, despertando ações que sejam capazes de gerar transformações esperadas e desejadas, tornando-os protagonistas deste cenário.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Saúde Escola do Marco e seus trabalhadores de saúde pela importante colaboração para este estudo.

REFERÊNCIAS

Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. Rev Min Enferm 2008; 12 (4): 581-586.

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Rev Ciência & Saúde Coletiva [internet]; out 2009 [acessado 2014 jul 18]; 14 (supl. 1): 1523-1531. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413=81232009000800026-&Ingen. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS; 2011a: 27-77.

MINAYO MCS. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In:

Deslandes SF, Cruz N, Gomes R, organizadores. *Pesquisa Social*: teoria, método e criatividade. 22. ed.. Petrópolis: Editora Vozes; 2003. p. 9-15.

THIOLLENT M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

BARDIN L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011. p. 280.

SAVASSI LCM, Pereira RPA, Turci MA, Lage JL, Coutinho MK. Relatoria do Grupo de Estudos em Saúde da Família: *Tema Acolhimento*. Grupo de Estudos em Saúde da Família AMMFC: Belo Horizonte [Relatório]; 2006 [acessado em 2015 fev 20] p. 16. Disponível em: http://www.smmfc.org.br/gesf/relatoriaacolhimento.pdf.

FARIA H, Werneck M, Santos MA. *Processo de trabalho em saúde*. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed; 2009.

WERNECK AFV. Implantação do acolhimento na Unidade Básica de Saúde Rita de Cássia Oliveira Eugênio em Caucaia-Ceará. 2009. 3 If. Projeto de Intervenção (Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família). Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza.

MATTA GC, Morosini MVG. Atenção à Saúde. In: Pereira IB, Lima JC. Dicionário da Educação profissional em Saúde. Rio de janeiro: EPSJV; 2009.

RAMOS DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* jan/fev 2003 [acessado 2014 jul 20]; 19 (1): 27-34. Disponível em:http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf.

VASCONCELOS M, Grillo M.JC, Soares SM. Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. *Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG; 2009. p. 12-37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Grupo de Trabalho de Humanização*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006c.

LIMA, MADS. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta Paul Enferm [on-line] 2007; 20 (1): 12-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *HumanizaSUS:* Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008a. p. 72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. Reimpressão.

LUZ F. Educação permanente em saúde (EPS): uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Varginha; 2010. 24f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

HENRIQUES RLM. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERI/CEPESC/ABRASCO; 2005.

ROSA, J.V.M. A integração ensino e serviço em um centro de saúde escola de Belém -Pará: Avanços para a atenção básica de saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Enfermagem). Universidade do Estado do Pará, Belém; 2014.

71

A ENFERMAGEM NO ENSINO DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA ALUNOS DE ESCOLA PÚBLICA DO ENSINO FUNDAMENTAL NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA

Bruna Camila Blans Moreira¹, Camila da Silva Vale Coelho², Vera Lúcia Gomes de Oliveira³, Maicon de Araujo Nogueira⁴

RESUMO

INTRODUÇÃO: A parada cardiorrespiratória (PCR) pode ser definida como uma cessação súbita, inesperada da circulação sistêmica relacionada à ausência de respiração, que pode ser reversível por intervenção imediata. **Objetivo:** avaliar o conhecimento prévio e o grau de aprendizado imediato sobre suporte básico de vida (SBV) entre os adolescentes do ensino fundamental de uma escola de rede pública de cidade de Belém- PA. Metodologia: trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, que foi estruturado para o público considerado leigo na temática abordada. Foi realizado levantamento a respeito do conhecimento sobre SBV antes e após a ação educativa. Como meio de ensino foi utilizada uma aula expositiva e vídeo educativo com linguagem de fácil compreensão, além de treinamento prático em manequim de reanimação. Resultados: a partir disso, foi verificado que os participantes desta pesquisa apresentaram níveis de conhecimento e habilidade antes da ação educativa que inviabilizavam o atendimento a uma vítima de PCR. Após a ação estes alunos demonstraram níveis de retenção satisfatórios acerca do treinamento teórico-prático em SBV ministrado, além de demonstrarem segurança nas demonstrações práticas de RCP. Conclusão: Sendo assim, salienta-se a importância do treinamento de pessoas leigas em SBV para que estas possam ser capazes de fazer o reconhecimento de uma PCR e as manobras imediatas a serem realizadas, a fim de aumentar as chances de sobrevivência da vítima. Constatou-se que este estudo proporcionou aos pesquisados um conhecimento teórico-prático relevante e uma avaliação satisfatória.

Descritores: Parada cardiorrespiratória. Enfermagem. Educação em saúde, Aprendizagem.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.72-83

¹ Enfermeira, Membro do grupo de pesquisa PESCA UEPA, Universidade do Estado do Pará, Belém-Pará, Brasil.

² Enfermeira, Membro do grupo de pesquisa PESCA UEPA, Universidade do Estado do Pará, Belém-Pará, Brasil.

³ Enfermeira, Mestre em enfermagem, Especialista em Urgência e Emergência, Gestão em Urgência e Emergência, Membro do grupo de pesquisa PESCA UEPA, Professora, Universidade do Estado do Pará, Belém-Pará, Brasil.

⁴ Enfermeiro, Mestre em Ensino e Saúde na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará, Professor da Universidade da Amazônia e Universidade do Estado do Pará, Belém-Pará, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Cardiorespiratory arrest can be defined as a sudden, unexpected cessation of systemic circulation related to lack of breathing, which may be reversible by immediate intervention. Objective: to evaluate the previous knowledge and the degree of immediate learning about basic life support among adolescents of middle school in a public school in Belém, Pará, Brazil. Method: this is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach, which was structured for the public considered lay in the subject matter. A survey was conducted on the knowledge about BLS before and after the educational action. As a teaching method, an expository class and educational video were used with easy-to-understand language, as well as practical training in resuscitation manikins. Results: from this, it was verified that the participants of this research had levels of knowledge and ability before the educational action that made it impossible to attend to a victim of cardio respiratory arrest. After the action these students demonstrated satisfactory levels of retention on the theoretical-practical training in SBV given, besides demonstrating safety in the practical demonstrations of CPR. **Conclusion**: Therefore, it is important to train lay people in BLS so that they can be able to recognize a PCR and the immediate maneuvers to be performed, in order to increase the chances of survival of the victim. It was found that this study provided the respondents with a relevant theoretical-practical knowledge and a satisfactory evaluation.

Keywords: Cardiopulmonary arrest. Nursing. Health education. Learning.

73

A parada cardiorrespiratória (PCR) pode ser definida como uma cessação súbita, inesperada da circulação sistêmica relacionada à ausência de respiração, que pode ser reversível por intervenção imediata. No Brasil, estimase que ocorrem cerca de 200.000 PCRs por ano, contudo, metade dos casos ocorre em ambiente hospitalar e são mais comuns em adultos (GUIMARÃES et al., 2015; GONZALEZ et al., 2013).

Bhanji et al (2015) descrevem que, nas vítimas de PCR no ambiente extra-hospitalar, os principais determinantes de sobrevivência estão atrelados ao desempenho oportuno e eficaz do espectador com habilidade em reanimação cardiopulmonar (RCP) e desfibrilação para aqueles indivíduos em fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso. O autor descreve ainda que uma parcela pequena de vítimas de PCR recebem RCP de um espectador, abrindo, dessa forma, a partir do ponto de vista de aprendizagem, espaço para melhorias.

A PCR permanece como um grande problema de saúde pública, ganhando dimensão mundial. Apesar dos grandes avanços nos últimos anos relacionados à prevenção e tratamento, muitas são as vidas perdidas anualmente no Brasil relacionadas à PCR, ainda que não tenhamos a exata dimensão do problema pela falta de estatísticas robustas a este respeito. A legislação brasileira no que tange ao tema é relativa, muitas tentativas para um uso padronizado do DEA (desfibriladores externos automáticos) foram tomadas, porém, ainda não há normas e regras bem definidas que permitem de forma sistematizada seu uso em território nacional (SANTOS et al., 2016).

Apesar do efeito potencial benéfico da reanimação cardiopulmonar já estar bem estabelecida, menos de uma em cada três vítimas de parada cardiorrespiratória fora de ambiente hospitalar, testemunhada, recebe ajuda de salvamento de um espectador. Quando surge uma PCR, as chances de sobrevivência para a vítima variam em função do tempo e qualidade das intervenções. Os recursos atuais permitem recuperar circulação espontânea e qualidade de vida, desde que sejam assegurados os procedimentos adequados em tempo hábil. Se o episódio ocorre no âmbito hospitalar, em princípio, é esperado de imediato que as manobras de suporte básico e avançado de vida sejam desencadeados e realizados, por meio das quais há maior probabilidade de sucesso do retorno das funções vitais. Entretanto, a maioria das PCR's acontece fora de estabelecimentos de saúde, ocorrendo no mercado, na lanchonete, em casa, no metrô ou na sequência de um acidente ou doença súbita. Dessa forma, a probabilidade de sobrevivência e recuperação nestas situações depende da capacidade de

74

quem presencia o acontecido em saber quando e como pedir ajuda, e iniciar o Suporte Básico de Vida (SBV) (BELÉM et al., 2013).

Nesse contexto, é imprescindível a tomada de um conjunto de procedimentos de emergência que se constitui no SBV, o qual pode ser realizado por profissionais da área de saúde ou por pessoas leigas treinadas, que é composto por reconhecimento de obstrução das vias aéreas, de parada respiratória e na aplicação da reanimação cardiorrespiratória por meio da sequência de um protocolo mnemônico conhecido como "C-A-B-D" primário, que significam C- circulation (circulação), A- airways (vias aéreas), B- breathing (respiração), D- defibrillation (desfibrilação).

O Suporte Básico de Vida corresponde aos primeiros passos que podem ser realizados fora do ambiente hospitalar por profissionais ou pessoas leigas devidamente capacitadas para socorrer vítimas de PCR, cujo objetivo é a manutenção dos sinais vitais até a chegada de uma equipe especializada. De forma correta e rápida, quando executado, pode diminuir a mortalidade, entre outros eventos traumáticos e aumenta as chances de sobrevida das vítimas (SANTOS et al., 2016).

As manobras inclusas no suporte básico de vida são: a RCP em vítimas de parada cardiorrespiratória; desfibrilação, com Desfibriladores externos automáticos (DEA); e manobras de desobstrução de vias aéreas. O reconhecimento imediato de situações que precisem desses procedimentos é fundamental para prevenir sequelas e salvar vidas (NETO et al., 2016).

Logo, a corrente de sobrevida realça a importância e a necessidade de reconhecimento rápido e precoce de uma PCR para a solicitação dos serviços de emergência e de Suporte Avançado de Vida (SAV), RCP de qualidade, desfibrilação precoce e cuidados pós RCP (NOGUEIRA et al., 2018).

O atendimento de forma ineficiente de uma PCR é diretamente ligado à falta de conhecimento e habilidade por parte dos envolvidos. A redução da morbimortalidade relacionada à RCP pode ser solucionada por meio da capacitação e atualização de acordo com as recomendações das diretrizes de RCP (MARQUES, 2015).

A educação é considerada uma poderosa aliada da saúde pública, ao mesmo tempo em que a saúde é indispensável para o bom aproveitamento do processo educativo. Portanto, os investimentos nesses dois setores podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade (ARAÚ-JO, COSTA, 2013).

Nesse contexto as escolas de ensino fundamental por congregar adolescentes em larga escala, se constituem em laboratórios ideais por oferecer acesso a grande parte da população na faixa etária de 12 a 19 anos que gastam inúmeras horas em shoppings, supermercados, estádios, dentre outros com grande fluxo de pessoas, e uma vez treinada esta população em SBV, ao longo do tempo, uma significativa percentagem da comunidade em geral também terá recebido informações acerca dos procedimentos (FERNANDES et al., 2014).

OBJETIVOS

Geral

Analisar o conhecimento prévio e o grau de aprendizado imediato entre adolescentes do ensino fundamental de uma escola da rede pública da cidade de Belém-PA antes e após uma capacitação em SBV

Específicos

- Verificar o nível de informação dos pesquisados sobre SBV;
- Identificar quais as principais dúvidas existentes sobre SBV;
- Verificar quais os ganhos de informações obtidas pelos pesquisados após a ação educativa.

PROBLEMA

Em situações ideais todos os cidadãos deveriam ter algum conhecimento de primeiros socorros e RCP. O benefício potencial de capacitar alunos da educação básica tem seu impacto no fato que um adolescente treinado em SBV pode estar presente na cena de uma emergência que requer este conhecimento em outro local que não a escola (SOAR et al., 2010).

Tendo como objetivo atingir um número expressivo de adolescentes treinados, uma estratégia que vem sendo desenvolvida atualmente, é a criação de programas de treinamento, onde grupos de docentes são treinados desenvolvendo nestes habilidades para conduzir e treinar seus alunos em SBV, utilizando-se uma abordagem de ensino piramidal, envolvendo profissionais da área de saúde e professores inicialmente. Experiência exitosa na Irlanda empregando a formação por pares demonstrou que professores previamente treinados em SBV, foram capazes de ensinar com sucesso crianças de 10 a 12 anos de idade (TONER et al., 2007).

Levando em consideração as experiências exitosas neste campo, a exemplo o estudo realizado por Toner et al (2007), e inserindo o adolescente como protagonista deste processo formulou-se a seguinte problemática: Qual o nível de informação dos adolescentes do ensino fundamental de uma escola pública sobre a educação em SBV?

LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma escola de ensino fundamental da rede estadual, localizada no município de Belém-PA, no período de agosto a setembro de 2018.

A escolha da escola ocorreu mediante a prévia aceitação da direção e coordenação quando visitada pelas pesquisadoras para saber da possibilidade de realização da pesquisa na instituição, e por ser uma instituição de aplicabilidade da Universidade do Estado do Pará.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo de caráter descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, realizado em uma escola pública de ensino fundamental da rede estadual do município de Belém-PA, mediante a prévia aceitação da direção e coordenação quando visitada pelas pesquisadoras para saber da possibilidade de realização da pesquisa na instituição, e por ser uma instituição de aplicabilidade da Universidade do Estado do Pará.

Os sujeitos da pesquisados foram 13 alunos, de ambos os gêneros, tendo como critérios de inclusão a idade entre 12 a 19 anos e estar regularmente matriculados no 8° ao 9° ano do turno matutino. A escolha da faixa etária teve como referência os parâmetros do Ministério da Saúde (MS) que se refere à faixa etária intitulada para adolescentes. Por esta razão, optamos por trabalhar em um contexto escolar, uma vez que é notória a presença de indivíduos nessa faixa etária.

Para a coleta de dados dos participantes foi utilizado como instrumento (questionário) com perguntas fechadas, baseadas nas diretrizes atualizadas da American Heart Association (AHA) 2015, e similar ao questionário elaborado e validado por Félix (2012), adaptado às necessidades da presente pesquisa no que diz respeito à linguagem e as atualizações do Guideline de 2015. O instrumento foi aplicado antes e após a ação educativa. De posse do questionário, cada participante respondeu as perguntas de forma manuscrita, em um tempo hábil de 30 minutos.

O questionário era do tipo autoaplicável e apresentava-se dividido em 3 partes. Na 1ª parte foram coletados os dados biográficos do participante, na 2ª parte foram abordadas questões específicas referentes ao conhecimento especifico sobre SBV, na 3ª parte foram explorados os significados relativos ao domínio do conhecimento e habilidades em SBV e aplicação destes saberes. As questões foram elaboradas com base nas Diretrizes da AHA para RCP de 2015, bem como na revisão de literatura sobre a temática em questão.

Após os participantes responderem as perguntas do questionário aplicado antes da ação educativa, foram analisadas suas respostas e em seguida o primeiro levantamento de saberes. Nesse momento as pesquisadoras constataram as principais dúvidas referentes ao assunto trabalhado e, com base nisso, elaboraram a ação educativa.

A ação educativa foi composta de uma palestra expositiva e dialogada destacando as questões do primeiro questionário, assim como conceitos, importância e dados estatísticos sobre o tema, com a intencionalidade de se favorecer um pensamento reflexivo voltado ao bem da coletividade, seguido de aula com instrutor utilizando manequim/boneco com demonstração e aplicação de técnicas de RCP de alta qualidade e acionamento do sistema de emergência (corrente de sobrevida). As pesquisadoras esclareceram aos participantes que os mesmos poderiam interrompê-las a qualquer momento durante a ação educativa, para tirar dúvidas, socializar conhecimentos e experiências ou para repetir algo que os mesmos não entenderam.

Após a ação educativa, foi entregue novamente o questionário com as mesmas perguntas da 2ª parte realizadas antes da ação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) lei nº 8.069/90, em seu artigo 2º, é considerado adolescente a pessoa com faixa etária de 12 a 18, o que foi evidenciado pelos dados coletados nesta pesquisa, em que as idades dos participantes variou de 13 a 18 anos, com predominância de alunos com 15 anos em ambas as turmas, corroborando com um dos critérios de inclusão estabelecidos nesse presente estudo (BRASIL, 2008).

Com relação ao número de estudantes que participaram da pesquisa, observou-se a predominância de alunos do 9° ano (61,5%), com faixa etária entre 14 e 18 anos, ou seja, alunos com mais maturidade em relação à turma do 8° ano, o que foi observado durante o desenvolvimento da aula expositiva e do treinamento prático em que esses últimos se mostraram mais dispersos, enquanto os do 9° ano eram mais centrados, questionadores e buscavam tirar dúvidas.

Após o processo de realização da coleta de dados, antes e após a ação educativa, iniciamos a análise comparativa das respostas obtidas neste período. Verificamos um quantitativo relevante sobre a participação feminina, com prevalência de 69,3% sobre o total de participantes. Além disso, conforme análise dos questionários, foi possível quantificar o número de participantes por turma, sendo 38,5% do 8° ano e 61,5% do 9° ano, com evidente prevalência de participantes deste último.

Posteriormente deu-se o processo de realização da coleta de dados antes e após a ação educativa, iniciamos a análise comparativa das respostas obtidas neste período, as quais foram dispostas divididas em erros e acertos, sendo ambos comparados com as respostas obtidas antes e após a ação.

Com base nas informações obtidas na análise dos questionários, foi possível verificar o elevado índice de erros antes da ação, com exceção da questão I que versou sobre valores aproximados de erros antes e após a ação (30,7% e 33,4%, respectivamente), a qual fala sobre a ação a ser tomada caso presencie uma pessoa perder a consciência. Isso de deve ao fato de parte dos participantes acharem que deveriam apenas chamar por ajuda, sendo que o correto seria verificar se a pessoa responde e respira e em seguida chamar por ajuda imediatamente.

Com relação à questão 2, a qual questionava quais medidas deveriam ser tomadas após constatar que a vítima está em PCR, o índice de erros antes da ação foi de 53,9%, o qual reduziu após a ação, atingindo a taxa de 41,7%. Nesta questão, observamos que grande parte dos alunos marcou no questionário e relatou verbalmente que deveria ser feita a respiração boca a boca na vítima, fato esse que

foi abordado claramente durante a ação, na qual explicamos que tal medida não está mais sendo tão utilizada por conta dos riscos de contaminação, devendo então o socorrista chamar por ajuda, pedir um DEA e logo iniciar a RCP.

Por conseguinte, a questão 3 perguntava sobre qual a frequência mínima de compressões torácicas por minuto deveriam ser realizadas em caso de PCR. Por esta pergunta ser de cunho mais específico, a taxa de erros foi elevada antes da ação (53,9%), porém após a explanação sobre este tópico durante a aula expositiva, a taxa de erro reduziu para 41,7%.

Por fim, a questão 4, correspondente a 61,6% de erros antes da ação, a que atingiu a maior taxa de erros dentre as anteriores, questionava sobre qual medida deveria ser tomada caso a vítima estivesse inconsciente, porém com pulso e respirando. Ainda mais, observou-se que esta mesma pergunta, após a ação, obteve uma redução significativa de erros (16,7%), visto que a medida correta a ser tomada (colocar a vítima em posição lateral de segurança) foi bastante frisada durante a aula expositiva.

A despeito disso, analisamos que o conhecimento prévio dos alunos em questão era de certa forma, empírico, pois respondiam sem o real conhecimento do porque tal medida deveria ser tomada, o que foi confirmado durante a execução da ação.

Com base nos dados acima, observou-se melhora significativa no quantitativo de acertos, o que também foi evidenciado durante a ação educativa, pela grande participação e interesse dos alunos, pois questionaram a respeito do que haviam visto no questionário, os quais tiveram suas dúvidas sanadas.

Outrossim, concluímos que a ação educativa como um todo foi essencial à melhora do conhecimento dos participantes, com base na queda na taxa de erros e na excelente participação dos alunos que a todo momento se mostraram atentos e interessados no que lhes estava sendo ministrado.

Ainda mais, foi possível constatar que, sobre a pergunta extra do questionário (questão 5), a qual perguntava se o treinando seria capaz de atender a uma PCR caso acontecesse naquele momento, um quantitativo de 86% de alunos se disseram capazes.

Sendo assim, com base em tudo o que foi observado e analisado ao longo da ação educativa, podemos verificar que os ganhos de informações obtidas pelos pesquisados após a ação educativa foi satisfatório, pois obtivemos um bom resultado sobre o que nos propomos a fazer.

Apesar do obstáculo citado, o presente estudo demonstrou eficácia no desenvolvimento do treinamento em suporte básico de vida aos alunos, ademais ratificou a importância da educação para a comunidade, pois os alunos são extensões do conhecimento para o meio em que estão inseridos, pois a parada cardiorrespiratória é uma fatalidade imprevisível. Porém, os desafios encontrados ao educar uma população leiga no assunto são consideráveis, esbarrando em situações como o número de pessoas a serem treinadas, além da promoção de treinamentos periódicos em escolas para alunos e professores (RIBEIRO et al., 2013).

Sendo assim, os alunos do ensino fundamental são capazes de compreender a importância da temática em questão, o que favorece o treinamento desta população e demonstra a pertinência de serem incluídas no currículo escolar e a transferência possível do conhecimento adquirido aos familiares, amigos e suas respectivas comunidades (TOBASE et al., 2017; RI-BEIRO et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de analisar o conhecimento prévio e o grau de aprendizado imediato entre adolescentes do ensino fundamental de uma escola da rede pública da cidade de Belém-PA antes e após uma capacitação em SBV foi alcançado com êxito, ratificando a necessidade da promoção de educação em SBV nas escolas. A despeito disso, percebeu-se que o grau de conhecimento dos participantes antes da ação era mínimo.

Outrossim, encontramos como limitações para início desta pesquisa o pouco interesse de alguns alunos em participar, por não terem o conhecimento prévio sobre o assunto em questão. Além disso, não houve o retorno dos termos que deveriam ser entregues assinados pelos responsáveis, seja pelo não consentimento desses ou desistência, o que colaborou para a redução no número de participantes.

Com base nisso, observou-se a necessidade do ensino em suporte básico de vida nas escolas brasileiras, para que se possa ter uma ampliação no número de pessoas habilitadas. O benefício potencial de capacitar alunos da educação básica tem seu impacto no fato que um adolescente treinado em SBV pode estar presente na cena de uma emergência que requer este conhecimento em outro local que não a escola (SOAR et al., 2010). Além disso, esse estudo mostrou-se relevante para a academia devido à pertinência do tema em questão ser explorado pelos acadêmicos da área, para que estes possam desenvolver ações educativas com esse perfil e também embasar novas pesquisas a este respeito.

Destarte, espera-se que este estudo tenha proporcionado aos pesquisados um conhecimento teórico-prático relevante, uma habilitação satisfatória em suporte básico de vida e o despertar para a importância da agilidade do reconhecimento de uma PCR e das medidas a serem tomadas em ambiente extra-hospitalar.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Atualização das diretrizes de RCP e ACE.** Disponível em: http://eccguidelines.heart.org/wp-content/upload-s/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf acesso em 15 de outubro de 2015.

ARAUJO, Fernanda Buzzo; COSTA, Carmen Beatriz Taipe Lagos. Educação em saúde: sensibilização de crianças por meio de estratégia de intervenção lúdica. 2013. Disponível em:http://www.cienciamao.usp.br/dados/tee/_educacaoemsaudesensibili.resumoex pandido.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2018.

BELÉM, Rodrigo Caselliet al. **Suporte Básico de Vida para profissionais da saúde.** Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Atenção as Urgências e Emergências. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília-DF. 2013. Disponível em: < http://www.samu192df.com.br/samu/editais/materialCursosNeu/materialCurso 0004.pdf> acesso em: 12 set. 2018.

BHANJI, Farhan, et al. Part 8: Education, Implementation, and Teams 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 2015, 132.16 suppl1:S242-S268. Disponível e m : http://circ.ahajournals.org/content/132/16_suppl_1/S242.short. Acesso em: 8 set. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 3.ed. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2008.

FERNANDES, José Maria Gonçalves et al. Ensino de Suporte Básico de Vida para Alunos de Escolas Pública e Privada do Ensino Médio. **ArqBrasCardiol.** 2014; 102(6):593-601. Acesso em: < http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n6/pt_0066-782X-abc-20140071.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.

GONZALEZ, Maria Margarita, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. v101, (2 Supl. 3): 1-221. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n2s3/v101n2s3.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

GUIMARÃES, Maressa Ribeiro et al. **Revisão de literatura**: reanimação cardiopulmonar. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações. 2015.

MARQUES, Marilton Souto. Acadêmicos de graduação em enfermagem e o suporte básico de vida. Monografia. Santa Cruz do Sul. 2015.

NETO, J. A. C. et al. **Conhecimento e interesse sobre suporte básico de vida entre leigos**. Artigo original. *International Journal of Cardiovarcular Sciences*. Universidade Federal de Juiz de Fora, MG. 2016.

NOGUEIRA, Maicon de Araújo et al. **Conhecimento de alunos de curso de graduação em enfermagem sobre reanimação cardio-pulmonar**. Artigo original. Revista de enfermagem da UFPI. 2018. Disponível em<:http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6688/pdf>. Acesso em: 22 fev 2018.

RIBEIRO, Lucas Gaspar et al. **Estudantes de medicina ensinam ressuscitação cardiopulmonar a alunos do ensino fundamental**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Artigo original. Ribeirão Preto, São Paulo. 2013.

SANTOS, G.A. B. et al. Conhecimentos básicos sobre suporte básico de vida (SBV) em estudantes universitários. Artigo original. Revista Eletrônica FACIMEDIT. 2016.

SOAR, Jasmeetet al. Guidelines for Resuscitation 2010 Section 9. **Principle-sofeducation in resuscitation**. *Resuscitation*, 2010, 81: 1434-44. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20956044>. Acesso em: 13 nov. 2015.

TOBASE, Lucia et al. **Suporte básico de vida:** avaliação da aprendizagem com uso de simulação e dispositivos de feedback imediato. Artigo original. Revista Latino- Americana de enfermagem. 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2942.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2018.

TONER, P., et al. Teaching basic life support to school children using medical students and teachers in a 'peer-training' model--results of the 'ABC for life' programme. **Resuscitation.** 2007 Oct;75(1):169-75. Epub 2007 May 4. Disponível em:. Acesso em: 13 nov. 2015.

CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PARA GESTÃO E GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Manoel Vitor Martins Marinho; Margarete Feio Boulhosa; William Dias Borges; Maria Liracy Batista de Souza; Maria da Conceição Nascimento Freitas.

RESUMO

Analisou-se os Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA) autodeclarados por estudantes de um curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública em gerenciamento dos serviços de saúde. Conduziuse estudo quantitativo, transversal, aplicando-se questionário para os alunos avaliarem seus CHA com as categorias: Nada Presente, Pouco Presente, Medianamente Presente, Presente e Muito Presente. Os dados foram submetidos ao Teste Qui-quadrado. Nas prevalências mais satisfatórias têm-se: "Avaliação das ações de Enfermagem" - categoria Presente em Conhecimento (62,75%), Habilidade (47,01%) e Atitude (37,25%); "Tomada de decisão" categoria Presente em Conhecimento (33,33%), Habilidade (35,29%) e Atitude (33,33%). Em auto-avaliação negativa: "Sistemas de Informação" - Conhecimento, Habilidade e Atitude Pouco Presentes (33,33%, 29,41%, 27,45%, respectivamente); "Dimensionamento de RH" – Conhecimento, Habilidade e Atitude Pouco Presentes (31,37%, 35,30% e 33,33%, nessa ordem); "Indicadores de desempenho" - Conhecimento, Habilidade e Atitude Pouco Presentes (27,45%, 31,37% e 31,37%, respectivamente). Os alunos apresentam confiança em alguns pontos e insegurança em outros, que pode ser atribuída a fragilidades na integração ensino-serviço e no processo ensino-aprendizagem. Entende-se que as metodologias ativas e as oportunidades práticas fomentam o desenvolvimento de competências.

Palavras-chave: Enfermagem. Administração de serviços de saúde. Educação baseada em competências.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.84-99

KNOWLEDGE, SKILLS AND ATTITUDES OF NURSING STUDENTS FOR MANAGEMENT AND ADMINISTRATION OF HEALTH SERVICES

ABSTRACT

It was analyzed the self-reported knowledge, skills and attitudes (KSA) were analyzed by students of a nursing undergraduate course at a university in the state of Para in health services management. A quantitative, cross-sectional study was conducted, applying a questionnaire for students to evaluate their KSA with the categories: Nothing Present, Little Present, Moderately Present, Present, and Very Present. The data was submitted to the Chi-square test. In the most satisfactory prevalence are: "Assessment of Nursing actions" - category Present in Knowledge (62.75%), Skill (47.01%) and Attitude (37.25%); "Decision making" - category Present in Knowledge (33.33%), Skill (35.29%) and Attitude (33.33%). Other contents showed negative self-assessment: "Information Systems" - Little Present Knowledge, Skill and Attitude (33.33%, 29.41%, 27.45%, respectively); "Human Dimensioning" – Little Present Knowledge, Skill and Attitude (31.37%, 35.30% and 33.33%, in that order); "Performance Indicators" - Little Present Knowledge, Skill and Attitude (27.45%, 31.37% and 31.37%, respectively). The results point out that there are safety of students in some points and insecurity in others, which can be attributed to weaknesses in teaching-service integration and in the teaching-learning process. It is understood that active methodologies and the practical opportunities of action promote the development of competences.

Keywords: Nursing. Administration of health services. Competency-based education.

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 provocou mudanças significativas na atuação dos gestores da época. Com isso, o atual cenário de formação dos trabalhadores da área da saúde, em especial da Enfermagem, propicia atender os princípios e diretrizes do SUS. Segundo Almeida (2010, p. 18), "[...] necessitaram incorporar valores de um sistema de saúde solidário, público, universal e equitativo que propicie mudanças de práticas de saúde e do processo de trabalho.".

O padrão epidemiológico da população também vem sofrendo alterações. Isso, aliado à complexidade do cuidado e dos modelos assistenciais, repercute em exigências de competências assistenciais e administrativas do enfermeiro (AMESTOY et al., 2014). Esse contexto cria maior cobrança sobre os enfermeiros gerentes (CAMELO et al., 2016).

Albano e Freitas (2013) mencionam que a disciplina de Administração passou a ser obrigatória no ensino de Enfermagem no currículo mínimo de 1962. Atualmente, as práticas administrativas do enfermeiro estão amparadas pela Lei n° 7.498 de 25 de junho de 1986 – Lei do Exercício Profissional (NEVES; SANNA, 2016).

O papel administrativo do enfermeiro abarca "[...] planejamento, organização, direção, coordenação e controle das ações executadas nas unidades assistenciais da instituição", que estão ligadas à gerência do cuidado prestado (ALBANO; FREITAS, 2013, p. 373). Essa interferência na qualidade do cuidado tem relação com o expressivo número de profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde, aumentando a preocupação com a competência profissional (CAMELO et al., 2016).

Para Peres et al (2017), "competência" é uma tríade composta por Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA). Essa tríade tornou-se mais discutida no Brasil a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino da Enfermagem. Para que as competências gerenciais sejam desenvolvidas em sua totalidade, é necessário maior integração teórico-prática durante a graduação (SADES; PERES; WOLFF, 2014). Por esse motivo, defende-se a formação baseada em competências, conceituadas segundo o Quadro I abaixo.

Quadro I: Conceituação de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes.

DIMENSÃO DE	DIMENSÃO DE	DIMENSÃO DE			
CONHECIMENTOS	HABILIDADES	ATITUDES			
conjuntos de informações	Ações palpáveis para alcance de objetivos e/ou a mobilização das informações, para a resolução de problemas na prática: o saberfazer.	de proatividade; tem base comportamental e			

Fonte: Elaboração própria baseado em Franco et al. (2014), Moura; Carneiro; Diniz (2018), Peres et al. (2017).

Peres et al (2017) apontam falhas entre o processo ensino-aprendizagem e as exigências do mercado de trabalho. Essas lacunas podem ser identificadas da avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes da população. Isso viabiliza "[...] diagnosticar com mais nitidez como se concretiza o processo ensino-aprendizagem na abordagem de temas gerenciais relevantes durante a graduação em enfermagem." (PERES et al., 2017, p. 7).

A insegurança é um dos fatores que afligem os profissionais recémformados. Dentre as causas, encontram-se: I) a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e 2) a dificuldade de identificar capacidades, quando confrontados com o real campo de trabalho (SILVA et al., 2013; NASCIMENTO; BARBOSA, 2017).

O estudo analisou como estudantes de Enfermagem avaliam seus conhecimentos, habilidades e atitudes em conteúdos de Gestão e Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Trata-se de estudo descritivo, quantitativo e transversal. O campo base de pesquisa foi a Escola de Enfermagem Magalhães Barata (EEMB), Belém- PA, parte da Universidade do Estado Pará.

Os conteúdos do componente curricular constantes no Projeto Pedagógico (PP) são: Planejamento estratégico, tático e normativo; Primórdios e perspectivas da administração; Teorias administrativas (dos sistemas, contingencial e a comportamental); Avaliação; Sistemas de informação; Organograma e fluxograma; Gerência de RH: Dimensionamento, recrutamento, seleção e distribuição; Liderança; Conceito, classificação, provisão e armazenamento; Fluxo e controle de qualidade; Processo de supervisão; Tomada de decisão; Indicadores de desempenho; Educação permanente.

Foram pesquisados estudantes: de ambos os sexos; já aprovados no componente curricular em questão; das turmas do 9° e 10° semestres, da manhã e da tarde (já que esses semestres são posteriores à disciplina). Ex-

cluiu-se aqueles que preencheram o questionário de forma incompleta ou ininteligível.

Aplicou-se questionário estruturado aos estudantes em hospitais e Unidades Básicas de Saúde. A coleta de dados deu-se do período de agosto a outubro de 2018.

O instrumento de coleta de dados era composto por um questionário com perguntas abertas e fechadas (para o cunho descritivo da pesquisa) e uma escala de atitudes para analisar as reações dos participantes frente a inferências ou situações.

Para a autoavaliação em cada conteúdo, as 5 categorias avaliativas eram: 1) Nada presente; 2) Pouco presente; 3) Medianamente presente; 4) Presente; 5) Muito presente. O tempo estimado para preenchimento foi de 5 minutos.

Os questionários dos discentes foram ordenados por códigos alfanuméricos com a letra E (Estudante), seguida de algarismos arábicos. A compilação das informações foi feita no programa *Microsoft Office Excel for Windows*. Aplicou-se estatística descritiva, com apresentação de valores absolutos e relativos para as dimensões da competência. À estatística inferencial, usou-se o Teste Qui-quadrado − com o nível de significância p≤0,05.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, sob o número de protocolo 1.895.614.

Resultados e Discussão

O estudo analisou dados de n=51 estudantes do último ano do Curso de Graduação em Enfermagem: 39 do sexo feminino (76%). Esse resultado vai de encontro a outros estudos em que o percentual de mulheres foi superior a 70% (NASCIMENTO; BARBOSA, 2017). Apesar de se ver uma mudança gradual na visão social sobre Enfermagem, a profissão ainda é vista como essencialmente feminina por seu objeto ser o cuidado, cultural e historicamente atribuído às mulheres (BUBLITZ et al., 2015).

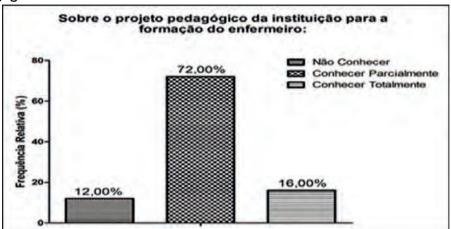
A média de idade encontrada foi de 23.58±3.2. Os estudos de Bublitz et al., Nascimento; Barbosa (2017) e Neto et al. (2017) apontam essa mesma tendência etária. Isso corrobora com a ideia de "rejuvenescimento da Enfermagem" e de que grande parcela dos membros da profissão encontra-se na Iª fase da vida profissional – até 25 anos (MACHADO et al., 2015).

Segundo revisão integrativa de Santos et al. (2018) sobre estratégias didáticas, a estratégia da problematização com uso do Arco de Maguerez é um trabalho independente que fomenta o pensamento crítico-reflexivo, a

autonomia e articulação entre teoria e prática. Esta é a metodologia norteadora do Projeto Pedagógico (PP) da EEMB.

Entende-se que o curso da referida instituição está seguindo as tendências de ensino-aprendizagem na área da saúde, com metodologias ativas que envolvam tanto discentes quanto docentes.

Figura 1: Conhecimento autodeclarado dos estudantes sobre o Projeto Pedagógico.



Fonte: Elaboração própria.

Questionados sobre o PP da instituição, vê-se que há prevalência de um conhecimento parcial (72,00%). Para Gadotti (2016), um PP precisa ter base em cooperação e envolvimento da comunidade interna e externa da instituição. Kloh (2017) diz ainda que esses projetos são compromissos assumidos sobre o profissional a se formar. Os 16,00% que relataram conhecer totalmente tornam-se, por entendimento, mais conscientes do perfil de enfermeiro que a EEMB pretende formar. Isso não significa que desenvolvam mais competências.

A descrição de como os participantes avaliaram sua competência em cada conteúdo da disciplina "Gestão e Gerenciamento dos Serviços de Saúde", está listada na Tabela I.

údo	orias ivas									
Conteúdo	Categorias Avaliativas	CON	HECIM	NTOS	HABILIDADES			ATITUDES		
		%	\mathbf{x}^2	Р	%	x ²	Р	%	x²	Р
CI-Aplicação do planejamen- to estratégico, tático e nor- mativo na rotina de serviço.	I	1.96%			1.96%			3.92%		
	2	3.92%			15.69%			15.69%		
	3	45.09%	46.1	<0.0001*	50.98%	41.2	<0.0001*	39.22%	20.5	<0.0001*
	4	41.17%			27.45%			29.42%		
	5	7.85%			3.92%			11.77%		
das teo- ivas para ades de em.	I	1.96%			1.96%			1.96%		
	2	15.69%			17.65%			15.69%		
Aplicação das dministrativas diar atividade enfermagem.	3	35.30%			50.98%	42.6	<0.0001*	41.17%	26.1	<0.0001*
C2-Aplicação das teorias administrativas para subsidiar atividades de enfermagem.	4	37.25%	24.9	<0.0001*	27.45%			31.38%		
	5	9.80%			1.96%			9.80%		
C3- Avaliação das ações de enfermagem.	ı	0%			0%			0%		
	2	1.96%			5.88%			9.80%		
	3	11.77%			29.41%			31.38%		
	4	62.75%	43.5	<0.0001*	47.05%	18.9	<0.0001*	37.25%	8.8	0.031*
	5	23.53%			17.65%			21.57%		
C4- Manuseio dos sistemas de informações.	I	7.84%			13.73%			7.84%		
	2	33.33%	10.8	0.028*	29.41%	7.3	0.119	27.45%	7.9	0.094
	3	21.57%			19.60%			23.53%		
	4	25.50%			27.45%			27.45%		
	5	11.76%			9.80%			13.73%		
C5- Execução de dimensionamento de recursos humanos.	ı	7.84%			13.73%			13.73%		
	2	31.37%	17.3	0.002*	35.30%	19.1	0.001*	33.33%	9.1	0.059
	3	29.41%			33.33%			25.50%		
	4	27.45%			13.73%			17.65%		
	5	3.92%			3.92%			9.80%		

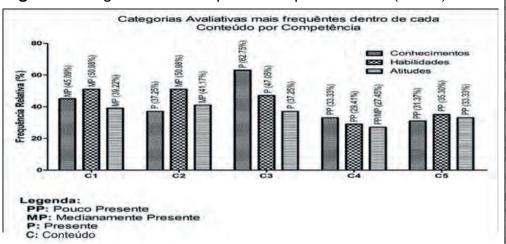
90

C6- Prática da postura de liderança na equipe de enfermagem.	I	1.96%			1.96%			1.96%		
	2	9.80%			13.73%			15.69%		
	3	23.53%			39.21%	25.1	<0.0001*	39.21%	20.1	<0.0001*
	4	39.21%	21.4	<0.0001*	33.33%			27.45%		
	5	25.50%			11.76%			15.69%		
por nen- iais.	I	5.88%			19.60%			13.73%		
ização Izenan mater	2	27.45%			21.57%			19.60%		
C7- Responsabilização por provisão e armazenamen- to de recursos materiais.	3	33.33%	12.8	0.012*	31.37%	8.5	0.075	33.33%	12.1	0.017*
espolisão e recu	4	21.57%			21.57%			27.45%		
C7-1 prov to d	5	11.76%			5.88%			5.88%		
de Je.	1	11.76%			19.60%			13.73%		
C8-Atuação em fluxo de controle de qualidade.	2	31.37%	8.3	0.081	27.45%			27.45%	7.9	0.094
	3	27.45%			31.37%	10.2	0.036*	27.45%		
	4	17.65%			15.69%			23.53%		
ස් ⁸	5	11.76%			5.88%			7.84%		
ão	1	3.92%			3.92%			3.92%		
C9. Tomada de decisão para alcance de resultados positivos.	2	15.69%			11.76%			11.76%		
	3	19.60%			33.33%			33.33%		
	4	33.33%	15.7	0.004*	35.29%	19.3	0.001*	33.33%	17.5	0.002*
	5	29.41%			15.67%			17.65%		
C10- Desenvolvimento de indicadores de desem- penho.	1	11.76%			13.73%			9.80%		
	2	27.45%	5.4	0.249	31.37%	12.6	0.013*	31.37%	8.2	0.085
	3	25.50%			29.41%			27.45%		
	4	23.53%			19.60%			19.60%		
de ir	5	11.76%			5.88%			11.76%		
Nota: *Significante estatisticamente										

Nota: *Significante estatisticamente Fonte: Elaboração própria

As respostas mais prevalentes, por competência, dos conteúdos I ao 5 estão mostrados na Figura 2.

Figura 2: Categorias Avaliativas prevalentes por Conteúdo (CI-C5).



Fonte: Elaboração própria.

No Conteúdo I- "Aplicação do planejamento estratégico, tático e normativo na rotina de serviço", a categoria avaliativa mais prevalente foi Medianamente Presente em Conhecimento (45,09%), Habilidade (50,98%) e Atitude (39,22%). Esta função administrativa é considerada imprescindível para as ações de Enfermagem, traçando objetivos e estratégias.

Em perspectiva institucional, Albano; Freitas (2013) apontam que a não participação do enfermeiro no planejamento é prejudicial. Silva; Assis; Santos (2017), com o olhar assistencial, apontam o planejamento como parte do processo de cuidar – o que corrobora com a inferência da NANDA INTERNATIONAL (2015) de que o planejamento é um dos passos do processo de Enfermagem.

Por isso, encontrar estudantes que considerem sua competência em CI "Nada Presente" é sinal de alerta: 01 estudante avaliou não ter Conhecimento, 01 avaliou não ter Habilidade e 02 acusaram não ter Atitude.

Em C2, "Aplicação das teorias administrativas para subsidiar atividades de enfermagem", a dimensão Conhecimento apresentou prevalência da categoria "Presente" (37,25%), resultado mais satisfatório que nas dimensões Habilidade e Atitude: Medianamente Presente, com 50,98% e 41,17%, respectivamente. Isso mostra que o campo teórico possui maior desenvolvimento que o campo prático. Aplicar uma teoria administrativa demanda que o profissional esteja inserido totalmente no serviço e nas práticas, para que haja análise profunda das variáveis (tarefas, pessoas, ambiente etc.).

Esse resultado prospecta que os estudantes aplicarão teorias administrativas de forma satisfatória ao assumirem um serviço, tendo em vista que o Conhecimento (dimensão base da competência) é prevalente.

Quanto a C3, "Avaliação das ações de enfermagem", o CHA apresentou prevalência da categoria "Presente" (62,75%; 47,05%; 37,05%, respectivamente). Isso leva à afirmação de que os estudantes sentem-se preparados para avaliar ações da profissão. Vê-se o mesmo achado de C2: estudantes mostrando maior segurança em Conhecimento em detrimento das outras dimensões.

A avaliação é um dos passos primordiais do processo administrativo de acordo com Marquis; Huston (2015); sendo apontada como instrumento poderoso para qualidade do trabalho por Vituri; Évora (2015), que defendem seu caráter ininterrupto. A Nanda International (2015) também caracteriza a avaliação como transversal e como parte do processo de Enfermagem.

Em C4, "Manuseio dos sistemas de informações", Conhecimento mostra prevalência de "Pouco Presente" (33,33%). Essa categoria também é dominante em Habilidade e Atitude (29,41% e 27,45%).

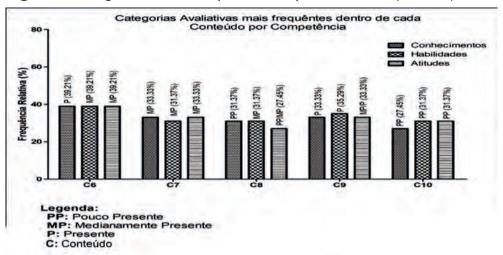
Matsuda et al. (2015) apontam que a tecnologia da informação está cada vez mais presente na área da saúde e defendem a necessidade de treinamentos periódicos para a atualização profissional. Pinheiro et al. (2016), em pesquisa feita com gestores municipais, acusam baixa quantidade de qualificações para uso dos SIS. Já na perspectiva da atenção direta à saúde, Carreno et al. (2013) relatam a capacitação incipiente.

Entende-se que as fragilidades no uso dos SIS pelos estudantes pode ser um reflexo da fragilidade dos serviços de saúde. Devido a informatização da saúde ser tema recente e das constantes transformações, a aquisição de competência ainda precisa de olhar especial, no que tange à estratégia de ensino-aprendizagem e intercâmbio ensino-serviço.

Sobre C5, "Execução de dimensionamento de recursos humanos", a categoria predominante também foi "Pouco Presente" em Conhecimento (31,37%), Habilidade (35,30%) e Atitude (33,33%).

Para Soares et al. (2016), a alocação de recursos humanos (RH) é um dos desafios do setor saúde, além de apresentar forte ligação com a qualidade da assistência prestada. Westin (2016) afirma que os estudantes de Enfermagem precisam ter domínio desse processo e defende o uso em estratégias metodológicas.

Figura 3: Categorias Avaliativas prevalentes por Conteúdo (C6-C10).



Fonte: Elaboração própria.

No que tange a C6, "Prática da postura de liderança na equipe de Enfermagem", Conhecimento teve prevalência da categoria Presente (39,21%), enquanto em Habilidade e Atitude prevaleceu Medianamente Presente (39,21% ambas), como é visto na Figura 3.

Novamente, é vista maior segurança dos estudantes dentro de Conhecimento. Neves; Sanna (2016) narram que o processo de ensino-aprendizagem da Liderança na Enfermagem já era importante no século XX. Nas DCN para a Enfermagem, o art. 4° em seu inciso IV, aponta a liderança como competência obrigatória para o ensino da profissão e disserta que: "[...] A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz" (BRASIL, 2001, p. 2).

A Habilidade e Atitude são dimensões que necessitam de ação. Neves; Sanna (2016) sustentam que experiências prévias ajudam na postura de líder, e que esta não é uma característica nata como defendido por algumas teorias filosóficas.

A categoria mais prevalente no CHA em C7, "Responsabilização por provisão e armazenamento de recursos materiais", foi Medianamente Presente (33,33%; 31,37% e 33,33%, respectivamente). Essa competência também é citada como obrigatória nas DCN de 2001, no inciso V do art. 4° chamado "Administração e Gerenciamento" (BRASIL, 2001).

O enfermeiro, por lidar diretamente com o cuidado e ser responsável pelas unidades assistenciais, desenvolve domínio técnico para julgar os insumos – fazendo com que esse profissional possa influir na economicidade das instituições de saúde (BOGO et al., 2015). Por não se tratar de um assunto puramente técnico-assistencial e ser realizado por profissionais inseridos

nos serviços de saúde, as oportunidades de os estudantes vivenciarem o processo de provisão e armazenamento desses recursos ficam diminuídas.

Para C8, "Atuação em fluxo de controle de qualidade", a categoria prevalente em Conhecimento foi Pouco Presente (31,37%); em Habilidade, Medianamente Presente (31,37%). Já na dimensão Atitude, houve prevalência igual dessas categorias (27,45%).

Apesar de o comportamento dos participantes em relação a C8 não ter ficado bem elucidado (Habilidade é a única que se apresenta significante estatisticamente), vê-se necessidade do melhoramento dessa competência. A Enfermagem necessita de domínio sobre a gestão da qualidade, já que, segundo Vituri e Évora (2015), a profissão é voltada à qualidade da assistência com avaliação de componentes estruturais.

A respeito de C9, "Tomada de decisão para alcance de resultados positivos", a prevalência em Conhecimento e Habilidade foi da categoria Presente (33,33% e 35,29%, respectivamente); já Atitude mostrou concorrência entre as categorias Medianamente Presente e Presente (33,33% ambas). Estes resultados mostram perspectiva favorável à competência dos estudantes e, ainda, é reforçado pelo estudo de Peres et al. (2017), no qual estudantes mostram CHA satisfatório nesse conteúdo.

A competência de C9 está presente nas DCN como um dos objetivos da formação em Enfermagem (no inciso II do art. 4°). Considerando a ideia de Santos et al. (2018), de que a metodologia problematizadora incita ações crítico-reflexivas, entende-se que a EEMB facilita o exercício da tomada de decisões por adotar essa ferramenta metodológica.

No que diz respeito a C10, "Desenvolvimento de indicadores de desempenho", a competência foi prevalentemente Pouco Presente: Conhecimento, 27,45%; Habilidade, 31,37%; Atitude, 31,37%.

Na revisão sistemática de Havashi e Pedroso (2016), é apontado que o enfoque da medição de desempenho mudou ao longo do tempo: antes era voltada apenas para a produção. Hoje, busca-se mensurar aspectos produtivos, financeiros e não financeiros. Para esses autores, um sistema para mensuração de desempenho é capaz de quantificar a eficácia e eficiência de ações adotadas, através de avaliação de dados válidos.

As competências mostram heterogeneidades de prevalência em suas dimensões. As categorias mais citadas em Conhecimentos foram: Pouco Presente (C4, C5, C8 e C10) e Presente (C2, C3, C6 e C9). Em Habilidades, a categoria em maior número de conteúdos foi Medianamente Presente (C1, C2, C6, C7 e C8). A respeito de Atitudes, predominou a categoria Medianamente Presente (C1, C2, C6, C7, C8 e C9).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam como os estudantes do último ano da EEMB declaram seus Conhecimentos, Habilidades e Atitudes em conteúdos do processo administrativo-gerencial. A análise dos dados demonstra que o campo teórico apresenta maior desenvolvimento que o prático. Isso está relacionado a fragilidades no sistema de saúde, que prejudicam a integração ensino-serviço e o processo ensino-aprendizagem.

A insegurança e a incerteza afetam o modo como os estudantes enxergam seu desempenho, comprometendo a confiança em neles mesmos e naquilo que apreendem/apreenderam. De um lado, existe a segurança que os afasta da ideia de não possuir competência e, de outro, a incerteza que os impele de declarar competência total.

Destacam-se os conteúdos C4, C5 e C10, os quais apresentaram prevalência de competência Pouco Presente, representando sinais de alerta para o ensino. Esses têm se mostrado modificáveis ao longo dos anos, necessitando de mais oportunidades práticas e formas de ensino que se adequem às suas mudanças.

A ampliação de competências é possível e ganha exemplo no que foi visto em C3 e C9, que apresentam predominância de competência Presente.

A metodologia problematizadora prevista no PP, com o Arco de Maguerez, traz a possibilidade de um ensino voltado para os problemas reais encontrados nos campos de atuação, que se encaixa na proposição das DCN, preparando os enfermeiros para as exigências do mundo do trabalho. É recomendado o investimento em metodologias ativas e que desenvolvam competências.

Pesquisas como estas podem ser feitas em outros componentes curriculares da formação em Enfermagem, fortificando um modelo de avaliação baseado no autojulgamento do alunado. Torna-se válida, também, a ideia de expandir esse desenho de estudo a outras instituições de ensino, contribuído para um delineamento do perfil do estudante na região.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria de Lourdes. **Gerenciamento em enfermagem: formação e prática na perspectiva de egressos de uma universidade pública.** 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

AMESTOY, Simone Coelho et al. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 79-85, 2014.

BOGO, Priscila Conde et al. O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 632-639, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/ CES n. 3, de 7 novembro de 2001**. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Brasília (DF), 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

BUBLITZ, Susan et al. Perfil sociodemográfico e acadêmico de discentes de enfermagem de quatro instituições brasileiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p.77-83, 2015.

CAMELO, Silvia Helena Henriques et al. Competencias profesionales y estrategias organizacionales de gerentes de enfermería. **Ciencia y enfermería**, v. 22, n. 1, p. 75-86, 2016.

CARRENO, Ioná et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, n.3, p. 947-946, 2013.

FRANCO, Renato Soleiman et al. O conceito de competência: uma análise do discurso docente. **Rev. bras. educ. méd**, v. 38, n. 2, p. 173-181, 2014.

GADOTTI, Moacir. O projeto político-pedagógico da escola na perspectiva de uma educação para a cidadania. 2016.

HAVASHI, Ana Paula; PEDROSO, Carolina Belotti. Melhorias na Qualidade dos Serviços de Saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica sistemática. **Revista eletrônica gestão & saúde**, v. 7, p. 1089-2003, 2016.

KLOH, Daiana et al. Integração ensino-serviço no contexto do projeto político-pedagógico de cursos de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 11, p. 4554-4562, 2017.

MACHADO, Maria Helena et al. Características gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em foco**, v. 7, n. esp, p. 9-14, 2015.

MARQUIS, Bessie; HUSTON, Carol. **Administração e liderança em Enfermagem**: teoria e prática. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2015.

MATSUDA, Laura Misue et al. Informática em enfermagem: desvelando o uso do computador por enfermeiros. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 178-186, 2015.

NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de Enfermagem da NAN-DA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NASCIMENTO, Patricia Novaes; BARBOSA, Mirella Cristina Leto. Perspectivas dos Graduandos de Enfermagem Frante ao Mercado de Trabalho. **Id on Line revista de psicologia**, v. 11, n.35, p. 267-278, 2017.

NETO, **Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes** et al. Perfil sociodemográfico dos estudantes de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 3, p. 75-79, 2017.

NEVES, Vanessa Ribeiro; SANNA, Maria Cristina. Conceitos e práticas de ensino e exercício da liderança em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 733-740, 2016.

PERES, Aida Maris et al. Mapeamento de competências: gaps identificados na formação gerencial do enfermeiro. **Texto e contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 1-8, 2017.

PINHEIRO, Alba Lúcia Santos et.al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016.

SADE, Priscila Meyemberg Cunha; PERES, Ainda Maris; WOLFF, Lillian Dayse Gonçalves. A formação das competências gerenciais do enfermeiro: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line.** Recife, v. 6, n. 8, p.1739-1745, 01 jul. 2014.

SANTOS, José Luís Guedes dos. Estratégias didáticas no processo de ensino -aprendizagem de gestão em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 02, p. 1-11, 2018.

SILVA, Kenia Lara et al. Expansion of undergraduate courses in nursing: dilemmas and contradictions facing the labor market. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5: p. 1211-1218, 2013.

SILVA, Simone Santa da; ASSIS, Marluce Maria Araújo; SANTOS, Adriano Maia dos. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1-9, 2017.

SOARES, Mirelle Inácio et al. Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização da assistência de enfermagem. **Enferm Global**, v. 42, n. 3, p. 353-64, 2016.

VITURI, Dagmar Willamowius; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p.945-942, 2015

WESTIN, Ursula Marcondes et al. **Dimensionamento de pessoal em enfermagem: uma proposta de Webquest**. SIED: EnPED-Simpósio Internacional de Educação a Distância e Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância. 2016.



100

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE TUCURUÍ-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Letícia Sousa do Nascimento¹, Isabelle Guerreiro de Oliveira¹, Thays Queiroz Santos¹, José Benedito dos Santos Batista Neto¹ Thacyana Vitória Lopes de Carvalho¹, Thiago Marcírio Gonçalves de Castro¹, Ana Caroline de Oliveira Coutinho¹ Rafael Vulcão Nery¹, Yan Silva Morais¹, Cristália de Melo da Silva¹, Renata Campos de Sousa Borges², Milena Coelho Fernandes Caldato³, José Ronaldo Teixeira de Sousa Junior⁴, Ismaelino Mauro Nunes Magno⁵,

RESUMO

O objetivo deste manuscrito é relatar a experiência vivenciada através da integração dois grupos de acadêmicos dos cursos de Graduação em Enfermagem e Educação Física da Universidade do Estado do Pará (UEPA), núcleo de Tucuruí-PA, ao realizar educação em saúde com portadores de DM em uma unidade de saúde do município mencionado. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. A experiência ocorreu através da integração ensino e serviço, proporcionada pela UEPA, campus Tucuruí – PA, e a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Tucuruí, sendo realizada durante as atividades práticas da disciplina "Educação em Saúde", no "Centro de Saúde Terra Prometida". Durante a intervenção desenvolvida desdobrou-se quatro eixos de atividade: Dinâmicas de mitos e verdades sobre Diabetes; Roda de conversa, Prática de atividade física e Alimentação indicada ao diabético. A realização dessas atividades na assistência de saúde proporciona aos pacientes e profissionais uma maior aproximação e sucesso na adesão ao tratamento da enfermidade, ofertando uma saúde a população assistida, tendo uma abordagem holística e humanizada.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade; Educação em saúde; Diabetes Mellitos; Ensino e serviço.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.100-112

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, UEPA, Tucuruí-PA.

² Enfermeira Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UEPA, Tucuruí-PA. Doutoranda no Programa de Doutorado Profissional Ensino em Saúde na Amazônia (UEPA), Belém-PA.

³ Médica Docente do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde na Amazônia (UEPA), Belém-PA. Doutora em Medicina, Belém-PA.

⁴ Farmacêutico. Mestrando Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Programa de Pós- Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Saúde - Educação Médica (ESEM), Belém, Pará, Brasil.

⁵ Médico. Docente Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Saúde - Educação Médica (ESEM)

The purpose of this manuscript is to report the experience lived through the integration of groups of undergraduate students of Nursing and Physical Education at the State University of Pará (UEPA), Tucuruí-PA, when conducting health education with DM patients. in a health unit in the municipality mentioned. This is a descriptive study of the experience report type. occurred through the integration teaching and service, provided by UEPA, campus Tucuruí - PA, and the Department of Health of the Tucuruí City Hall, being carried out during the practical activities of the discipline "Health Education", at the "Promised Land Health Center". During the intervention developed four axes of activity unfolded: Dynamics of myths and truths about Diabetes; Wheel of conversation, Practice of physical activity and Diet indicated to the diabetic. The performance of these activities in health care provides patients and professionals with a greater approach and success in adhering to the treatment of the disease, offering a health to the assisted population, taking a holistic and humanized approach.

Keywords: Interdisciplinarity; Health education; Diabetes mellitus; Teaching and service.

101

INTRODUÇÃO

Sendo caracterizada como uma doença crônica, grave, com evolução lenta e progressiva, Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006). Esta doença atinge milhares de pessoas a nível global e necessita de acompanhamento médico e tratamento intensivo para o controle (MAIA;ARAÚJO, 2002).

O DM pode ser classificado como tipo I e 2 (DMI e DM2). A primeira consiste em uma doença autoimune, poligênica, a qual resulta na destruição das células pancreáticas, resultando na deficiência completa da produção de insulina. A segunda indica uma doença que possui uma etiologia com diversos fatores, como condições genéticas, fatores ambientais, inatividade física, hábitos de vida, entre outros. O DM2 possui um alcance de 90 a 95% de todos os casos de DM (SBD, 2017).

Ademais, o DM também faz parte do grupo de doenças crônicas encarregadas das principais causas de óbitos mundialmente, além de ser considerado um dos problemas de saúde com elevado destaque de ocorrência. Assim, estudos de várias localidades têm discutido a respeito de práticas que possam auxiliar no controle do avanço da doença e suas consequências, os quais são, muitas vezes, resultados de uma assistência inadequada e centrada na cura das patologias, como propõe o modelo biomédico (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010). O controle necessário do diabetes consiste em um tripé: dieta, exercícios físicos e medicamento. Esses fatores são totalmente importantes e é imprescindível que todos sejam apropriadamente analisados ao mesmo tempo.

Para evitar as complicações do diabético, é fundamental que haja a prevenção e que os profissionais de enfermagem devem acompanhar periodicamente os pacientes, orientando-os minuciosamente sobre os cuidados que devem ser tomados em relação ao controle glicêmico, à alimentação adequada, à prática de exercícios físicos e principalmente com os pés, procedimentos esses que serão capazes de permitir uma vida mais saudável. Diante disso, justifica-se a utilização de mecanismos metodológicos que venham facilitar o processo de educação em saúde aos acometidos pela patologia supracitada (CARVALHO; SILVA, 2016).

A Educação em Saúde, para o Ministério da Saúde, é um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, sendo caracterizado como um conjunto de práticas do

setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores (FALKENBERG et al., 2014).

A abordagem idealizada pelas políticas públicas é educação em saúde sociocultural ou holística, onde o indivíduo é analisado de forma completa e em seu contexto socioeconômico, tendo como objetivo a capacitação das pessoas, através de uma aprendizagem em que é evidenciando a necessidade de intervenção com base em sua realidade (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2018).

Diante desse contexto, o objetivo do estudo é relatar a experiência dos acadêmicos de Enfermagem e Educação Física, da Universidade do Estado do Pará (UEPA), campus de Tucuruí – PA, junto aos pacientes presentes em um Centro de Saúde do referido município, visando não só proporcionar a mudança e melhoria na qualidade de vida do público alvo, como também fornecer o conhecimento a respeito da promoção e prevenção a saúde, no que se refere a DM, por meio de ações educativas, dinâmicas e práticas de exercícios físicos.

OBJETIVOS

Objetivou-se com este trabalho relatar a experiência vivenciada por um grupo de acadêmicos dos cursos de Graduação em Enfermagem e Educação Física da Universidade do Estado do Pará (UEPA), núcleo de Tucuruí-PA, ao realizar educação em saúde com portadores de DM em uma unidade de saúde do município mencionado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Este tipo de estudo consiste em uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

O planejamento das atividades ocorreu do dia 15 de maio a 02 de junho de 2018 e a execução da ação relatada foi realizada no dia 04 de junho de 2018, com duração de 2h00min, sendo o público alvo os pacientes presentes no local, principalmente, com idade a partir dos 60 anos — a escolha dessa faixa etária deve-se ao fato de ser um público bastante interativo -. A ação foi implementada por 05 acadêmicos de enfermagem e 01 acadêmica de Educação Física da UEPA, coordenada pela docente responsável da disciplina de "Educação em Saúde", ministrada no 2° período do curso de Graduação em Enfermagem.

A trajetória metodológica deste trabalho baseou-se na Metodologia da Problematização, sendo este o método adotado pelo Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA, utilizando-se como alicerce

104

o esquema do Arco de Maguerez, que, de acordo com Berbel (1999), considera 05 etapas: I- Observação da realidade, 2- Identificação dos pontos-chave, 3- Teorização, 4- Hipóteses de solução e 5- Aplicação à realidade.

Dentre outras metodologias ativas, a Metodologia da Problematização possibilita a ação-reflexão-ação, com aproximações sucessivas do objeto estudado, postulando o diálogo como uma prática essencial para o processo, levando docentes e discentes a "sentar e discutir" de forma dialética. Além disso, a utilização do Arco de Maguerez como ferramenta metodológica favorece o estreitamento entre a teoria e prática em diversos cenários reais de saúde da profissão do enfermeiro (UEPA, 2013).

O Arco de Maguerez é considerado a base para a aplicação da Metodologia da Problematização. Ele surgiu na década de 70 do século XX e ganhou publicidade com os autores Bordenave e Pereira, a partir de 1977 (CO-LOMBO; BERBEL, 2007). O Arco de Maguerez, utilizado como ferramenta metodológica, propicia o estreitamento entre a teoria e prática em diversos cenários reais de saúde da profissão do enfermeiro (UEPA, 2013).

A "Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez constitui um rico caminho para estimular o desenvolvimento de saberes diversos pelos seus participantes" (COLOMBO; BERBEL, 2007, p. 124).

As etapas percorridas para a realização deste trabalho, considerando seu planejamento e execução final, bem como as fases do esquema do Arco de Maguerez, foram as seguintes:

- la Observação da realidade: ocorreu através da integração ensino e serviço, proporcionada pela UEPA, campus Tucuruí PA, e a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Tucuruí, sendo realizada durante as atividades práticas da disciplina "Educação em Saúde", no "Centro de Saúde Terra Prometida" do município citado acima. Os métodos ativos utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, objetivando alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas (MITRE et al., 2008);
- **2ª Identificação dos pontos-chaves:** na qual se evidenciou a necessidade de abordar o tema diabetes, por meio da análise local realizada a partir de relatos da população e funcionários;
- **3ª Teorização**: realizada através de estudos na literatura e em bancos de dados eletrônicos, como a Literatura Latino-americana e do caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o Sientific Eletronic Library Online (SCELO), utilizando como critério de pesquisa as palavras-chaves: Diabetes Mellitus, Rodas de Conversa e Educação em Saúde a respeito da Diabetes. O discen-

te, ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, passa a exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (MITRE et al., 2008);

- **4ª Hipóteses de solução:** na qual foram selecionadas as possíveis ações: roda de conversa, realização de exercícios físicos e dinâmicas educativas destinadas aos pacientes presentes no local, principalmente a faixa-etária a partir dos 60 anos;
- 5ª Aplicação à realidade: na qual foram implementadas as ações planejadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram dessa ação 10 pacientes presentes no local, cadastrados no Centro de Saúde Terra Prometida, em Tucuruí – PA. As atividades previamente planejadas foram executadas no dia 04 de junho de 2018, no horário de 15:00 horas às 17:00 horas. Não houve o comparecimento de muitos idosos no Centro de Saúde, devido à falta de convocação prévia para a realização do projeto.

Para melhor entendimento do relato da experiência, 04 (quatro) eixos foram definidos, de acordo com a intervenção desenvolvida: I^a atividade – Dinâmicas de mitos e verdades sobre Diabetes; 2^a atividade – Roda de conversa, 3^a atividade – Prática de atividade física e 4^a atividade – Alimentação indicada ao diabético.

la atividade – Dinâmicas de mitos e verdades sobre Diabetes: A educação em diabetes pode ser produzida de diversas formas, como através de dinâmicas informativas, folhetos educativos, palestras, rodas de conversa, colônias, entre outras (MAIA;ARAÚJO, 2002). Em concordância a isso, o grupo de educadores desenvolveu uma atividade denominada "mitos e verdades sobre Diabetes", contendo perguntas como: Diabetes acomete homens e mulheres de todas as idades? DM não é uma doença grave? Diabetes não tem cura? DMI é mais grave do que DM2? Diabetes é causada pelo consumo excessivo de açúcar? Pessoas acima do peso desenvolveram Diabetes? Pessoas diabéticas podem comer frutas à vontade? Quem tem DM não deve exagerar no consumo de pães, massas e outros carboidratos? Quem tem diabetes nunca mais poderá comer doces? DM pode fazer a pessoa emagrecer? Diabéticos podem consumir bebidas alcoólicas socialmente? Todo diabético precisa de aplicação de insulina? A aplicação de insulina causa dependência química? Quem tem DM precisa de tratamento? O estresse pode agravar o diabetes?

O principal objetivo desta dinâmica foi identificar o nível de conhecimento e estimular a participação dos pacientes, os quais estavam inicialmente tímidos, mas com o desenvolvimento da atividade, o público mostrou-se participativo, além de evidenciarem bastante conhecimento a respeito do tema, ao responderem de forma correta a maior parte das questões expostas.

2ª atividade - Roda de conversa: A Roda de Conversa é uma excelente estratégia metodológica para uma comunicação dinâmica e produtiva entre profissionais e pacientes. Essa técnica apresenta-se como um rico instrumento para ser utilizado como prática metodológica de aproximação entre os sujeitos no cotidiano de trabalho, incluindo a área da saúde (MELO; CRUZ, 2014). A escolha por esta técnica ocorreu por esta permitir que os participantes expressem, concomitantemente, suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto, assim como permite trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo (MELO; CRUZ, 2014). A 2ª atividade, realizada logo após a dinâmica de mitos e verdades, consistia em uma roda de conversa utilizando materiais artesanais, como placas ilustrativas para a compreensão dos temas abordados, os quais os sintomas e consequências da Diabetes Mellitus. As discussões foram pautadas na temática em questão. Os participantes foram questionados a respeito do que é a doença, as causas, sintomas, consequências, prevenção, alimentação necessária e a importância dos exercícios físicos para o diabético, gerando assim, uma discussão sobre a temática explanada, onde mais uma vez, alguns indivíduos demonstraram conhecimento e domínio do assunto, respondendo de forma correta grande parte do questionamento. Com isso, foi possível comparar, de forma positiva, o relato de experiência com o estudo de Martin et al. (2015), o que ocorreu em uma roda de conversa sobre Diabetes e Hipertensão, com o auxílio de cartazes, em uma Unidade Básica de Saúde, tendo como resultado a eficácia dessa dinâmica, uma vez que dúvidas foram esclarecidas, além da aprendizagem efetiva sobre o tema.

3ª atividade – Prática de atividade física: Segundo Mendes et al. (2017), é necessário impelir o controle e o tratamento da diabetes como estratégia de saúde pública, levando em consideração, sobretudo, seus gastos. Assim, sua terapêutica exige atenção multidisciplinar constante e permanente, envolvendo alimentação saudável, exercício físico, autocuidado, uso de fármacos e apoio psicossocial. Por conseguinte, durante a 3ª atividade, houve a prática de exercícios físicos orientados por uma acadêmica de Educação Física da UEPA, com duração de 20 minutos, sendo enfatizado, dessa forma, não só a relevância da atividade física para o diabético como, também, o cuidado multidisciplinar. A obesidade e sobrepeso estão presentes na maioria dos

pacientes com DM, mais especificamente do tipo 2. Estima-se que entre 80% e 90% dos indivíduos acometidos pelo DM tipo 2 são obesos ou estão acima do peso. A prática de exercícios físicos regulares promove um aumento do turnoverda insulina por maior captação hepática e melhor sensibilidade dos receptores periféricos, podendo reduzir o risco de desenvolvimento do DM tipo 2 (MOLENA-FERNANDES et al., 2005).

4ª atividade – Alimentação indicada ao diabético: Para finalizar a ação, ocorreu a distribuição de lanches saudáveis com alimentos indicados ao paciente portador da patologia em questão (como sanduíche contendo pão integral, tomate, alface, frango cozido), os quais foram produzidos no dia da ação pelos acadêmicos de enfermagem, no intuito de demonstrar que mesmo com as restrições dietéticas, o paciente pode manter uma nutrição saudável e satisfatória. Estudos experimentais e clínicos têm demonstrado que uma dieta com alto teor de gordura e baixo teor de fibras aumenta o risco de desenvolvimento da intolerância à glicose e do DM tipo 2 (MOLENA-FERNANDES et al., 2005). Segundo o Ministério da Saúde, metade dos casos novos de DM poderia ser prevenida evitando-se o excesso de peso e controlando a alimentação (BRASIL, 1996). O tratamento nutricional adequado ao paciente portador de DM deve ter os seguintes objetivos:

reduzir e/ou controlar a glicemia, balanceando a ingestão alimentar com insulina ou hipoglicemiantes orais e exercícios físicos; respeitar a quantidade, tipo de alimentos e horários das refeições para o controle glicêmico; atingir o perfil lipídico desejado: geralmente, o planejamento alimentar inclui baixa quantidade de gordura, especialmente das saturadas, mais carboidratos e fibras, visando atingir ou manter níveis lipídicos apropriados; manter o peso corporal adequado: em caso de obesidade a redução do peso pode produzir melhora significativa na glicemia; prevenir, retardar ou tratar as complicações da doença: o planejamento alimentar pode evitar hipo e hiperglicemias; a nefropatia pode ser prevenida ou controlada com uma dieta hipoproteica e em relação à macroangiopatia, seu risco pode ser atenuado por dieta pobre em gorduras; contribuir para melhora da saúde e bem estar (MOLENA-FERNAN-DES et al., 2005, p. 197).

As recomendações atuais referem que a alimentação deve ser rica em fibras, vitaminas e minerais, com um consumo diário de duas a quatro porções de frutas (sendo pelo menos uma rica em vitamina C) e de três a cinco porções de hortaliças (cruas e cozidas). Recomenda-se, ainda, dar preferência, sempre que possível, aos alimentos integrais (SBD, 2003). Levando em

consideração o exposto, o lanche foi distribuído não só para os participantes da ação, mas também para a maior parte dos funcionários do Centro de Saúde Terra Prometida, a partir disso foi possível perceber a credibilidade e aprovação por parte dos indivíduos, quanto aos alimentos distribuídos.

Figura 1: Exercícios físicos realizados com os pacientes



Fonte: arquivos pessoais

Figura 2: Placas ilustrativas e lanche distribuído aos participantes



Fonte: arquivos pessoais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imprescindível destacar que a execução da educação em saúde, além

de promover a formação permanente de educadores para atuar nessas situações, tem como estrutura fundamental a disseminação do desenvolvimento de saberes individuais e coletivos, tendo como objetivo o progresso da qualidade de vida e saúde da sociedade alvo dos serviços, tomando por base as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde – segundo as normas também determinadas pela carta de Otawa –, as quais reforçam que a educação e a saúde são atividades sociais inseparáveis e dependentes de forma mútua, que sempre estiveram ligadas e são consideradas objetos essenciais para o processo de trabalho dos profissionais da saúde (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

A experiência relatada implicou na constatação da importância das ações de Educação em Saúde, que devem ser executadas nos mais diversos cenários e com diversos públicos-alvo.

Diante dos fatos mencionados, vale ressaltar que houve dificuldades no que diz respeito ao público alvo direcionado, visto que não compareceram muitos idosos ao local da ação, sendo necessário executar o trabalho com os demais pacientes presentes na unidade de saúde. Contudo, após aceitarem participar e com o desenvolvimento da ação, os pacientes se mostraram bastante dinâmicos.

Nota-se, então, que os objetivos e metas propostos foram alcançados. Além disso, sugere-se a realização de uma educação de forma regular, destinada aos pacientes portadores de DM cadastrados no Centro de Saúde Terra Prometida, já que são muitos os relatos de casos, por parte dos profissionais, quanto ao abandono do tratamento.

Além disso, é relevante registrar a necessidade de capacitação profissional para atuação direcionada aos portadores de DM, de forma que as ações de educação em saúde se tornem parte da rotina de atuação da equipe multiprofissional. A realização dessas atividades na assistência de saúde proporciona aos pacientes e profissionais uma maior aproximação e sucesso na adesão ao tratamento da enfermidade, ofertando uma saúde a população assistida, tendo uma abordagem holística e humanizada.

BERBEL, N.A. N. **Metodologia da problematização:** fundamentos e aplicações. Londrina: EDUEL, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes na atenção básica.** 39.ed. Santa Catarina: Telessaude Informa, abr. 2016. Disponível em: https://telemedicina.saude.sc.gov.br/rctm/public/modules/stt/dados/telessaude/publica-cao/9032/1461594216.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da atenção básica:** Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes mellitus cab 16.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus:** guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Viver com Diabetes.** São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/adulto/Cartilha_orient_paciente_diabetico.pdf. Acesso em: 25 nov. 2018.

CARVALHO, E.R, SILVA, J.D.B. A importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes mellitus: revisão bibliográfica. **Revista Iniciare**. Campo Mourão, v. I, n. I, p. 91-102, jul. /dez. 2016.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_390_ametodologiadaproblematizacaocomoarcodemaguerez.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

FALKENBERG, M.B., MENDES, T.P.L. MORAES, E.P., SOUZA, E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19 n.3, p.847-852, 2014

FIALHO, G.; PESSOA, L.; NICLEWICZ, M. **A vida pode ser doce sem açú-car.** Portal Comunicare. 2013. Disponível em: http://www.portalcomunicare.com.br/a-vida-pode-ser-doce-sem-acucar/>. Acesso em: 7 jun. 2018.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. **Educação em Saúde.** UNA-SUS/UNIFESP. 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/bibliote-ca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf. Acesso em: 25 nov. 2018.

MAIA, A. R.; NEGRINI, A. Conversa sobre Diabetes Mellitus com a enfermagem em uma emergência. 2016. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/ 168883?show=full>. Acesso em: 7 jun. 2018.

110

MARTIN, D. C. et al. Roda de conversa: uma ferramenta simples e efetiva para promover saúde. **UNIFRAN**, São Paulo, v. 14, n. 5, 2015. Disponível em: http://publicacoes.unifran.br /index.php/investigacao/article/view/1089>. Acesso em: 7 jun. 2018.

MELO, M. C. H.; CRUZ, G. C. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. **Imagens da Educação**, v. 4, n. 2, p. 31-39, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/anjod/Downloads/22222-101119-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MENDES, G. F. et al. Barreiras e facilitadores da adesão a um programa de educação em diabetes: a visão do usuário. **Rev Bras Ativ Fís Saúde,** Brasília, v. 22, n.3, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318926849_Barreiras_e_ facilitadores_da_adesao_a_um_programa_de_educacao_em_diabetes_a_visao do usuario>. Acesso em: 22 nov. 2018.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci arttext&pid= \$1413-81232008000900018>. Acesso em: 25 jun. 2018.

MOLENA-FERNANDES, C. A. et al. A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do Diabetes mellitus Diabetes mellitus tipo 2. **Acta Sci. Health Sci.,** Maringá, v.27, n.2, p. 195-205, 2005. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/3072/307223 952015.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

PEIXOTO, G. V.; SILVA, R. M. Estratégias educativas ao portador de diabetes mellitus: revisão sistemática. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 13, n. 1, 2012. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espaco parasaude/article/viewFile/9729 /pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

RIGON, A. G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto contexto – enfermagem,** Florianópolis, v. 20, n. 4, out./dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&-pid=S010407072011000400022. Acesso em: 7 jun. 2018.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1. 2003. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102311x2003000700004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 jun. 2018.

SBD. Sociedade Brasileira de diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes 2017-2018.** São Paulo: Editora Clannad, 2017. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/ profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

SBD. Sociedade Brasileira de diabetes. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002:** diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc Anna Nery**, v.22, n.1, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0262.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G.V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc Anna Nery**, v.22, n.1, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0262.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Pratice**, Austrália, v. 87, n. I, jan. 2010. Disponível em: https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(09)00432-X/fulltext>. Acesso em: 22 nov. 2018.

UEPA – UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem. Belém: UEPA, 2013.

UFSJ. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI. **Medicamentos para Diabetes.** Minas Gerais: UFSJ, 2015. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portal2 repositorio/File/tecnologiasemsaude_pesquisa/Cartilha%20medicamentos%20-%20Versao%20Final.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2018.

113

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: PROJETO PEDAGÓGICO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO PARÁ NA VISÃO DE ESTUDANTES

Marcos José Risuenho Brito Silva, Lorena Santos da Rocha, Nicoly Acassy de Nazaré Alves Miranda, Ricardo Luiz Saldanha da Silva, Wesley Brandão Dias, Ilma Pastana Ferreira

RESUMO

A formação em enfermagem possui aspectos organizacionais e de planejamento que a tornam complexa. Cabe ao estudante compreender esse processo com vistas à melhoria da qualidade de sua formação. Assim, o objetivo deste estudo é descrever a experiência de estudantes de enfermagem na construção e execução de grupo de estudos sobre o projeto pedagógico do curso. Trata-se de um relato de experiência, no qual participaram 23 estudantes. A operacionalização do grupo se deu através de reuniões mensais, entre agosto de 2018 a 2019, com o intuito de estudar e discutir, com uso de metodologias ativas, os capítulos do projeto pedagógico do curso de enfermagem. A participação de estudantes de diferentes semestres permitiu uma socialização de experiências e o debate crítico sobre a execução do projeto pedagógico do curso, contribuindo assim para a melhoria do processo de ensino e aprendizado.

Descritores: Educação em Enfermagem. Educação Superior. Estudantes de Enfermagem.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.113-123

O processo de ensino em enfermagem aperfeiçoa-se com o estabelecimento de um Projeto Pedagógico de Curso (PPC) que tem por objetivo delimitar os eixos de ensino institucionais, isto é, seus propósitos, normas e primazias do perfil profissional de uma instituição de ensino superior. Assim o desenvolvimento do ensino em enfermagem é otimizado com o conhecimento dos alunos acerca desse projeto, no sentido de potencializar a avaliação dos egressos na qualidade sua formação profissional (MARÇAL et al., 2014; MEIRA e KURCGANT, 2016).

A construção do projeto pedagógico está garantida no artigo 12ª, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que define os aspectos do processo de educação desde o ensino básico ao superior de 20 de dezembro de 1996. O artigo afirma que compete às instituições de ensino a produção e implementação de um projeto pedagógico. Essa proposta deve ser fundamentada nas normas comuns da lei, objetivando definir o sistema de ensino para a formação de indivíduos com habilidades de desempenhar a cidadania, promover a continuidade dos estudos e para executar o trabalho (BRASIL, 1996).

Nesse contexto, em 2001, para influenciar na construção de todos os projetos pedagógicos dos cursos de enfermagem, Conselho Nacional de Educação institui as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) que estabelece a formação dos enfermeiros em todas as instituições de ensino superior do Brasil (BRASIL, 2001).

A DCN/ENF, portanto, determina os aspectos que articulam a formação do profissional da área, com a instrução individual crítica e reflexiva, possuindo o arcabouço teórico e utilitário capaz de assistir a população na saúde de forma humanizada e tendo como foco a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), alinhando o perfil do discente aos princípios do SUS. Outrossim, o documento modela as administrações institucionais, no desenvolvimento da grade curricular, para adequar a formação do profissional no contexto vivenciado, no sentindo de garantir um ensino sólido em uma sociedade de constante mudanças (MARÇAL et al., 2014).

Ademais, o PPC destaca as peculiaridades regionais da instituição que a produz, sendo fundamental para o reconhecimento de medidas intervencionistas dos trabalhadores de saúde no perfil epidemiológico em questão (MARÇAL et al., 2014; LIMEIRA et al., 2015).

A aplicação do PPC no ensino em enfermagem, portanto, concretiza a aprendizagem correlacionando teoria e prática, de forma interdisciplinar por meio do currículo integrado. Essa abordagem propicia a preparação dos

114

estudantes para a observação crítica, proporcionando o bom desempenho na intervenção em saúde da população, assim, tornando-o um intermediário da transformação social (SOUZA et al., 2012).

Neste sentido, é fundamental que o PPC, adequado aos itens da DCN/ENF, possua a implementação como garantia prioritária na educação de ensino superior, pois se caracteriza como parâmetro de qualidade do curso. Sendo, portanto, um critério de qualidade, devido aos fundamentos que o integram de: emprego de metodologias ativas, adesão à interdisciplinaridade, estimulo à pesquisa, comunicação constante entre discente e docente e o desenvolvimento técnico-científico bem como o comportamental ético e humanista do profissional. Logo, melhor se dá a formação superior à medida que essas concepções são executadas (LIMEIRA et al., 2015).

O estudante, por sua vez, ao se apropriar do conhecimento detalhado sobre o PPC é capaz de transformar sua educação em saúde, visto que se trata apenas um documento, adotado com o objetivo de seu empoderamento habitual por meio do estudo. O PPC é a margem de liberdade do discente em conjunto com a instituição, para tornar os currículos mais flexíveis, tendo como base a diversidade de perfis de egressos à universidade e condução da formação desses profissionais. Assim, ao tomar posse dessa ferramenta, os estudantes são capazes de se apropriar do conhecimento e recriá-lo, melhorando os aspectos de sua formação em saúde (MAGALHÃES et al., 2017;MOREIRA e DIAS, 2015).

Tendo por base os pressupostos apresentados, o presente estudo tem por objetivo descrever a experiência de estudantes de enfermagem na construção e execução de grupo de estudos sobre projeto pedagógico do curso.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, o qual descreve a vivência de um grupo de estudantes de enfermagem sobre a construção e discussões oriundas de um grupo de estudos com foco no debate acerca do projeto pedagógico do curso de enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Nesse contexto, são instigadas reflexões acerca da relevância da discussão sobre o planejamento do processo de ensino e aprendizagem na graduação. Os estudos com uso de tecnologia leve, informacional contribuem para se obter uma visão sobre determinada temática e chamar atenção para a utilização de outras abordagens para subsidiar novas pesquisas no âmbito da academia (SOARES et al., 2016).

O grupo de estudos foi decorrente de iniciativas do Centro Acadêmico de Enfermagem Wanda de Aguiar Horta (CAENF), do curso de enfermagem

115

da UEPA, no cumprimento de seu papel de incentivar a participação dos graduandos em discussões e debates relevantes para sua formação profissional. O relato foi desenvolvido a partir da vivência de 23 estudantes, tendo como foco leituras e discussões sobre o PPC do Curso de Graduação em Enfermagem, no município de Belém (PA).

As atividades do grupo de estudos iniciaram em agosto de 2018, por meio de reuniões realizadas entre os graduandos de diferentes semestres do curso de enfermagem, na UEPA, a fim de subsidiar análises e discussões sobre o PPC.

O grupo de estudos ocorreu em forma de reuniões mensais. Com a finalidade de protagonizar a participação dos estudantes, para serem motivados a estabelecer suas opiniões a partir de suas reflexões e análises, participando dos questionamentos partilhados nessas reuniões. Essa iniciativa criou o ambiente favorável à troca de experiências e, principalmente, à capacidade de debater sobre questões relacionadas à formação em enfermagem.

É importante destacar que, durante as reuniões, também foram utilizadas metodologias ativas, como: rodas de conversa, que promovem um diálogo de forma mais dinâmica, facilitando a expressão e reflexão do indivíduo sobre o assunto que é debatido; a metodologia teatro do oprimido, que foi utilizada para instigar uma análise teórica, visando a problematização dos assuntos discutidos em forma exercícios e jogos teatrais; e, por fim, foram utilizados mapas mentais para estabelecer fixação das informações retidas nas reuniões, de modo que não se tornasse um espaço de estudo monótono, mas sim um momento que estimulasse a eficiência e capacidade de aprendizagem dos participantes de maneira diferenciada.

RESULTADOS

O grupo de estudos do projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem foi composto por 23 estudantes de semestres distintos, do primeiro ao quinto ano, com o objetivo de proporcionar um espaço de formação e de debate acerca dos capítulos presentes no PPC (Quadro I). Além dos discentes, a reunião do grupo também contou com a participação da Assessória Pedagógica do Curso e com o apoio de professores.

QUADRO I: Capítulos do Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da UEPA, 2013.

- I. HISTÓRICO DO CURSO
- 2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA REGIÃO NORTE
- 3. A INSTITUIÇÃO ATUAL
- 4. ORGANIZAÇÃO CURRICULAR DO CURSO
- 5. OPERACIONALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS
- ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIA-ÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO
- 7. NÚCLEO DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO (NUPEP)
- 8. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
- MESTRADO EM ENFERMAGEM ASSOCIADO COM A UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ/UEPA E UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZO-NAS/UFAM
- 10. PROJETOS COMPLEMENTARES
- II. ANEXOS
- 12. APÊNDICES

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem (UEPA), 2013.

Na primeira reunião, por meio de uma roda de conversa aliada a uma leitura prévia do PPC, dividida em dois momentos, discute-se sobre o histórico do curso de enfermagem no norte do Pará e sobre o perfil epidemiológico da região. No primeiro momento, os discentes conheceram a história da criação do curso, além de todos os avanços que foram alcançados pela instituição de ensino superior. No segundo momento, foi abordado sobre as características econômicas, climáticas, geográficas e ambientais; doenças endêmicas e a importância do conhecimento científico para a região.

Na segunda reunião do grupo, por intermédio de uma leitura dialogada acerca da Instituição Atual (terceiro capítulo do PPC), os participantes conheceram a missão e as bases filosóficas do curso de enfermagem da UEPA. Outrossim, foi explanado quanto às instalações físicas e a estrutura organizacional da instituição como: a estrutura dos departamentos, da coordenação de curso e da biblioteca. Ademais foi exposto a respeito do quadro funcional

118

do curso, tanto do interior quanto da capital. Por fim, foi dialogado sobre a interiorização do curso e as formas de acesso naquele período e na atualidade.

Na terceira e na quarta reunião, utilizou-se, como metodologia, rodas de conversa para debater o quarto capítulo do PPC, o qual aborda a organização curricular da graduação no que diz respeito ao objetivo do curso, o perfil epidemiológico do formando egresso/profissional, as competências básicas para atuar no SUS, o perfil do docente e do discente, a estrutura acadêmica, as bases pedagógicas e metodológicas, a avaliação do aprendizado, a matriz curricular do curso, os eixos temáticos e as suas ementas.

Na quinta reunião, a discussão do capítulo possibilitou a compreensão da operacionalização dos estágios, entendendo a diferença do estágio curricular obrigatório e o não obrigatório. Para consolidar o debate foi realizado o teatro do oprimido dividido em dois grupos, onde o primeiro grupo encenava a operacionalização dos estágios de forma correta e o segundo de forma equivocada, após a dramatização os participantes deveriam identificar os acertos e erros acerca da temática discutida.

Posteriormente, foi abordado sobre o capítulo seis e sete, os quais abordavam sobre as estratégias para implantação, acompanhamento e avaliação do PPC e sobre o Núcleo de Pesquisa, Extensão e Pós-graduação (NUPEP) respectivamente. Na discussão do capítulo seis, foi conversado principalmente em relação à equivalência das componentes curriculares do PPC anterior para o atual, para que os discentes entenderem como ocorria caso fosse implantado um novo projeto na atualidade. Acerca do capítulo sete, foi apresentado como o NUPEP surgiu e quais os objetivos do mesmo, foi conceituado e exemplificado quanto a extensão universitária e em relação à pós-graduação presente na instituição.

Além disso, debateu-se sobre como está o funcionamento do NUPEP, que hoje também comporta a coordenação de trabalho de conclusão de curso (TCC) após a implementação desse projeto. Nessa mesma reunião, os participantes do grupo construíram um mapa mental para explicar o conceito de pesquisa, extensão e pós-graduação de forma mais dinâmica.

Em seguida, na sétima reunião, foi estudada a residência multiprofissional em saúde, e os discentes conheceram o objetivo da sua implantação, os hospitais associados e a sua carga horária. Nas discussões do grupo, também foi abordado sobre o mestrado em enfermagem associado com a Universidade do Estado do Pará e a Universidade Federal do Amazonas. Nesse momento foi explanado sobre a área de concentração e as linhas de pesquisas que o mestrado oferece, além dos objetivos e o perfil do mestre em enfermagem.

Outrossim, foi discutido sobre os projetos complementares que a instituição deveria proporcionar, como: PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde; PET-SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e o CIÊNCIA SEM FRONTEIRAS (Programa de Mobilidade Acadêmica). Porém, notou-se que somente o PET-SAÚDE está sendo efetivado.

Ademais, os debates realizados pelo grupo contaram também com a participação de uma professora doutora, formada pela instituição, que ministrou uma palestra sobre o Currículo Integrado nas óticas das DCN's, assunto importante para os discentes.

Por fim, na última reunião, foi realizada uma leitura dialogada sobre os anexos e apêndices presente no PPC. Os discentes se apropriaram de decretos, resoluções, leis e regimentos que contribuíram para a construção do projeto e que embasavam as reuniões do grupo.

DISCUSSÃO

As reuniões desenvolvidas pelo grupo de estudos do PPC de Enfermagem da UEPA proporcionaram aos participantes uma melhor compreensão do documento que rege as ações, metas, diretrizes e prioridades que orientam a formação do profissional enfermeiro (a) com competências e habilidades necessárias para o exercício da profissão, estipuladas pela resolução CNE/CES N° 3, de novembro de 2001 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem (DCN/ENF) (MARÇAL et al., 2014; BRASIL, 2001).

As metodologias ativas utilizadas para dar direcionamento às discussões dos capítulos do PPC foram ferramentas chave para que os estudantes assumissem o papel ativo no seu processo de aprendizagem por meio das suas vivências, saberes e opiniões que proporcionaram a base para a construção do seu conhecimento o que o leva a refletir e analisar o contexto no qual está inserido, ou seja, o PPC (DIESEL et al., 2017; BERBEL, 2011).

Os encontros destinados ao estudo do PPC ocorreram mensalmente no período de um ano (2018-2019) e contou com a participação de estudantes pertencentes a semestres/períodos distintos, possibilitando o compartilhamento de conhecimentos de forma direcionada, detalhada e esclarecedora. A primeira reunião do grupo de estudos do PPC abordou o histórico de criação do curso de graduação em enfermagem no estado do Pará, sendo esta, a primeira escola de enfermagem a ser criada no norte do Brasil. Por meio desta discussão, os discentes compreenderam a grande importância da criação do curso para o desenvolvimento da saúde na região norte tendo em vista o perfil epidemiológico da Amazônia para atender as demandas de saúde da população local.

119

Durante o diálogo da operacionalização dos estágios curriculares da graduação, surgiu a reflexão de que todos os campos de prática da universidade estão inseridos no SUS, desde a atenção primária até a terciária. Por meio disso os discentes puderam compreender a relação entre o ensino-serviço vendo o SUS como uma grande escola para a sua formação acadêmica, tendo em vista que o SUS possui grande atribuição no que tange a ordenação da formação profissional para a saúde (SILVA et al., 2018), refletindo nas DCN/ENF que orientam a formação em enfermagem voltada para atender as necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS (BRASIL, 2001).

Na discussão a respeito dos projetos complementares criados pelos ministérios da saúde e educação como o PRÓ-SAÚDE, PET-SAÚDE e Ciências sem fronteiras, notou-se que apenas o projeto PET-SAÚDE vem sendo ofertado pela instituição. A falta de programas complementares se torna um fato preocupante, visto que esses programas se configuram como um incentivador quanto à integração entre ensino, serviço e comunidade, proporcionando uma formação interdisciplinar, crítica, humanizada e comprometida com a realidade do Sistema Único de Saúde para a transformação social e a promoção da Saúde (MORAES et al., 2012; SANTOS et al., 2013).

Dentro das discussões uma das mais relevantes foi a respeito dos eixos temáticos dos semestres do curso, na qual cada discente pontuou os pontos positivos e negativos da sua experiência enquanto público alvo do PPC. Posto que discussões a respeito das potencialidades e vulnerabilidades do PPC são de extrema importância para o seu aperfeiçoamento (SOUZA et al., 2012; MEIRA e KURCGANT, 2016).

Quando o discente possui o conhecimento do PPC e se permite estudá -lo de forma aprofundada enfatizando a missão, bases filosóficas, componentes curriculares, perfil do formando egresso/profissional, estrutura organizacional e o objetivo do curso, o discente torna-se protagonista do processo de ensino e aprendizagem, e assim, desenvolve a criticidade acadêmica necessária à sua formação (MAGALHÃES et al., 2017). Através disso, espera-se que o estudante adquira a capacidade de identificar lacunas na forma do ensino ministrado pelo corpo docente da Universidade, por meio da observação e da reflexão que resultam em ações transformadoras (WINTERS et al., 2016). Caso o ensino não esteja em conformidade com as PPC, o estudante terá a autonomia e propriedade para pedir esclarecimento de tal falha.

A partir da promoção do conhecimento das potencialidades e lacunas presentes no PPC, os estudantes podem contribuir ativamente com discussões acerca de possíveis reestruturações/avaliações, visto que a construção do PPC deve ser direcionada por meio da coletividade entre docentes, equi-

pe administrativa e com o corpo discente. Caso contrário, o discente não esteja presente no momento da construção do PPC, o ensino ofertado pela instituição poderá tornar-se falho, pois no momento da sua construção não há reflexão de que os discentes são partes integrantes e fundamentais da construção do PPC, o qual é direcionado pelas DCN/ENF que assumem a peça fundamental na formação prática e laboral do enfermeiro (MARÇAL et al., 2014; LIMEIRA et al., 2015; VIEIRA et al., 2016).

CONCLUSÃO

A participação dos estudantes no grupo de estudos sobre o PPC de enfermagem permitiu discutir experiências sobre os componentes curriculares e a execução do referido projeto durante a graduação. Além disso, o fato de o grupo possuir estudantes de diferentes semestres aumenta a criticidade e a importância do debate, no sentindo de melhorar a formação em enfermagem para as turmas iniciais.

Ressalta-se também que a inserção de estudantes nesses espaços, de forma voluntária, oportuniza a eles uma reflexão sobre a construção do curso, o papel da universidade e as competências e habilidades que eles deverão desenvolver enquanto futuros enfermeiros. Considerando também que o PPC é um instrumento para o estudante cobrar a qualidade em sua formação, o cumprimento de ementas propostas para as disciplinas e compreender as burocracias institucionais.

As reuniões tiveram grande êxito ao fomentarem a discussão sobre os capítulos do PPC de uma forma atrativa, utilizando metodologias ativas e reconhecendo que os estudantes possuem saberes e experiências a serem compartilhadas sobre esse tema. Além disso, a periodicidade e o cronograma semestral facilitaram o planejamento do grupo e adesão dos estudantes.

Outro ponto de êxito para a formação dos estudantes é que estes assumem o protagonismo em questões voltadas para a melhoria do processo de ensino e aprendizagem em reuniões acerca do planejamento e da execução do projeto pedagógico. Além disso, tornam-se agentes capazes de facilitar espaços de debates sobre o PPC, sobretudo em momentos de formação do CAENF, como o acolhimento aos calouros e outros.

Recomenda-se que essa experiência seja vivenciada em outras instituições, para que outros estudantes possam conhecer a protagonizar mais sua formação. É um passo inicial, mas que tem grande relevância na formação de enfermeiros críticos e reflexivos, preparados para os desafios propostos pelo cenário atual da saúde e as especificidades de sua região.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p.25-40, 2011.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001**. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem. Brasília, 2001.

DIESEL, A.; BALDEZ. A.L.S.; MARTINS, S.N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**, v. 14, n. 1, p. 268-88, 2017.

LIMEIRA, P.C.; SEIFFERT O.M.L.B.; MORENO L.D. O que a literatura científica e os projetos políticopedagógicos revelam sobre a qualidade da educação superior em enfermagem? **ABCS Health Sci**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 276-285, 2015.

MAGALHÃES S.M.F.; GABRIELLONI M.C.; SANNA M.C.; BARBIERI M. Educação em Enfermagem: conceituando projeto pedagógico na visão de professores. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 30, n.3, p.247-53, 2017.

MARÇAL M.; MARCONSI M.; XAVIER J.; SILVEIRA L.; HERDY V.; LEMOS A.A. Análises de projetos pedagógicos do cursos de graduação em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 117-125, 2014.

MEIRA M.D.D.; KURCGANT P. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 16-22, 2016.

MOREIRA C.O.F.; DIAS M.A.S. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n.3, p. 300-305, 2015.

SANTOS, D.S.; ALMEIDA, L.M.W.S.; REIS, R.K. Programa de educação pelo trabalho para a saúde: experiência **Revista da Escola Enfermagem da USP**de transformação do ensino e prática de enfermagem., v.47, n.6, p.1431-1431, 2013.

SILVA, K.J.; BENDER, J.W.; VENDRUSCOLO, C. Implicações da formação em enfermagem na qualificação do SUS: um estudo bibliométrico. **Revista eletrônica de educação**, v. 13, n.2, p. 100-109, 2018.

SOUZA M.C.C.; OTONI A.; SANTOS L.L.; CAMPOS L.G.; OLIVEIRA V.J. Oficina sobre projeto pedagógico de curso de enfermagem: refletindo sobre inovações, desafios e potencialidades. **Revista de Enfermagem referência**, v.3, n. 8, p. 67-73, 2012.

VIEIRA, M.A.; SOUTO, L.E.S.; SOUZA, S.M.; LIMA, C.A.; OHARA, C.V.S.; DO-MENICO E.B.L. Diretrizes curriculares nacionais para área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. **Revista Renome**,v.5, n.1, p.105-121, 2016.

WINTERS, J.R.F.; PRADO, M.L.; HEIDEMANN, I.T.S.B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.29, n.2, p.248-53, 2016.

124

ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO: ASPECTOS ÉTICOS E MORAIS

Ivonete Vieira Pereira Peixoto, Karen Pereira Peixoto, Mônica Custódia do Couto abreu Pamplona, Kaio Vitor Pereira da Silva, Mary Elizabeth de Santana, Márcia Helena Machado Nascimento, Renan Rocha Xerfan, Victoria Nascimento da Silva, Samantha Pereira Caldas, Osvaldo da Silva Peixoto

RESUMO

Objetivo: Discorrer sobre as evidências disponíveis em produções científicas nacionais relacionadas aos aspectos éticos e legais do Assédio Moral no Trabalho (AMT). Metodologia: pesquisa qualitativa exploratória, realizada através de levantamento bibliográfico das produções cientifica sobre o AMT e seus aspectos éticos e legais no período de 2013 a 2017. Resultados: O Estado da Arte possibilitou acompanhar a existência de uma lacuna na produção científica acerca dos aspectos éticos e moral do AMT. A legislação brasileira não abrange diretamente o assédio moral no ambiente de trabalho. No entanto, a partir de jurisprudências pode-se entender que um aspecto importante na caracterização do assédio no âmbito jurídico é a ocorrência de danos psicológicos. Considerações Finais: Ressaltam ainda a necessidade de melhor esclarecer e conscientizar os trabalhadores ou o estabelecimento de regras éticas, moral ou disciplinares, espaços de confiança, para que as vítimas possam dar visibilidade às suas queixas.

Descritores: Violência. Ética. Moral.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.124-133

Objective: To discuss the evidence available in national scientific productions related to the ethical and legal aspects of Moral Harassment at Work (AMT). **Methodology:** an exploratory qualitative research, conducted through a bibliographic survey of scientific productions about AMT and its ethical and legal aspects from 2013 to 2017. **Results:** The State of Art made it possible to follow the existence of a gap in scientific production about ethical aspects. and moral of the AMT. Brazilian law does not directly address bullying in the workplace. However, from case law it can be understood that an important aspect in the characterization of harassment in the legal context is the occurrence of psychological damage. **Concluding Remarks:** They also emphasize the need to better clarify and raise awareness among workers or the establishment of ethical, moral or disciplinary rules, spaces of trust, so that victims can make their complaints visible.

Descriptors: Violence. Ethical. *Morality*.



INTRODUÇÃO

Falar sobre o trabalho é falar de esforços realizados por pessoas, buscando alcançar metas e objetivos comuns. Bobroff (2013) defende que na ambiência laboral, significados sociais do suicídio no trabalho, decisões judiciais sobre Assédio Moral no Trabalho (AMT), são estratégias para enfrentar e combate ao crescente número de denúncias dessa prática.

Para Hirigoyen (2014), o Assédio Moral no Trabalho (AMT) se sustenta em dois pilares: o abuso de poder e a manipulação perversa, e caracteriza-se pela efetuação de constantes humilhações e constrangimentos do trabalhador, que se desdobram em repercussões negativas na identidade da pessoa assediada, distorcendo sua noção de dignidade e infringindo seus direitos fundamentais.

O AMT é um fenômeno nefasto mundial que ocorre nas relações de trabalho e gera consequências devastadoras para as vítimas, desde transtornos psiquiátricos até ideação e acometimento de suicídio. Cada vítima vivencia o AMT de maneira individualizada (BRASIL, 2015).

Pesquisadores, como Mendes (2018), descrevem o assédio moral no trabalho como sendo um risco organizacional invisível baseado na prática de situações vexatórias no labor. Vale ressaltar que o AM na relação laboral não alcança um bem tangível; daí salientar que, apesar de parecer um problema atual, tal situação ocorre desde os primórdios das relações humanas. No entanto, apenas nos dias atuais tem se tornado um fenômeno visível.

Foi a partir das pesquisas e estudos realizados por Leymann que se passou a ter base dos índices de assédio em países da Europa. Em primeiro, destaca-se o Reino Unido com um percentual de 16,3% de trabalhadores afetados pela prática da violência, em seguida, a Suécia, com 10,2%, depois, vem a França com 9,9% e a Irlanda com 9,4%, a Alemanha conta com 7,3% dos trabalhadores vítimas de assédio, e logo após vêm Espanha, Bélgica, Grécia e Itália, respectivamente (HIRIGOYEN, 2014).

Os dados acima podem estar mascarados, ou seja, os números de assédios sofridos pelos empregados podem ser ainda maiores, considerando ser este fenômeno constrangedor e humilhante, gera sérios danos à vítima sendo uma das causas que infringem os direitos fundamentais como "a intimidade, a honra e a imagem", levando ainda este trabalhador ao isolamento e muitas vezes a tentativa de suicídio.

No Brasil, a partir da dissertação de Mestrado da Dra. Margarida Barreto em 2000, intitulado "Jornada de Humilhações" o AMT começou a ser objeto de estudos específicos por várias profissionais das áreas de ciências

da saúde e sociais que tinham como intenção caracterizar o AMT como um risco psicossocial que atingia a área psíquica, a moral e o intelecto.

Os riscos no AMT geralmente são invisíveis e as agressões físicas são raras, normalmente, são ofensas verbais e gestos que agridem a dignidade do trabalhador e degradam a ambiência do trabalho. Por vezes, são exposições do trabalhador a situações vexatórias e humilhantes nitidamente de forma intencional. Predominantemente são atitudes aéticas promovidas por chefias e superiores hierárquicos direcionadas a um único e ou a vários trabalhadores (ANDRADE; ASSIS, 2018; RISSI, V. et. al. 2016).

A conceituação de "assédio moral" é complexa por englobar uma enorme quantidade de condutas praticadas nos mais diversos âmbitos sociais geralmente em direção descendente, isto é, em relações hierárquicas assimétricas na organização do trabalho. É consenso entre estudiosos do tema como Mendes (2018) que o AMT se caracteriza como situações humilhantes de repetição, dissimuladas ou não, sistematizadas e de caráter intencional nas relações de trabalho podendo gerar adoecimento do assediado, principalmente da saúde mental (MENDES, 2018).

Nesse sentido, esta pesquisa se apoiará na conceituação de Marie France Hirigoyen, para esta pesquisadora assédio moral é:

Toda e qualquer conduta abusiva manifestando-se sobre tudo por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho (HIRIGOYEN 2014, p.135).

É sabido e aceitável de que o assédio moral pode ocorrer em qualquer ambiência laboral, principalmente onde há relações hierárquicas de trabalho assimétricas. Não se trata de um fenômeno novo, no entanto devido ser uma degradação sutil e silenciosa do ambiente de trabalho há dificuldade de identificar e caracterizar sua ocorrência (MERCER; DANGUY; FERREIRA, 2015). Considerando toda esta abordagem faz-se necessário que os profissionais conheçam, reconheçam e debatam este fenômeno de forma clara, precisa e transparente para que se possam identificar os pontos de fragilidades e buscar soluções para prevenir e com isso minimizar e ou cessar a ocorrência deste fenômeno.

Segundo o educador Freire (2011), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Desta forma, as ações educativas devem estimular os usuários ao conhecimento e ao cuidado de si mesmo. A educação em saúde pode ser consi-

derada uma estratégia importante para o esclarecimento das medidas de prevenção no AM.

Nesta perspectiva da Educação em Saúde tem-se debatido a necessidade de ampliar as possibilidades metodológicas, por meio de abordagens que instiguem práticas inovadoras e transformadoras (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012). Esta abordagem se faz necessário objetivando melhor esclarecer e consciência o empregador com relação à garantia e à obrigação de garantir aspectos éticos e legais dentro de sua empresa na tentativa e manutenção da qualidade estabelecida na ambiência laboral, saúde e a segurança do trabalhado, uma vez que no Brasil, o empregador pode ser responsabilizado civil e penalmente pela falta de proteção à saúde e à segurança do trabalhador. Compara a jurisprudência brasileira sobre assédio moral, à luz da dignidade do trabalhador, levando em conta o contexto de cada país. Considerando que no processo de assédio moral uma característica antiética marcante, é imprescindível definir-se de forma precisa o conceito de ético é moral.

Uma vez que ética e moral não são a mesma coisa. A moral explicitase através de enunciados que dão valor a certas condutas, aprovando-as ou rejeitando-as. A ética é composta de enunciados que são gerados em uma investigação a respeito da validade ou não dos enunciados morais. A ética é, por assim dizer, uma filosofia moral (BOBROFF; MARTINS, 2013). Na verdade, a ética integra o corpo da filosofia, enquanto que a moral integra o corpo da vida concreta, conforme orienta Leonardo Boff.

OBJETIVOS

Discorrer sobre as evidências disponíveis em produções científicas nacionais relacionadas aos aspectos éticos e moral do AMT.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, realizada através de levantamento bibliográfico das produções cientificas sobre o AMT e seus aspectos éticos e legais no período de 2013 a 2017. Configurando-se como um estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que se realizou em seis etapas: I- identificação do tema, problema de pesquisa e objeto de estudo; 2-Estabelecimento de critérios de busca nas principais bases de dados; 3-Categorização dos estudos e coleta de dados por meio de instrumento; 4-Avaliação dos estudos e coleta de dados; 5-Apresentação dos resultados; 6- discussão e apresentação da Revisão Integrativa da Literatura.

A coleta de dados ocorreu através de acesso on-line nas seguintes

bases e bancos de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), : LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e BDENF (Bases de Dados em Enfermagem). Para seleção dos artigos utilizou-se a combinação de descritores controlados cadastrados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) como: "violência"; "harcèlement moral", "abuse", Aspecto Legal; ética; mediados pelo operador booleano "AND", visando ampliar o quantitativo de estudos. Foram ainda utilizados os descritores não controlados "assedio não sexual"; "jurisprudence" e "obrigações morais e éticas".

Os critérios de inclusão estabelecidos para a elaboração da RIL foram: artigos de pesquisa publicados no período de 2013 a 2017 em língua portuguesa, disponíveis eletronicamente na íntegra e que abordavam sobre assédio moral no trabalho: aspectos éticos e legais foram excluídos estudos do tipo: editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos e estudos que não abordavam temática relevante ao objetivo do estudo.

Ao final da coleta de dados foram encontrados um total de 46 artigos nas referidas bases e banco de dados. Os artigos selecionados foram avaliados quanto ao título do artigo, autores, ano e base de dados, tipo de estudo e publicação, objetivo e síntese dos resultados. Ao final desta etapa, emergiu a amostragem final, composta por 10 publicações, os quais atendiam aos critérios estabelecidos.

RESULTADOS

Baseado nas evidencias das publicações selecionadas nesse estudo e procurando esclarecer melhor a ocorrência desse fenômeno nefasto, os pesquisadores despontam um conteúdo ético bastante exacerbado, focalizando a escassez de virtudes que toma conta do assediador. O contexto estabelecido pelas leis, como instrumento de coerção e contenção dos avanços do assédio moral, em que pese os inúmeros projetos de lei Municipais sobre o assunto e algum outro punhado de leis em vigor, ainda é muito débil. No entanto, independente da existência de qualquer normatização que tenha por objetivo coibir o assédio moral, as reflexões éticas sobre o problema já posicionam o assediador como o tirano da relação.

Bello Filho (2019) defende que a única e provável solução para tão grave problema que aflige a sociedade globalizada está na criação desse instrumento de coerção e admoestação aos assediadores, que sejam responsabilizados criminalmente, o que seja desenvolvido um sistema de responsabilidade civil e administrativa que os faça sentir, no aspecto financeiro e de sua vaidade pessoal, a repercussão pelos atos nefastos que cometeu. Importante também estabelecer a visibilidade social do fenômeno, esclarecendo a classe

trabalhadora a respeito do assédio moral, de suas repercussões e consequências danosas a toda sociedade, principalmente a trabalhadora.

Além disso, ressalta-se que, através do Estado da Arte, foi possível acompanhar a existência de uma lacuna na produção científica acerca dos aspectos éticos e morais do AMT. Outro ponto muito discutido nas produções cientifica diz respeito à legislação brasileira que vem sendo reforçado na produção de Alvarenga (2017) que esta não abrange diretamente o assédio moral no ambiente de trabalho. No entanto, a partir de jurisprudências podese entender que um aspecto importante na caracterização do assédio no âmbito jurídico é a ocorrência de danos psicológicos. Assim como foi observado também que os processos legais por esse tipo de comportamento são normalmente encaminhados como processos por danos morais e discriminação.

O que também vem sendo discutido é a prática de estabelecer metas conjuntas, criando punições para um grupo, caso um dos empregados não consiga atingir a meta, gerando uma espiral sem fim e fazendo os empregados acreditarem que o fato de não atingirem as metas resultará no seu rebaixamento e até na sua demissão. Esse é um exemplo claro da perseguição decorrente da política de metas.

As punições para os casos de assédio moral costumam se restringir ao pagamento de indenização por danos materiais (se houver) e morais, determinados pelo juiz. Entretanto, dependendo das características do assédio, ele poderá ser enquadrado em outros tipos de crimes, que podem resultar inclusive na detenção do assediador (NASCIMENTO, 2010).

Destarte, é importante que se faça clara distinção entre as características de assédio moral e a pressão do empregador pelo cumprimento de prazos, metas e objetivos do negócio. Meros desacertos, bem como os aborrecimentos corriqueiros, não significam por si só assédio moral. Por isso a importância de se estabelecer prudentemente um nexo causal entre a conduta do empregador, a necessidade da conduta e os danos sofridos pelo trabalhador.

Proteger o (a) empregado (a) em sua moral é decorrência da valorização da dignidade do ser humano e não se limita à proibição de discriminar. Para Nascimento (2010, p.56), "essa proteção vai além para defender o empregado como ser humano que deve ser respeitado no trabalho". Por isso, deve-se limitar o agir do empregador sem, contudo, remover seu direito de cobrança e direção do negócio.

Cardoso (2013) reforça que AMT esta diretamente relacionada com a organização do trabalho, ocorrendo bloqueio entre esta e o trabalhador, sobrecarga psíquica pela diminuição de liberdade no trabalho, culminando com o desprazer e as tensões, as repercussões do AMT acabam denegrindo a ambiência laboral, atentando para o sigilo, privacidade, proteção e orientação quanto aos direitos do trabalhador.

O assédio moral inevitavelmente instala um clima desfavorável na empresa, de tensão, de apreensão, de competição. As estatísticas feitas pelos estudiosos no assunto como Hirigoyen (2011) apontam que a primeira consequência a ser sentida é a queda da produtividade, seguida pela redução da qualidade do serviço, ambas geradas pela instabilidade que o empregado sente no trabalho.

Marques et. al. (2012) relatam em sua pesquisa que dependendo do perfil do empregado assediado este pode tornar-se absenteísta (tanto física como psicologicamente), improdutivo, doente, acomodado numa situação constrangedora, suportada pela necessidade de se manter no emprego; ou, então, não se sujeita a tal situação, preferindo retirar-se da empresa.

Assim, acredita-se na relevância desta pesquisa devido às experiências e problemáticas enfrentadas no cotidiano desta formação, identificando os aspectos que podem ser aprimorados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta Revisão Integrativa conclui-se que os estudiosos da área são unanimes em afirmar e defender que o assédio moral ocorre em todo lugar onde há trabalhadores. Não existe um local onde este fenômeno não ocorra, seja em empresas ou instituições publicas e ou privadas, organizações não governamentais, instituições filantrópicas, sindicatos e igrejas.

Ressaltam ainda a necessidade de melhor esclarecer e conscientizar os trabalhadores ou o estabelecimento de regras éticas, morais ou disciplinares, espaços de confiança, para que as vítimas possam dar visibilidade às suas queixas.

O que também vem sendo muito discutido entre os pesquisadores e a ponderação sobre o papel dos gestores das instituições de saúde, responsáveis pela capacitação dos trabalhadores para compreender o AMT, sua manifestações e discutir estratégias para combater e minimizar o assédio dentro das organizações.

Outro ponto de grande discussão em estudos é a ausência de uma lei trabalhista no Brasil sobre o assédio, embora a tipificação do assédio moral exista. Porém, a tarefa mais difícil é identificar o assédio moral, pois a vítima é envolvida de tal forma que é levada a acreditar que é merecedora e culpada pelas situações constrangedoras e vexatórias, acreditando ser causadora de grandes prejuízos à empresa, porque ela não cumpriu a meta estabelecida.

REFERÊNCIAS:

ALVARENGA, L. O Perfil do Agressor de Assédio moral e a Inércia das Vítimas. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 23, n. 5485, 8 jul. 2017.

ANDRADE, CB; ASSIS, SG. Assédio Moral no Trabalho, Gênero, Raça e Poder: revisão de literatura **Rev. Bras. Saúde. Ocup.** 2018; 43: e11.

BARRETO, M. HELOANI, R. Assédio Moral - Gestão por Humilhação. 2018.

BELLO FILHO, NB. **O Assédio Moral no Serviço Público:** aspectos legais e éticos. Produção: Coordenadoria de Desenvolvimento de Pessoas. Brasília: TST, 2019. Formato MP4. (62 min).

BOBROFF, MCC; MARTINS, JT. Assédio Moral, Ética e Sofrimento no Trabalho. **Rev. bioética** (Impr.). 2013; 21 (2): 251-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. O suicídio e a sua Prevenção. 2015.

CARDOSO, ACM. Organização e intensificação do tempo de trabalho. **Revista Sociedade e Estado**. Volume 28 Número 2 Maio/Agosto 2013.

COLOMÉ, JS.; OLIVEIRA, DLLC.; Educação em Saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.21, n.1, p.177-84, 2012.

FREIRE, PA. **Assédio Moral:** lesão aos direitos humanos e à saúde do trabalhador / Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2011.

HIRIGOYEN, MF. **Que Sais-je:** le harcèlement moral au travail. Paris: Presse Universitaires de France, 2014.

HIRIGOYEN, MF. **Assédio moral:** a violência perversa no cotidiano. Tradução de KÜHNER, MH. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

LEAL, G. Quando o trabalho faz adoecer. 2015. Mente e Cérebro abril de 2015.

MARQUES, CM.; et al. Assédio Moral nas Residências Médica e não Médica de um Hospital de Ensino. Rev. bras. educ. med. vol.36, n.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2012.

MENDES, AM. Preencha a Pesquisa de Saúde dos (as) trabalhadores(as) do Poder Judiciário. Universidade de Brasília. **SINJUSC.** 22 de outubro de 2018.

MERCER, AS; DANGUY, CTC; FERREIRA, EKGD. **Manual de Prevenção ao Assédio Moral nas Universidades.** Trabalho de conclusão de curso (TCC) do curso de Comunicação Institucional da Universidade Federal do Paraná – UFPR. 2015.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. **Curso de Direito do Trabalho**: história e teoria geral do direito do trabalho: relações individuais e coletivas do trabalho. 25. ed . São Paulo: Saraiva, 2010.

RISSI,V.; MONTEIRO, J.K.; CECCONELLO, W.W.; MORAES, E.G. de,. Intervenções Psicológicas diante do Assédio Moral no Trabalho. **Temas psicol. vol. 24.** no. I, Ribeirão Preto, mar. 2016.

134

AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA ENTRE OS ANOS DE 2007 E 2015 EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE TUCURUÍ-PA

Maria Yasmin da Silva Moia; Patrick Nery Igreja; Rodrigo Souza Cardoso; Alina Roberta da Silva Ferreira; Clebismar Erismar de Sousa; Katrine Consoli; Daniele Lima dos Anjos Reis, Carlos André de Souza Reis, Soly Guedes de Oliveira, Kátia Simone Kietzer.

RESUMO:

Doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial são problemas graves de saúde pública no Brasil que ganharam importância pelo fato de sua prevalência estar aumentando cada vez mais. Há grande possibilidade de ocorrer associação de DM e HAS, e por isso requerse o manejo das duas doenças no mesmo paciente, pois a presença de ambas aumenta os danos, desencadeando alta morbidade cardiocerebrovascular. Objetivou-se descrever alguns aspectos relacionados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes atendidos em uma unidade de saúde. Acerca do perfil dos casos diagnosticados, identificar os casos isolados de DM e de HAS, casos de inter-relação Diabetes/Hipertensão, e correlacionar às complicações e a frequência de consultas para acompanhamento. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, abordagem quantitativa, realizado na UBS Pimental do município de Tucuruí-PA, em 2016. Dentre outras percepções, este estudo mostrou que, na UBS Pimental, há uma maior prevalência de hipertensão do que diabetes ou HAS/DM. Também se percebeu que o grupo de mulheres acima dos 60 anos é o mais afetado em relação a essas patologias. Concluiu-se que é necessária a implementação de estratégias voltadas para educação em saúde, onde o profissional deve alertar esses pacientes sobre a importância do controle dessas doenças assim como da frequência de acompanhamento, dizendo-lhes quais os riscos a que se expõem quando não fazem a avaliação de sua saúde frequentemente.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Saúde Pública.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.134-148

ABSTRACT

Chronic noncommunicable diseases such as diabetes mellitus and hypertension are serious public health problems in Brazil that have gained importance because their prevalence is increasing. There is a high possibility of an association between DM and hypertension, and therefore the management of both diseases in the same patient is required, since the presence of both diseases increases the damage, triggering high cardiocerebrovascular morbidity. This study aimed to describe some aspects related to patients with hypertension and / or diabetes treated at a health unit, about the profile of diagnosed cases, to identify isolated cases of DM and SAH, cases of diabetes / hypertension interrelationship, and to correlate complications and the frequency of follow -up appointments. This is a descriptive study with a quantitative approach, performed at the PBS UBS Pimental in the city of Tucuruí-PA in 2016. Among other perceptions, this study showed that at PBS UBS there is a higher prevalence of hypertension than diabetes or hypertension / DM. . It was also noticed that the group of women over 60 years old is the most affected in relation to these pathologies. It was concluded that it is necessary to implement strategies focused on health education, where the professional should warn these patients about the importance of controlling these diseases as well as the frequency of follow-up, telling them what the risks to which they are exposed when they do not do it. the evaluation of your health often.

KEYWORDS: Hypertension. Diabetes Mellitus. Public health



INTRODUÇÃO

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial são problemas graves de saúde pública no Brasil que ganharam importância pelo fato de sua prevalência estar aumentando cada vez mais (BRASIL, 2013a).

O diabetes mellitus (DM) é um transtorno metabólico com várias etiologias, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, que ocorre por defeitos da secreção e/ ou da ação da insulina. O DM possui crescente prevalência e associa-se à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial (BRASIL, 2013a).

Já a hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocorre por múltiplos fatores, com elevação da pressão arterial de forma contínua e com PA igual ou acima de 140 x 90mmHg. A HAS está associada às alterações no funcionamento e estrutura dos órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e às alterações metabólicas. Sendo assim, torna-se fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2013b; SILVA, 2011).

Há grande possibilidade de ocorrer associação de DM e HAS, e por isso requer-se o manejo das duas doenças no mesmo paciente, pois a presença de ambas aumenta os danos, desencadeando alta morbidade cardiocerebrovascular (ANDRADE, 2010). Ao ocorrer a falta de adesão ao tratamento de HAS e DM, estas se tornam um grave problema de saúde pública, pois resulta no óbito de milhares de brasileiros ao ano (ALVES, 2012). Sendo assim, são consideradas um problema de saúde de Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita mortes e hospitalizações por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2013a).

A fim de minimizar esses impactos decorrentes da HAS e DM, foi implantado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus pelo Ministério da Saúde. Também foi criado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPER-DIA/MS) na atenção básica, através da Portaria/GM n° 16, de 03/01/2002, o qual apresenta diretrizes e metas para a reorganização da assistência de pacientes com essas patologias no SUS, na tentativa de vincular esses usuários às unidades de saúde, assim como melhorar a atenção a esses pacientes minimizando os fatores condicionantes de complicações dessas patologias (SILVA, 2011; CARVALHO, 2011).

O enfermeiro é um profissional de grande importância nas estratégias de controle dessas patologias na hora do diagnóstico clínico e da conduta

terapêutica, e também nos esforços de informar e educar o paciente para que este siga o tratamento corretamente (CARVALHO, 2012).

OBJETIVOS

Objetivou-se descrever alguns aspectos relacionados à pacientes com hipertensão e/ou diabetes atendidos em uma unidade de saúde, acerca do perfil dos casos diagnosticados, identificar os casos isolados de DM e de HAS, casos de inter-relação Diabetes/Hipertensão, e correlacionar às complicações e a frequência de consultas para acompanhamento, a fim de perceber os resultados da execução do HIPERDIA em relação a essas patologias e quais os possíveis problemas para a execução do programa nesta unidade de saúde.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de caráter descritivo, que se desenvolveu com abordagem quantitativa, na UBS Pimental do município de Tucuruí-PA, no mês de abril do ano de 2016.

Os dados foram obtidos na Unidade Básica de Saúde do Pimental, e foram coletados, pelo enfermeiro, do registro dos prontuários correspondentes aos pacientes integrantes do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (HIPERDIA/MS). A população de estudo é composta de 54 pessoas que estão no Programa, as quais correspondem a 462 famílias. Dentre estes estão hipertensos, diabéticos e aqueles que possuem associação entre hipertensão e diabetes, que obtiveram este diagnóstico entre os anos 2007 e 2015.

Nesta pesquisa, considerou-se importante para análise dos fatores de risco o sexo, a idade, o IMC, os casos de inter-relação entre Diabetes e Hipertensão, assim como a frequência das consultas de acompanhamento.

Foi utilizado o programa Microsoft Excel na tabulação dos dados para a análise descritiva, na qual se empregou a frequência absoluta e relativa para caracterizar os pacientes da pesquisa.

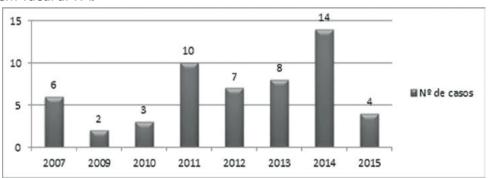
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Relatório Global das Doenças Não Transmissíveis divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos coloca que patologias não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, o diabetes e o câncer, agora compõem dois terços de todas as mortes no mundo, ou seja, estão entre as maiores responsáveis por mortes no mundo, e isso devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização, como o sedentarismo, dieta inadequada e obesidade.

E segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 8,6% da população total do Brasil chega a 14,5 milhões de pessoas, com base no Censo 2010 e em 2025 será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas (FONTENELE, 2012).

Entre as doenças pesquisadas, as cardiovasculares (infartos, cardiopatias e derrames cerebrais) são as mais letais, com 17 milhões de óbitos (48%) no mundo. Em segundo lugar está o câncer, seguido por doenças respiratórias, e o diabetes com 1,3 milhões e mortes. Assim tanto a HAS quanto o DM estando entre as doenças que mais causam mortes no mundo, direta ou indiretamente, é importante que as políticas de saúde relacionadas a essas patologias, sejam estabelecidas de maneira que garantam a promoção da saúde nas faixas etárias mais expostas ao risco de adoecer, sem perder de vista os outros ciclos da vida (FONTENELE, 2012). Neste estudo, foi possível identificar a prevalência dos casos de HAS e DM entre os anos de 2007 e 2015 nesta UBS. No período descrito, foram diagnosticados 54 casos no local, e, segundo o gráfico da Figura 1, em 2014 obteve-se maior número, sendo estes 14 casos, e em 2009 o menor, apenas 2 diagnósticos.

Figura I: Prevalência dos casos de HAS e DM entre 2007 e 2015 na UBS em Tucuruí-PA.



Fonte: UBS Pimental, 2016.

Dentre esses anos, constatou-se que dos 54 pacientes que fazem parte do programa, 6 (11,1%) possuíam diabetes isolada, 38 (70,4%) tinham apenas hipertensão e 10 (18,5%) possuíam associação entre diabetes e hipertensão (Tabela I). Este também demonstrou que a cada 8 famílias, uma possui um hipertenso e/ou diabético.

A prevalência neste estudo dos casos é: diabetes equivalente a 11,1%; hipertensão corresponde a 70,4%; e portadores das duas patologias são 18,5%. Ao ser comparada com a pesquisa de Paiva (2006), ocorrida em Francisco Morato-SP, que obteve 19,5% de pessoas com DM, 41,5% com HAS e 39% DM e HAS, revela que os termos são muito diferentes quantitativa-

mente, mas em aspecto relativo, continua o maior número de casos para aqueles que possuem HAS. Entretanto o número de casos de diabetes junto à hipertensão encontrados nesta análise é bem menor do que o encontrado na pesquisa citada.

A explicação para que o pico de 14 diagnósticos em 2014 tenha diminuído para 4 consiste no fato de que, em 2015, houve recadastramento das famílias do bairro Pimental, onde antes eram 9 áreas que passaram a ser apenas 5. Sendo assim, muitas famílias ficaram sem cadastro e por isso não se tem registro sobre eles. Outra hipótese é que neste mesmo ano teriam ocorrido campanhas contra essas doenças na UBS em questão.

Analisaram-se importantes fatores de risco como a associação entre DM e HAS que corresponde a 18,5% dos casos. Isso se torna preocupante, pois essa associação potencializa o risco de desenvolver doenças cardiovasculares (SILVA, 2011).

Essas informações propiciaram a análise de fatores como o sexo, idade e IMC, assim como a associação entre HAS e DM. Em relação ao sexo, conforme a Tabela I, percebeu-se que ambas as doenças afetam tanto homens quanto mulheres. No entanto, os casos prevaleceram no sexo feminino, pois corresponde a 57% dos casos em geral.

Quanto à faixa etária, verificou-se um predomínio de casos em pacientes com idade igual ou acima de 60 anos, o qual representa 63% destes (Tabela I). Em relação às outras variáveis, consta que, dos 34 casos acima dos 60 anos, 18 são referentes ao sexo feminino e 16 são do sexo masculino, e ainda se observou que 2 deles tiveram apenas diabetes, 25 apresentaram somente hipertensão e 7 tinham ambas as doenças. Sobre os 18 que possuem idade entre 40 e 59 anos, foi possível observar que 12 casos são do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Desses 18 casos, 3 possuíam apenas diabetes, 12 tinham hipertensão exclusivamente e 3 tinham hipertensão e diabetes juntas. E em relação aos 2 casos com idade menor que 40 anos, I é do sexo feminino e I do sexo masculino, e também I possui apenas hipertensão enquanto o outro apenas diabetes.

Tabela I: Diabéticos e/ou hipertensos cadastrados no HIPERDIA/MS de uma UBS em Tucuruí-PA, distribuídos de acordo com o sexo e a faixa etária.

		Faixa etária							
Sexo		< 40		40-59		≥ 60		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
DM (n= 6)	Masc	I	16,67	I	16,67	0	0	2	33,33
	Fem	0	0	2	33,33	2	33,33	4	66,67
	Total	1	16,67	3	50,00	2	33,33	6	100,00
HAS (n= 38)	Masc	0	0	4	10,53	16	42,11	20	52,63
	Fem	1	2,63	8	21,05	9	23,68	18	47,37
	Total	I	2,63	12	31,58	25	65,79	38	100,00
DM/ HAS (n= 10)	Masc	0	0	I	10,00	0	0	ı	10,00
	Fem	0	0	2	20,00	7	70,00	9	90,00
	Total	0	0	3	30,00	7	70,00	10	100,00

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus. Fonte: UBS Pimental, 2016.

A partir dos dados referentes à idade, constatou-se que, a classe dos idosos (≥ 60 anos) apresenta o maior número de casos de hipertensão e diabetes, seguida logo após pelos que tinham idade entre 40 e 59 anos, e com menor prevalência de casos em pessoas com menos de 40 anos, ou seja, conforme o aumento da idade há uma maior chance de desenvolver HAS e DM. No entanto, Paiva (2006) identificou em estudo que a maior prevalência foi na faixa etária de 31 a 60 anos, com 65,3% dos casos. Segundo Schmidt (2009), tanto para homens quanto para as mulheres há um aumento gradativo de DM e HAS com o avanço da idade, e mais acentuado para o diabetes a partir dos 45-54 anos, todavia o perfil dos pacientes da UBS Pimental aponta uma prevalência maior em mulheres nessa idade. Mas vale ressaltar que, segundo Meireles (2007 apud VERAS 2004), a maioria dos idosos brasileiros é do gênero feminino.

Segundo a obra de Miranda (2002) as próprias alterações das propriedades vasculares da aorta, que ocorrem devido ao envelhecimento, têm um importante papel no desenvolvimento de HAS, pois dos 20 aos 80 anos de idade o diâmetro aórtico aumenta em 15% a 35%. E isso ocorre porque, histologicamente, tem-se uma fragmentação da elastina e o conteúdo de colágeno aumenta, ocasionando uma diminuição da elasticidade do tecido conjuntivo, que, somada à aterosclerose, determina um aumento da resistência vascular periférica (MIRANDA, 2002). Para Dantas (2011), o envelhecimento é acompanhado da elevação progressiva da pressão sistólica que ocorre secundária ao enrijecimento da parede das artérias.

O número de casos de diabetes vem crescendo mundialmente, sendo resultante, em grande parte, do envelhecimento da população, e não apenas disso, pois o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global do diabetes (SCHMIDT, 2009 apud ROSA, 2008).

Para Silva (2011), o número elevado de casos no sexo feminino pode ser explicado pelo maior número de mulheres na população brasileira, e pelo fato de que as mulheres procurarem mais as unidades de saúde. Meireles (2007) acrescenta que elas são mais conhecedoras das doenças e mais atentas aos sintomas, fatores que levam ao aumento da detecção e dos registros destas doenças. Outro fator seria a diminuição da proteção hormonal feminina quando ela passa pela menopausa, o que a expõe ao maior risco de desenvolver hipertensão (SILVA, 2011; DANTAS, 2011).

Esta pesquisa obteve prevalência do sexo feminino, com 57% de casos, que pode ser comparada ao estudo de Mielczarski (2010) feito numa comunidade de Porto Alegre, que em relação ao diabetes, nos colocou que havia predominância do número de casos no sexo feminino (59,9%) e com idade média de 53 anos. A análise dos dados também é compatível com os resultados encontrados no estudo feito por Schmidt (2009) em que a prevalência de hipertensão e diabetes no Brasil possui um maior número de mulheres.

A Tabela 2, em relação ao IMC, demonstra que 44% dos pacientes estão com sobrepeso e 24% já se enquadram na condição de obesidade de grau I. Dentre esses 44%, pode-se destacar que 31% são do sexo feminino e 13% do sexo masculino. Sobre aqueles que apresentam quadro de obesidade grau I, 17% são mulheres e 7% são homens.

Tabela 2: Distribuição dos pacientes do HIPERDIA/MS de uma UBS, em Tucuruí-PA, de acordo com seu IMC.

Condição	IMC	n	%
Normal	18.5 a 24.9	17	32%
Sobrepeso	25.0 a 29.9	24	44%
Obesidade grau I	30.0 a 34.9	13	24%

IMC: Índice de massa corporal. Fonte: UBS Pimental, 2016.

Para o fator IMC, verificou-se que 68% dos 54 pacientes, que estão acometidos por alguma dessas patologias, não estão dentro da normalidade na medida do IMC. Dentre estes, 44% apresentaram sobrepeso, sendo 31% do sexo feminino e 13% do sexo masculino, e 24% obesidade de grau I, dos quais 17% são do sexo feminino e 7% do sexo masculino. Deste modo, há

uma maior prevalência de sobrepeso e obesidade I em mulheres, que se compara à pesquisa de Amer (2010), onde foi constatado que a taxa de sobrepeso e obesidade é de 29,5% e 20% respectivamente para mulheres, já em homens a taxa foi de 3,8% para sobrepeso e 3% para obesidade. Contudo, o número exacerbado de mulheres com o IMC alterado em relação ao de homens se deve ao fato de as pesquisas terem sido realizadas com maior representatividade do sexo feminino. Nesta pesquisa o contingente foi de 31 mulheres e apenas 23 homens, assim como na de Amer (2010), que possuiu 315 mulheres e somente 54 homens.

Estes índices de massa corporal elevados são fatores consideráveis para o desenvolvimento da HAS e DM, já que, segundo Peixoto (2005), o IMC apesar de não medir a composição corporal, dispõe de bom potencial como indicador do estado nutricional. Sua utilização é baseada nos resultados de estudos populacionais que revelam o IMC sendo altamente correlacionado com a massa de gordura absoluta e associado à morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, etc.

Radovanovic (2014) diz que, segundo estudos, os indivíduos com obesidade mostram ter quase 3 vezes mais chances de serem hipertensos do que os indivíduos com peso considerado normal. Segundo Lima (2005), indivíduos com gordura corporal relativa acima do padrão considerado normal, dispõem de maiores riscos para DCNT como, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, pois o tecido adiposo pode se armazenar também nas vísceras, o qual similarmente tem uma correlação conhecida com complicações metabólicas e com anormalidades humorais, que ajustam as quantidades de glicose, insulina e lipídeos circulantes. Portanto, o aumento de depósitos de gordura visceral, eleva os riscos de possíveis doenças cardíacas e coronárias. Para Oliveira (2008), pessoas obesas retém grande quantidade de água e sódio, que ao se associar com a vasoconstrição, eleva a pressão arterial.

Contudo, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus não podem ser correlacionados apenas aos fatores sobrepeso e obesidade, tendo em vista que 32% dos indivíduos da presente pesquisa estão com o nível de IMC normal, porém, são portadores de uma das patologias.

Estes fatores de risco precisam ser avaliados nas consultas de acompanhamento, pois, segundo Carvalho (2011), seguindo as normas e rotinas para o acompanhamento dos pacientes, devem ser solicitados exames complementares pelo médico e/ou enfermeiro durante as consultas de avaliação que, segundo Brasil (2013), devem ocorrer mensalmente, quadrimestralmente, semestralmente ou anualmente, dependendo de seu estado. Gomes (2010) diz que, na prática, observa-se que muitos pacientes sequer retornam

às consultas médicas regulares. Isso ocorre na UBS em questão, pois, segundo o enfermeiro e a médica do local, a maioria deles não mantém suas consultas em dia, principalmente após a implantação da Farmácia Popular, onde os pacientes não adquirem mais sua medicação na unidade, e sim nas farmácias que aderiram a esse programa. Para isso, eles levam apenas a receita médica e adquirem os medicamentos. No entanto, esses profissionais relataram que eles voltam à unidade apenas quando sua receita está vencida ou quando apresenta um estado de complicação decorrente da falta do acompanhamento, já que a sua patologia não esta sendo controlada.

Em relação ao acompanhamento, a Tabela 3 demonstra que, de um total de 54 pacientes, 10 fazem consultas de acompanhamento com frequência, número considerado 'bom', e apenas 2 destes desenvolveram complicações, entre elas o AVC. Dentre esses 10 indivíduos, 4 são do sexo masculino e 6 são do gênero feminino. Outros 30 pacientes são avaliados como 'regular' neste quesito e, quanto ao gênero, se dividem em 12 homens e 18 mulheres. Deste grupo, 4 adquiriram acidente vascular cerebral, neuropatia diabética e/ ou cardiopatia hipertensiva. O restante, que corresponde a 14 pessoas, tem o acompanhamento classificado em 'ruim', com 7 mulheres e 7 homens, e entre estes foram registrados 4 casos de complicações, onde inclui-se o pé diabético ou a neuropatia.

Tabela 3: Distribuição de pessoas cadastradas no HIPERDIA/MS segundo o acompanhamento e as complicações.

Acompanhamento	n	Complicações
Bom	10	2
Regular	30	4
Ruim	14	4

Fonte: UBS Pimental, 2016.

A maioria dessas complicações ocorreu em pessoas acima dos 60 anos, já que nessa idade foram encontrado 7 casos de danos. Na faixa de 40 a 59 anos, ocorreram apenas 2 agravos, e, abaixo dos 40 anos, I injúria.

As complicações mais frequentes nesses pacientes foram o AVC e a neuropatia, com 3 casos para acidente cerebral, 3 para neuropatia e I caso de AVC e neuropatia na mesma pessoa.

O estudo revelou que o número de complicações aumenta com o passar dos anos, ou seja, quanto mais velho, maior o risco de desenvolver algum desses danos ou comorbidades. Isso pode ser confirmado na pesquisa de Brito (2011) que apontou mais casos de AVC em pessoas acima dos 60 anos. Ele acrescenta que a incidência de complicações dobra a cada década de vida.

As decorrentes complicações nos diabéticos, como a neuropatia, induzem ao surgimento do pé diabético, pois segundo Silva (2008), esta primeira leva à perda de dor e pressão, e aparecimento de fendas e fissuras na pele. Sendo assim, a pessoa perde a sensibilidade que o protege de ocorrência dos ferimentos, e, ao se associar à doença vascular periférica e ao imunocomprometimento, torna o membro inferior mais suscetível ao surgimento do pé diabético, pois neles não ocorre cicatrização adequada (SILVA, 2008). Os pacientes deste estudo estão sob grande risco de desenvolver o pé diabético, pois foi constatado que, das 10 complicações, 4 são neuropatia, no entanto 2 pacientes já adquiriram o dano.

O AVC também está intimamente relacionado à DM, pois outra das complicações desta são as doenças vasculares, onde ocorre exposição prolongada à hiperglicemia. Esta induz muitas alterações nos tecidos vasculares que potencialmente promovem uma aceleração na ocorrência de aterosclerose (COSTA, 2009). Brito (2011) acrescenta que a existência de HAS aumenta de três a quatro vezes o risco de desenvolver acidente vascular cerebral e que esta é uma de suas causas diretas. Por esses motivos, os pacientes da UBS desenvolveram esta injúria que se tornou uma das mais prevalentes.

Segundo Bombig (2008), a cardiopatia hipertensiva, também chamada hipertrofia ventricular esquerda (HVE), é uma das complicações resultantes da hipertensão arterial e um importante fator de risco para morbidade e mortalidade. Para ela, há uma relação no aparecimento da HVE com a resistência à insulina, sendo assim, também é um risco no diabetes. Bombig (2008) também considera que ocorre uma forte associação deste dano com o AVC por este ser um marcador de aterosclerose. Esta também diz que a ocorrência de HVE aumenta com a idade, e nesse sentido se assemelha aos resultados obtidos nessa pesquisa, pois o caso encontrado na UBS de Tucuruí ocorreu em uma pessoa com idade acima dos 60 anos.

Brasil (2006) afirma que é importante a redução da pressão arterial sobre a morbimortalidade cardiovascular e as complicações microvasculares relacionadas ao DM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que na UBS Pimental há uma maior prevalência de hipertensão do que diabetes ou HAS/DM. Também se percebeu que o grupo de mulheres acima dos 60 anos é o mais afetado em relação a essas patologias.

Além desses fatores, constatou-se que o programa não está sendo executado de forma adequada pelo fato de haver muitas complicações nos pa-

O fato de os pacientes não manterem um bom acompanhamento provocou esses problemas na execução desse sistema, porque se eles não procuram atendimento, não há mais o controle adequado dessas patologias, e ao ocorrer isso, surgem os danos que foram detectados nessas pessoas.

Sendo assim, faz-se necessária a implementação de estratégias voltadas para educação em saúde, onde o profissional deve alertar esses pacientes sobre a importância do controle dessas doenças assim como da frequência de seu acompanhamento, dizendo-lhes quais os riscos a que se expõem quando não fazem a avaliação de sua saúde regularmente. O enfermeiro da atenção primária, por ser mais próximo dessas pessoas, é aquele mais indicado para realizar essas ações. Logo, acredita-se que este seja o melhor caminho para diminuir a ocorrência dos agravos provocados pela HAS e DM, e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.



REFERÊNCIAS

ALVES, B.A.; CALIXTO, A.A.T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde do interior paulista. Campinas-SP, 2012. Acesso em: 11 mar. 2016.

AMER, N. M.; MARCON, S. S.; SANTANTA, R. G. Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR – Brasil, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop14910>. Acesso em: 27 mai. 2016.

ANDRADE, T. L. Caracterização da associação entre diabetes mellitus e hipertensão arterial na atenção primária: estudo quantitativo no município de Jeceaba-MG. 2010. 37 p. Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

BARBOSA, R. G. B. et. al. Adesão ao Tratamento e Controle da Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias** para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. p. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias** para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. p. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 34.

BRITO E. S.; PANTAROTTO, R. F. R.; COSTA, L. R. L. G.A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **J Heal-th Sci Inst**. v. 29, n. 4, p. 265-8, 2011.

CARVALHO FILHA, F.S. S.; NOGUEIRA, L.T.; VIANA, L. M. M. HIPERDIA: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Rev Rene, Fortaleza**, v. 12, n. esp, p. 930-936, 2011.

CARVALHO, C. G. Assistência de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: educação em saúde no grupo HI-PERDIA. **e-Scientia**, Belo Horizonte v. 5, 2012. p 39-46.

COSTA, J. H. C. AVC e **Diabetes Mellitus:** o perfil dos doentes e do AVC. 2009. 70 p. Tese (Mestrado integrado em medicina). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2009.

DANTAS, A. O. Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para adesão ao tratamento medicamentoso. 2011. 31 p. Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2011.

FONTENELE, A. M. M.; ALVES, S. M.A.; CÂMARA, J.T. Avaliação do programa nacional de atenção à hipertensão e diabetes. **Cad. Pesq.** São Luís, v. 19, n. 1, 2012.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Hipertens**. v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

MEIRELES, V. C. et. al. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade.** v.16, n.1, p.69-80, 2007.

MIELCZARSKI, R. G.; COSTA, J. S. D.; OLINTO, M. T. A. **Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre.** 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n1/a10v17n1.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2016.

MIRANDA, R. D. et.al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v. 9, p. 293-300, 2002.

OLIVEIRA, C. N.; COSTA, R. G.; RIBEIRO, R. L. Obesidade abdominal associada a fatores de risco à saúde em adultos. **Saúde & ambiente em revista**, Duque de Caxias, v. 3, n. 1, p 34-43, 2008.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Francisco Morato, São Paulo, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

PEIXOTO, M. R. G. et. al. Circunferência da Cintura e Índice de Massa Corporal como Preditores da Hipertensão Arterial. **Liga de Hipertensão Arterial** – Goiânia, GO. Disponível em:http://www.arquivosonline.com. br/2006/8704/pdf/8704011.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2016.

ROSA R.S, SCHMIDT M.I. Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Epidemiol Serv Saude**. v. 17, n. 2, p. 131-4, 2008.

SCHMIDT M. I et. al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, Porto Alegre, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao801>. Acesso em: 28 mai. 2016.

SILVA, D. B. et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 1, p. 16-23, 2011.

SILVA, M. C. F.; COSTA, M. D. D.; MENEZES, S. O. **As complicações do pé diabético: uma revisão da literatura.** 2008. 64 p. Dissertação (Bacharel em Enfermagem). Faculdade São Miguel. Recife, 2008.

VERAS, R. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Org.). **Saúde do idoso:** a arte de cuidar. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 3-10.

148

BURNOUT: PREVALÊNCIA DA SÍNDROME NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA EM BELÉM

Brena de Nazaré Barros Rodrigues¹, Antônio Marcos Freire Gomes²

RESUMO

Introdução: A síndrome de Burnout (SB) ou esgotamento profissional é o estresse laboral que tem como característica o esgotamento emocional e físico do trabalhador, causando comprometimento na qualidade do serviço prestado. A enfermagem tem sido relacionada em diversas pesquisas como sendo uma das profissões mais estressantes, devido à carga horária excessiva, as péssimas condições de trabalho, o envolvimento emocional com pacientes e familiares, e a desvalorização salarial. Objetivo: Identificar a prevalência da Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da clínica psiquiátrica de uma Fundação referência em psiguiatria no Estado do Pará, com base no instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI). Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa com a aplicação do Maslach Burnout Inventory (MBI). Resultados e Discussão: Com os resultados obtidos, pode-se notar que mais da metade (55%) dos profissionais de enfermagem não estão com indicativos de burnout, entretanto, 35% está propenso a desenvolver a síndrome. Não obstante, a categoria profissional mais acometida com o burnout e propensa para a síndrome foi a dos técnicos de enfermagem, com 13.33% e 33.33% respectivamente. Conclusão: O sofrimento psíquico, que é inerente ao profissional de enfermagem que lida com o paciente constantemente, não se mostrou relevante neste contexto, porém, problemas estruturais estão mais relacionados com a predisposição da síndrome que a organização do trabalho em si.

Descritores: Esgotamento profissional. Saúde do trabalhador. Psiquiatria. Equipe de enfermagem.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.149-161

¹Acadêmica de enfermagem. Universidade do Estado do Pará

²Enfermeiro. Esp. Saúde do trabalhador. Universidade do Estado do Pará

BURNOUT: PREVALENCE OF SYNDROME IN A NURSING TEAM OF A PSYCHIATRIC CLINIC IN BELÉM

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome (SB) or professional exhaustion is the work stress that has as its characteristic the emotional and physical exhaustion of the worker, causing a compromise in the quality of the service provided. Nursing has been related in several researches as one of the most stressful professions, due to excessive workload, poor working conditions, emotional involvement with patients and relatives, and wage devaluation. **Objective:** To identify the prevalence of Burnout Syndrome in the nursing team of the psychiatric clinic of a reference foundation in psychiatry in the State of Pará, based on the Maslach Burnout Inventory (MBI). Methodology: This is a descriptive research, with a quantitative approach with the application of Maslach Burnout Inventory (MBI). Results and Discussion: With the results obtained, it can be noted that more than half (55%) of the nursing professionals do not have any indication of burnout, however, 35% are prone to develop the syndrome. Nevertheless, the professional category most affected with burnout and prone to the syndrome was that of nursing technicians, with 13.33% and 33.33%, respectively. Conclusion: The psychic suffering, which is inherent to the nursing professional who deals with the patient constantly, was not relevant in this context; however, structural problems are more related to the predisposition of the syndrome than the work organization itself.

Descriptors: Occupational exhaustion. Worker's health. Psychiatry. Nursing team.

151

INTRODUÇÃO

A síndrome de burnout (sb) ou esgotamento profissional é o estresse laboral que tem como característica o esgotamento emocional e físico do trabalhador. Ocorre quando há frustrações com o ambiente de trabalho ou com o próprio profissional e quando situações de conflito não possuem mais estratégias para serem enfrentadas.

Freudenberger, médico americano, em 1980, foi o primeiro a descrever, em seu livro, a síndrome de burnout ou esgotamento profissional como um distúrbio psíquico, a qual representa um "incêndio interno" que reduz a energia, autoimagem e as expectativas de alguém que antes era disposto para as tarefas laborais.

A síndrome se desenvolve como resposta a pressões prolongadas que uma pessoa sofre, como consequência de fatores emocionais e interpessoais estressantes relacionados com o trabalho, envolvendo atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização.^{2,3}

Trabalhadores que executam funções de maior exigência na relação inter e intrapessoal direta e intensa, tem maior probabilidade de manifestarem a síndrome, como por exemplo, trabalhadores na área da enfermagem.

A capacidade de promover saúde, curar doenças e estender a vida ou evitar a morte imediata é valorizado em todas as sociedades. embora nesta prática haja muitas recompensas pessoais e muitas satisfações, ela não está isenta de riscos, como o burnout.³

Assim, pretendeu-se identificar a prevalência da síndrome de burnout na equipe de enfermagem que atua na clínica psiquiátrica, de um hospital referência no Estado do Pará.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa com a aplicação do Maslach Burnout Inventory (MBI). A pesquisa foi realizada na clínica psiquiátrica da Fundação Hospital De Clínicas Gaspar Vianna, referência no tratamento de pacientes com transtornos psíquicos no Estado Do Pará, com uma amostra de 20 profissionais da equipe de enfermagem.

A coleta de dados ocorreu via questionário, contendo duas partes, a primeira com questões sociodemográficas e a segunda com o *Maslach Burnout Inventory – Human Service Survery* (Mbi-Hss), instrumento reconhecido nas literaturas internacionais e nacionais. no presente estudo, optou-se uti-

lizar a versão traduzida e adaptada por Lautert (1995), sendo este utilizado por vários autores para identificar os níveis de *burnout* nos profissionais.

Contém 22 assertivas que avaliam índices de *burnout* subdivididos em três dimensões: exaustão emocional (ee), despersonalização (dp) e realização pessoal (rp). assim, o instrumento é auto preenchido, contendo escala tipo *likert*, onde 0: nunca; 1: algumas vezes no ano; 2: uma vez ao mês; 3: poucas vezes no mês; 4: uma vez por semana; 5: algumas vezes na semana; 6: todos os dias.⁴

O escore em cada uma das dimensões é calculado pela somatória dos pontos dos itens relativos a cada uma das dimensões.⁵

Cada subescala possui pontos de corte considerando a divisão da amostra em tercis, sendo o tercil inferior correspondente à intensidade leve, o tercil médio, à moderada; e o tercil superior, à grave.⁴

Vale ressaltar que o questionário não faz o diagnóstico para a SB, não há, ainda, consenso na literatura para tal, portanto, o inventário apenas avalia os níveis para a síndrome. Desta forma, os critérios que deliberam a presença do *burnout*, nos sujeitos, é quando há altas pontuações em desgaste emocional e despersonalização, associadas à baixa pontuação em realização profissional.⁶

Para a avaliação dos resultados, os dados obtidos foram inseridos no software Microsoft® Excel 2013 para a confecção de tabelas, o qual ajudou na transposição dos resultados para outro programa, o BioEstat® 5.0, a fim de obter a análise quantitativa, utilizando o teste X².

Por ser uma pesquisa que envolveu seres humanos, foram respeitadas as normas e diretrizes da resolução n°466/12 do Conselho Nacional de Saúde, dessa forma, obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará e do Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV, sob o CAAE 02415018.5.0000.5174 e n° do parecer 3.174.453.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os vinte profissionais da equipe de enfermagem que participaram do estudo, possuem média de 45,75 anos de idade, com mínima de 25 e a máxima 65 anos; sendo que os cinco enfermeiros (25%) apresentaram a média de 53,6 anos, com mínima de 44 e máxima 59 e os quinze técnicos de enfermagem (75%) possuem a média de 43,13 anos, com mínima de 25 e máxima de 65 anos, como mostra a tabela 1, a qual expõe os dados sociodemográfico.

Em um determinado estudo, a média foi de 35, 5 anos, predominando

a faixa etária 41 a 60 anos, semelhante aos resultados encontrados nesta pesquisa, logo, caracteriza-se profissionais com certa maturidade profissional e maior domínio em situações de estresse.⁷

Nota-se que a maioria, 60% (N= 12), dos entrevistados é do sexo feminino; apenas 40% (N=8) corresponde ao sexo masculino. O predomínio feminino é bem comum na área de saúde e tem sido comprovado por muitas pesquisas, demonstrando que a atividade do cuidar continua a ser realizada por mulheres habitualmente.^{4,7,8,9}

Tabela I. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os dados sociodemográficos. Belém, Pará, Brasil, 2019 (N = 20)

N°		%
Faixa etária		
20-29	I	5
30-39	7	35
40-49	4	20
50-59	7	35
60-69	I	5
Sexo		
Feminino	12	60
Masculino	8	40
Estado Civil		
Solteiro(a)	6	30
Casado(a)	12	60
Divorciado(a)	2	10
Categoria Profissional		

Fonte: Autoria própria

5

25

75

Enfermeiro(a)

Técnico(a) de enfermagem

Panoramicamente, a amostra é composta por adultos jovens, na maioria casados. Estudos recentes relacionam os dados sociodemográficos e a SB, sugerindo que quanto mais jovem o indivíduo, a tendência para o desenvolvimento da síndrome nas duas dimensões é maior, ou seja, corrobora a idade como fator negativo relacionado com as dimensões EE e DP.9

Quanto a situação conjugal, é perceptível que a maioria (60%) encontra-se casado, solteiros e divorciados somam 40%. Contudo, para haver rele-

vância essa variável precisa ser melhor explorada, em um estudo mais aprofundado para saber se a mesma pode desencadear ou não a SB. Para isto é necessário o conhecimento da relação dos parceiros.

Portanto, ainda não há consenso na literatura, se situação conjugal, interfere ou desencadeia a ${\sf SB}.^7$

Em relação ao tempo de formação profissional (tabela 2), a amostra evidenciou uma média de 27,8 anos para os enfermeiros e 18 anos para os técnicos.

Tabela 2. Parfil da equipe de enfermagem atuante na clinica psiquiátrica. Belém, Pará, Brasil, 2109. (N-20)

	N°	%	N°	%
	Enferm	eiro(a)	Técnico(a)	de enfermagem
Tempo de for-				
mação (anos)				
7-14	0	0		6 40
15-22	I	20		6 40
23-30	2	40	:	2 13.33
31-38	2	40		l 6.66

Tempo de atu- ação na clinica (anos)				
2-10	I	20	5	33.33
11-19	1	20	8	53.33
20-28	1	20	0	0
>29	2	40	2	13.33

Turno				
Manhã	3	60	7	46,44
Tarde	0	0	8	53.33
Noite	2	40	0	0

Setor				
SIB	2	40	9	60
EMERG	3	60	6	40

Fonte: Autoria própria

Quanto ao tempo de trabalho na clínica psiquiátrica a média foi de 23,6 anos e 12, 2 anos, para enfermeiros e técnicos, respectivamente. Observa-se que a maior parte da equipe de enfermagem trabalha na clínica a mais de onze anos, correspondendo a 70% (N=14) do total de profissional (N=20), significando uma vasta experiência laboral.

Neste contexto, há uma pequena relação com a subescala DP, haja vista que alguns estudos apontam, quanto maior o tempo de atuação no setor, o domínio sobre seu labor, organização de trabalho e as relações nele efetivadas, menor é o sentimento de distanciamento.⁹

Esse período de exercício profissional amadurece as expectativas idealizadas no início da profissão durante a prática cotidiana.⁷ Não obstante, foram coletados os turnos e setores dos trabalhadores, e evidenciou-se que a maior parcela de enfermeiros era do turno da manhã (60%), e atuante na emergência psiquiátrica (60%).

Nesse cenário, afirma-se que a equipe de enfermagem, na sua jornada de trabalho, é exposta a carga física e mental e a situações de emergência que sobrecarregam o indivíduo⁷. Soma-se a isso a extensa jornada de trabalho, que é exaustiva e sujeita a vários estressores que podem culminar com o desencadeamento da SB. Já entre os técnicos de enfermagem, a maior parcela é do turno da manhã, atuante do SIB, com 46.44% e 60%, respectivamente.

Traçar o perfil sociodemográfico e laboral do grupo que foi estudado é de suma importância, haja vista que, os achados nos permitem inferir se determinadas variáveis interferem, agravam ou não influenciam para o desencadeamento da síndrome. Pois, trata-se de uma classe profissional que tem uma demanda elevada de trabalho, por se tratar de profissionais que atuam 24 horas na prestação da assistência, e na psiquiatria, podendo elevar mais ainda essa demanda.

Nos achados para *burnout*, cabe frisar que não há evidência de diagnóstico apenas com o MBI, o instrumento aponta o nível de SB por suas dimensões, de forma que EE e DP com altas pontuações, acompanhadas de RP com baixa pontuação, caracteriza indicativo para a síndrome.

No quadro I, estão descritos os resultados estatísticos obtidos a partir das pontuações de cada dimensão de acordo com o MBI. Os resultados encontrados mostram que, apesar de os técnicos de enfermagem terem a maior pontuação em RP (36,53), estes possuem também o maior índice em EE (19,6).

Quadro I. Niveis de *Burnout* de acordo com a pontuação segundo as dimensões da sindrome.

	Enfermeiro (N=S)			Téc. Enf. (N=15)		
DIMENSÕES	EE	DP	RP	EE	DP	RP
Média	18,80	5,2	35	19,60	4,80	36,53
Desvio padrão	9,70	5,58	7,71	11,12	4,83	7,39
Máximo	35	12	43	42	14	48
Minimo	9	0	23	5	0	20

EE= Exaustão emocional; DP = Despersonalização; RP = Realização profissional

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019

Esses resultados divergem de alguns estudos como o de Galindo et al. (2012), que apontam uma taxa de EE maior entre enfermeiros do que em técnicos de enfermagem. Em um hospital geral da cidade do Recife, os autores investigaram um grupo de 64 enfermeiros e constataram que 50% dos profissionais apresentavam altos níveis de exaustão emocional.

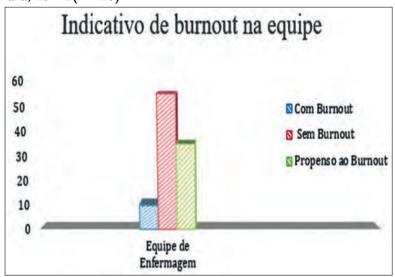
Entretanto, alguns estudos apontam que a taxa de EE é maior nos técnicos de enfermagem, como o de França (2010), para quem os técnicos de enfermagem, durante a jornada de trabalho, estão mais expostos a riscos devido à caracterização de suas atividades; como a promoção da higiene e conforto do paciente, organização do ambiente de trabalho, controle de materiais.

Em comparação, não há uma discrepância entre os enfermeiros e os técnicos de enfermagem para a dimensão EE, porém, a classe dos técnicos de enfermagem tem maior propensão à exaustão emocional, haja vista que é uma classe que lida diretamente com o paciente psiquiátrico, e às vezes a demanda de paciente para cada profissional é maior, quando se trata da emergência psiquiátrica.

Em outros estudos, há uma alta prevalência da síndrome de burnout na equipe de enfermagem.^{8,10}

Entretanto, se tratando das três dimensões (EE, DP e RP), a equipe de enfermagem, nesta pesquisa, revelou que apenas 10% (N=2) apresentam a SB, contudo, 35% (N=7) tem uma propensão ao burnout, conforme gráfico 1.

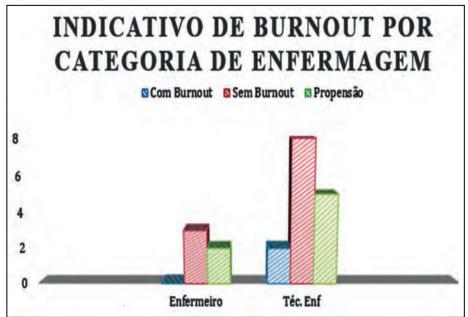
Gráfico I: Classificação do indicativo de Burnout na equipe de enfermagem, Belém, Pará, 2019. (N=20)



Fonte: Autoria Própria, 2019

É possível observar que a maior parcela, 55% (N=11), não apresenta a síndrome de burnout, o que seria explicado pelo fato de a instituição, FHC-GV, trabalhar com a rotatividade entre os setores da clínica a cada 3 meses. Portanto, os profissionais que durante a entrevista estavam no SIB, hodiernamente, podem estar atuantes na emergência psiquiátrica, proporcionando um dinamismo na organização do trabalho, para que não haja sobrecarga física e emocional nesses profissionais. Ao avaliar os indicativos *burnout*, segundo o MBI, por categoria de enfermagem, considerando o total de 5 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem, obtiveram-se os seguintes resultados: os enfermeiros apresentaram 0% de indicativo para a síndrome de *burnout*, os técnicos 13.33% (N=2); estão propensos a serem acometidos com a SB 40% (N=2) dos enfermeiros e 33.33% (N=5) dos técnicos de enfermagem; e 60% (N= 3) dos enfermeiros e 53.33%(N= 8) dos técnicos pesquisados não possuem indicativo para a síndrome, conforme representado no gráfico 2.

Gráfico 2: Classificação do indicativo de Burnout por categoria de enfermagem, Belém, Pará, 2019.



Fonte: Autoria Própria, 2019

Em comparação com o estudo de Zanatta e Lucca (2015), verificou-se que 16 técnicos (N=45) apresentaram indicativo sugestivo de SB (16,8%), corroborando com os achados desta pesquisa. Esse percentual é considerado elevado, já que significa que estes profissionais estão submetidos a estresse crônico e, se nenhuma intervenção for feita, podem desenvolver a SB⁸.

Portanto, os resultados indicam que existe risco para a síndrome de burnout na população estudada. Observa-se que a categoria que tem maior propensão à desencadear a síndrome é a dos técnicos de enfermagem, não obstante, o percentual de 13.33%, nos mostra o indicativo para a SB nesta categoria. O trabalho da equipe de enfermagem em hospitais, independentemente do grau de formação, promove, quase que invariavelmente contínuas situações de sobre carga mental¹¹.

Desta maneira o excesso de sobrecarga mental reduz a satisfação profissional da equipe de enfermagem e aumenta seu sentimento de incompetência profissional, fator este, que pode ser contribuinte ao SB¹³.

CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos, pode-se concluir que mais da metade (55%) dos profissionais de enfermagem não estão com indicativos de burnout, entretanto, 35% está propenso a desenvolver a síndrome de burnout.

Durante a coleta de dados, os profissionais afirmaram que gostam da sua atuação laboral, o que explica a média de onze anos, correspondendo a 70% (N=14), de trabalho na clínica psiquiátrica. Entretanto, o que deixava o profissional frustrado, com relação ao seu trabalho, é a estrutura da clínica, que apesar de ser ampla, continha infiltração e problemas na infraestrutura, além da superlotação na emergência psiquiátrica, onde os pacientes ficam aguardando leito para o SIB.

Outro dado revelado fez menção à desvalorização da categoria de enfermagem, tanto profissional quanto salarial, e pelo desconhecimento por parte da comunidade acerca da assistência prestada por esses profissionais na área da psiquiatria. O sofrimento psíquico, que é inerente ao profissional de enfermagem que lida com o paciente constantemente, não se mostrou relevante neste contexto, porém, problemas estruturais estão mais relacionados com a predisposição da síndrome que a organização do trabalho em si.

Não obstante, havia pouco conhecimento sobre a síndrome de burnout entre os profissionais de enfermagem, os mesmos compreendiam a rotatividade dos setores como uma estratégia para evitar sobrecargas de trabalho e entre outras questões que pudessem influenciar negativamente a vida profissional, além de não deixar situações estressoras interferir na assistência prestada.

Neste contexto, sugere que a Instituição tem a preocupação com a saúde emocional e física dos seus trabalhadores que atuam na clínica psiquiátrica. Esse é o primeiro estudo realizado com a equipe de enfermagem que atua na clínica psiquiátrica, cujo objetivo é verificar a prevalência da síndrome de burnout.

Por certo que os dados obtidos revelam caráter de superficialidade em virtude do objetivo do trabalho, contudo remetem a importância de estudos mais aprofundados sobre o tema, relacionando-o com a maior categoria atuante nesse setor, além de ser necessário o olhar panorâmico sobre as causas da síndrome. Insta mencionar a necessidade primordial da inclusão da fala desses profissionais que lidam, hodiernamente, com o cuidado direto ao ser humano, diga-se pacientes psiquiátricos, nos trabalhos e produções relacionados ao tema, eis que os mesmos são os detentores das informações mais fidedignas acerca do problema.

REFERÊNCIAS

Oliveira RF, Lima GG, Vilela GS. Incidência da Síndrome de Burnout nos Profissionais de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2017. Doi: http://dx.doi.org/10.19175/recom. v7i0.1383

Pontes C. Síndrome de Burnout: uma doença relacionada ao trabalho. Disponível em: https://advocaciapontes.jusbrasil.com.br/artigos/118679303/sindrome-de-burnout-uma-doenca-relacionada-ao-trabalho Acessado em: 26/01/2018.

Ribeiro RN. Síndrome de burnout em profissionais da saúde de um serviço especializado em um hospital geral público. Fundação Oswaldo Cruz-Fio Cruz. Porto Alegre, 2011. Disponível em: < https://www.arca.fiocruz.br/bits-tream/icict/6506/1/TCC%20Rafael_de_Nogueira.pdf> Acessado em: 15 jun. 2018

Trigo TR. Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário: influência da depressão. Dissertação (mestrado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

Lautert L. O Desgaste Profissional do Enfermeiro. Tese (Doutorado), Universidad Pontificia Salamanca. Espanha, 1995.

Grunfeld E, Whela TT, Zitzelsberger L, Willian AR, Montesanato B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and satisfaction. CMAJ. 2000 Jul 25;163(2):166-9.

França FM. Estudo Sobre Síndrome De Burnout Em Profissionais De Enfermagem Em Dois Hospitais De Médio Porte No Município De Cáceres – Mt. Dissertação (mestrado) Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília-Df, 2010.

Sobral RC, Stephan C, Bedin-Zanatta A, De-Lucca SR. Burnout and work organization in nursing. Revista brasileira de medicina do trabalho, 2018. DOI: 10.5327/Z1679443520180127

Ferreira JS. Burnout Em Profissionais De Enfermagem Atuantes Na Atenção Básica De Saúde. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2017/jessica-da-silva-ferreira-do-nascimento Acessado em: 20 mai 19

Nogueira LS, Sousa RMC, Guedes ES, Santos MA, Turrini RNT, Cruz DAL. M. Burnout and nursing work environment in public health institutions. Rev. Brasileiras de Enfermagem. 2018; 71(2):336-42. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0524

Chiapetti N, Serbena CA, Bodanese LF, Campos AS, Proença MDC. Burnout Syndrome in nursing professionals. Bol. Acad. Paul. Psicol. (Impr.); 32(83): 353-383, 2012.

Coblinski DR, Wisniewski D, Hey A. Síndrome De Burnout Em Profissionais Da Equipe De Enfermagem. Revista UNINGÁ. Vol. 45, pp. 27-33 (Jul - Set 2015).



CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO DA ILHA DO COMBÚ

Isabella Rodrigues da Rocha¹; Mariana Santos do Carmo¹; Thayse Moraes de Moraes¹; Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues²; Gisele de Brito Brasil²; Laura Maria Vidal Nogueira².

RESUMO

Objetivou-se identificar o perfil sociodemográfico e epidemiológico da comunidade ribeirinha da Ilha do Combú. Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída de 101 ribeirinhos residentes na microárea 1, acima de 18 anos e matriculados na Unidade de Saúde da Família da Ilha. Os dados foram coletados com o auxílio de um formulário contendo perguntas fechadas sobre os aspectos socioeconômicos, culturais e de saúde e analisados por meio da estatística descritiva. Resultados: Houve predominância do sexo feminino, idade entre 21 e 30 anos, baixa escolaridade, renda familiar acima de 600 reais e moradias construídas em madeira com quatro cômodos. A Ilha não conta com estrutura de esgotamento sanitário, abastecimento de água tratada e coleta de lixo doméstico, o que influencia no aparecimento de doenças e prejuízos ao meio ambiente. Os principais problemas de saúde referidos foram hipertensão arterial, diabetes melittus, dores articulares e problemas dentários, os quais podem estar associados aos hábitos de vida e condições sociais desfavoráveis. Concluiu-se que os ribeirinhos estão expostos a riscos potenciais à saúde como sedentarismo, padrão alimentar, contaminação ambiental e água para consumo sem potabilidade, além das condições socioeconômicas, como a baixa renda e pouca escolaridade.

Palavras-chaves: Epidemiologia. Perfil de saúde. Saúde Pública. Ecossistema Amazônico.

¹ Enfermeiras graduadas, Universidade do Estado do Pará, Escola de Enfermagem Magalhães Barata

² Docentes, Universidade do Estado do Pará, Escola de Enfermagem Magalhães Barata.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF COMBÚ ISLAND POPULATION

ABSTRACT

The objective was to identify the sociodemographic and epidemiological profile of the riverine community of Ilha do Combú. Methodology: This is a cross-sectional epidemiological study with a quantitative approach. The sample consisted of 101 river side residents living in microarea 1, older than 18 years old and enrolled in the Island Family Health Unit. The data were collected with the help of a form containing closed questions about the socioeconomic, cultural and health aspects and analyzed through descriptive statistics. Results: There was a predominance of females, ages between 21 and 30 years, low schooling, family income above 600 reais and houses built in wood with 4 rooms. The Island does not have sanitary sewage structure, supply of treated water and domestic waste collection, which influences the appearance of diseases and damages to the environment. The main health problems were hypertension, diabetes mellitus, joint pain and dental problems, which may be associated with unfavorable living conditions and social conditions. It was concluded that the riverside inhabitants are exposed to potential health risks such as sedentary lifestyle, dietary patterns, environmental contamination and water for non potable consumption, socioeconomic conditions, such as low income and low education.

DESCRIPTOR: Epidemiology. Health profile. Public health. Amazonian Ecosystem.

INTRODUÇÃO

O modo de vida dos ribeirinhos amazônidas está centrado na transmissão do conhecimento, preferencialmente, de forma oral, por meio de narrativas transmitidas de geração a geração, na qual ressalta-se um grande emaranhado com o afetivo, o social, o cultural, o histórico e o político, possibilitando uma identidade própria preservada pela perpetuação de seus costumes e de suas tradições, ao longo dos séculos, pelos mais velhos, aos mais novos (RODRIGUES; NOGUEIRA; PALMEIRA; RODRIGUES, 2017).

As populações ribeirinhas da Amazônia representam uma mistura de diferentes grupos sociais, indígenas, nordestinos e migrantes de outras regiões. Essas populações vivem em áreas rurais, às margens de rios e lagos na Amazônia brasileira, distribuindo-se em uma área geográfica com cerca de 5.020.000km (RODRIGUES; NOGUEIRA; PALMEIRA; RODRIGUES, 2017).

A Ilha do Combú conta com uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em funcionamento onde estão cadastradas 540 famílias. A equipe dessa ESF é composta de um agente administrativo, seis agentes de saúde comunitária, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, a presença do profissional médico na equipe é inconstante devido às dificuldades de fixação dessa categoria profissional em regiões interioranas. Assim, quando necessitam de atendimento médico, ou quando é caso de alta complexidade, os usuários são encaminhados para os serviços na capital, Belém, distante 1,5 km, do outro lado do rio.

As políticas públicas não chegam às Ilhas, aos rios e aos furos mais remotos pelo fato de os ribeirinhos habitarem regiões isoladas e de difícil acesso. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2013, a Política Nacional de saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, a qual preconiza que a oferta dos serviços de saúde deve promover saúde por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia, orientação sexual e religiosa, visando à redução de riscos e agravos de saúde, melhoria nos indicadores de saúde e na qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, identificou-se a necessidade de se conhecer as condições de saúde e apreender as características do meio ambiente em que essa comunidade que vive às margens do rio está inserida. A população ribeirinha do Combú sofre com a falta de serviços públicos de saúde, inclusive atenção básica, assistência médica limitada e muita dificuldade para deslocamento, pela falta de meio de transporte, além de dificuldades com a comunicação. Nesse contexto, a realização do presente estudo poderá oferecer

subsídios para o planejamento de ações para a população ribeirinha. Dessa forma, objetivou-se identificar o perfil sociodemográfico e epidemiológico da comunidade ribeirinha da Ilha do Combú.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico transversal, com abordagem quantitativa, realizada na Ilha do Combú, no estuário marajoara, localizada a margem esquerda do Rio Guamá, a aproximadamente vinte minutos de Belém utilizando transporte fluvial.

Segundo o levantamento realizado pela equipe de saúde da USF do Combú, a Ilha apresenta 6 microáreas. Neste estudo trabalhou-se com a microárea I, com o total de 425 habitantes, em virtude da facilidade de acesso, pois se localiza próximo à USF. Integraram a amostra 101 ribeirinhos residentes na microárea I. Elegeu-se como critérios de inclusão ser residente da Ilha há pelo menos 5 anos, estar matriculado na USF, idade acima de 18 anos, de ambos os sexos

Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril/2014, na USF do Combú. A partir desta análise realizou-se o preenchimento de um formulário, elaborado pelos autores, com as seguintes variáveis: perfil sociodemográfico da população ribeirinha (sexo, grupo etário, cor, escolaridade, número de cômodos da casa, características da moradia, n° de pessoas por domicilio, renda familiar, origem de água, destino de dejetos, manejo do lixo, ocupação) e situação de saúde (morbidade referida, problemas dentários, atividade física, aquisição de alimentos, consumo de açaí por semana, consumo de frutas por dia, água para consumo doméstico, uso de medicamentos sem prescrição médica, uso de ervas para o tratamento de doenças.

A obtenção dos dados seguiu duas etapas: I. Planejamento do trabalho de campo em conjunto com os ACS; 2. A abordagem dos entrevistados foi realizada por intermédio da equipe de saúde na USF, esta ocorreu em dois espaços distintos, nas dependências da USF e nos domicílios. Para a coleta nos domicílios, contou-se com o apoio de acadêmicos de enfermagem do Grupo de Estudos de Agravos em Populações Tradicionais da Amazônia (GEAPA) previamente orientados e treinados. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 20 minutos.

Os dados foram estruturados em planilha no Microsoft Excel 2010, formando um banco. A análise das informações ocorreu por intermédio da estatística descritiva. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade do Estado do

Pará (UEPA), sob o protocolo n° 565.745/2014, respeitando todos os princípios éticos vigentes na legislação brasileira. A identificação foi codificada com a letra "R" seguido da numeração correspondente ao sequenciamento da entrevista, o que garantiu o anonimato dos mesmos.

RESULTADOS

As características sociodemográficas apresentadas mostraram predominância da faixa etária de adultos jovens entre 18 a 40 anos, correspondendo a 61 (60,3%), sendo 35 (34,6%) com idade entre 21 e 30 anos. Os maiores de 41 anos representaram um total de 40 (39,3%) da amostra. Em relação ao sexo, houve predominância feminina 76 (75,2%), e, em relação à cor, 67 (66,3%) eram pardos, segundo autorreferenciamento.

Em relação ao tipo de moradia, destacaram-se as casas com paredes de madeira 94 (93%) até quatro cômodos 82 (81%); onde residiam famílias numerosas, compostas de 4 a 6 membros, alcançando o quantitativo de 7 a 10 pessoas por domicílio, 12 (11,8%). A renda mensal familiar predominante correspondeu, na faixa superior, a R\$600,00, 64 (63,3%), entretanto, identificou-se expressivo número de pessoas que viviam com valores inferiores a esse valor, 37 (36,6%).

Os dados informam ainda que 77 (76,2%) moravam em casas que possuíam instalações para o destino dos dejetos (fossa negra), e 22 (21,7%) utilizavam o solo e/ou rio para este fim. Não obstante, 41 (40,5%) da população tinham contato intenso com a água oriunda do rio, utilizando-a para as atividades diárias de higiene pessoal, de roupas e utensílios, sem tratamento químico. Somente 20 (19,8%) realizavam algum tipo de procedimento para "tratar" a água do rio antes do consumo. Outra fonte de água expressiva, 31 (30,6%), é o poço, cuja água é utilizada da forma como era captada. O manejo do lixo preferencial pelos moradores da Ilha era a incineração, 99 (98%).

A respeito da ocupação, foi identificado um expressivo número de donas de casa 39 (38,6%) e pessoas que exerciam as atividades laborais na própria Ilha, I 3 (30,6%), a exemplo de agricultor, pescador, artesão, barqueiro, serrador, tirador de açaí, lavrador.

Ao longo do estudo foi possível identificar que se trata de uma população que se considera saudável, uma vez que 38 (37,6%) dos entrevistados relataram não ter nenhuma alteração de saúde, 24 (23,7%) informaram dores articulares, seguidos de 18 (17,8%) que relataram hipertensão arterial e 11 (10,8%) gastrite e/ou obstipação intestinal. Em relação à saúde oral, os principais problemas referidos foram a falta de dentes e cáries, com 57 (56,4%) e 43 (42,5%), respectivamente.

De acordo com os participantes são considerados uma população sedentária 68 (67,3%), que não realizam nenhum tipo de atividade física, além de 12 (11,8%) que declararam não poder realizar, devido problemas de saúde e indisponibilidade de tempo durante a semana, totalizando 80 (79,1%) dos participantes.

Os moradores da Ilha, em sua maioria, 85 (84,1%) adquiriam seus alimentos em Belém e apenas 37 (36,6%) mencionaram a pesca como fonte alimentar. A presença do açaí como fruta e acompanhamento principal nas refeições é característica da comunidade, visto que mais da metade 60 (59,4%) dos entrevistados informaram consumo diário, e 14 (13,8%) de 1 a 2 vezes por semana. Em relação ao consumo de frutas, foi possível identificar expressivo número de pessoas que não as comem ou fazem reduzida ingestão, correspondente a 12 (11,8%) e 36 (35,6%), respectivamente. Há que se ressaltar que o meio ambiente da Ilha contempla plantações nativas com a presença de frutos regionais. A respeito de água para consumo doméstico, (cozinhar e beber) 54 (54,4%) fazem consumo da água de poço.

No que tange as intervenções em saúde dos ribeirinhos da Ilha do Combú, 78 (77,2%) dos participantes informaram que em caso de mal-estar e doença instalada, fazem uso de medicamento sem prescrição médica, e 68 (67,3%) utilizam a medicina tradicional nativa para solucionar os problemas de saúde.

DISCUSSÃO

Reflexos das condições de vida na saúde dos ribeirinhos

Trata-se de uma população com baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo, sendo 68 (69,2%) dos entrevistados. Aqueles que iniciaram ou que possuem o ensino médio incompleto correspondem a 15 (14,8%). Merece destaque o baixo acesso ao ensino superior, com 3 (2,8%). A baixa escolaridade pode estar relacionada à dificuldade de acesso às escolas, visto que o ensino médio é ofertado somente em Belém, o que demanda custos, além de insegurança em decorrência do deslocamento para a capital, preocupação que é expressa pelas mães. Essas condições são favoráveis ao agravamento da pobreza e, por vezes, aproxima -os da violência.

O tipo de domicílio, predominantemente construído em madeira, pode estar associado com a oferta dessa matéria-prima nas proximidades, ou seja, a floresta, além da dificuldade e custos para obtenção de outros materiais, disponíveis exclusivamente no centro urbano de Belém. Neste sentido, as variáveis: renda familiar, escolaridade e condições paupérrimas de moradia,

traduzem a precária realidade social, econômica e demográfica presentes na Ilha. Em um estudo feito com outra comunidade tradicional amazônica, foram obtidos resultados similares, como baixa escolaridade, sendo que 41% da amostra era alfabetizada somente; quanto à moradia prevaleceram as casas de madeira com telhas de barro, 96%; e renda familiar abaixo de um salário mínimo, 82% (MELO; SILVA, 2015).

Não há estrutura de esgotamento sanitário, condicionando os dejetos ao destino inadequado, expondo os moradores a risco de adoecimento. A fossa negra, utilizada por alguns moradores é feita apenas com uma escavação no solo, sem revestimento interno, por isso, os dejetos, contaminam o meio ambiente agredindo a saúde dos moradores. Essas descobertas corroboram com os achados das comunidades indígenas da região amazônica, ao indicar as más condições de saneamento básico da região como fatores que favorecem o desenvolvimento de doenças (OLIVEIRA; GURGEL-GONÇAL-VES; MACHADO, 2016).

No Brasil, o saneamento básico é um direito garantido pela Constituição Federal e pela Lei nº 11.445 de 05 de janeiro de 2007, conhecida como Lei do Saneamento básico, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico. Estudo realizado no Acre encontrou que o saneamento básico não abrange todo o território nacional, muito especialmente a população ribeirinha que, ainda sofrem com a falta deste saneamento, que pode ser observada pela utilização de fossas negras e o próprio rio para o despejo de dejetos, além do uso água diretamente do rio para as atividades diárias, sem nenhuma espécie de tratamento, o que afeta diretamente a saúde da população, especialmente crianças (IMADA et al, 2016).

Da mesma forma não é ofertada água tratada pela Companhia de Abastecimento, implicando no uso das águas do rio e igarapés para higiene pessoal, dos utensílios domésticos, roupas e até mesmo para ingestão e preparo dos alimentos, sendo essa uma prática que expõe sistematicamente os ribeirinhos às doenças. Resultados semelhantes àqueles em que os ribeirinhos utilizam a água do rio e da chuva para consumo, principalmente para beber e cozimento dos alimentos. Nas comunidades onde foram bem avaliadas as ações dos agentes comunitários de saúde (ACS), há a distribuição de hipoclorito de sódio (MEDEIROS et al, 2018) . No entanto, sabe-se que a adição de hipoclorito de sódio na água para beber, prática incentivada pela USF que disponibiliza o produto, não garante a potabilidade.

Outro aspecto relacionado aos hábitos de vida peculiares na Ilha é a incineração do lixo doméstico, visto que não há coleta pelo poder

público. A queima dos resíduos sólidos gera prejuízos tanto para o meio ambiente quanto para a saúde dos moradores da Ilha, uma vez que produz e libera poluentes e substâncias tóxicas danosas à saúde humana e meio ambiente. Estudo realizado com a população quilombola no estado do Pará identificou resultado semelhante quanto à incineração do lixo (MELO; SILVA, 2015).

Não obstante esse cenário que emoldura o modo de vida dos ribeirinhos, expondo-os às doenças, uma parcela importante da população se autoavalia com saúde. As principais afecções referidas foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes melittus, dores articulares, problemas respiratórios (asma e bronquite), dislipidemia e transtornos emocionais (depressão). Tais problemas de saúde podem ser gerados a partir de maus hábitos de vida e pelas condições sociais desfavoráveis, traduzidas pelo sedentarismo e alimentação deficiente ou inadequada. O que confronta os achados de um estudo realizado na Amazônia legal, relatando que, apesar da alta taxa de sedentarismo e alimentação deficiente, os nascidos na região norte e nordeste apresentam menor índice de HAS em comparação aos nascidos na região centro oeste (SILVA et al, 2016).

Outro aspecto de saúde bastante relevante é a saúde bucal, que revela problemas como cáries, dor, sangramento e ausência de dentes. Estudo aponta que grupo étnico negro/pardo, a baixa renda familiar, disparidades sociodemográficas são determinantes na vivência de doenças bucais (BUL-GARELI, 2018). A presença de problemas dentários pode estar vinculada também à deficiente cobertura de serviços odontológicos, sobretudo na escassez de oferta e na dificuldade de acesso a esses serviços na Ilha do Combú, percebido pela ausência de odontólogo na equipe de saúde. Além disso, a distribuição de odontólogos no país ainda é heterogênea, pois estes atendem mais ao mercado de trabalho do que a necessidade da população, tendo assim maior concentração de profissionais dentistas nas regiões mais ricas (sul e sudeste) (CARREIRO, 2018).

Um estudo realizado em todas as capitais brasileiras mostrou que precárias situações de vida, dentre elas, alta densidade domiciliar, baixa taxa de saneamento básico, alta taxa de analfabetismo, alta proporção de pessoas de baixa renda e menor esperança de vida foram encontradas nas capitais, os maiores índices de cárie e perda dentária. Ao serem analisadas as variações regionais no perfil de saúde bucal e condições socioeconômicas, observaram posições desfavoráveis para as capitais nas zonas urbanas e rurais das regiões norte e nordeste em relação às demais (SILVA; MACHADO; FERREIRA, 2015).

O padrão alimentar dos ribeirinhos é questionável, visto que grande parte dos produtos é adquirida no comércio de Belém, portanto há de se interrogar quais tipos de alimentos e a qualidade dos mesmos, tendo em vista a baixa renda constatada. Com a urbanização das cidades, a produção e a oferta de alimentos industrializados intensificou-se, influenciando diretamente nos hábitos alimentares. Entretanto, o aparecimento de supermercados, com todas as facilidades auxiliam no desaparecimento das características particulares de cada local (SOUZA, 2017).

Destaca-se a presença da fruta açaí como parte integrante das refeições, se constituindo complemento de caráter permanentemente cultural. Isso ocorre em virtude da distribuição geográfica do açaí que se concentra no estado do Pará, segundo o Guia de manejo para o extrativismo sustentável orgânico, do Ministério da Agricultura (BRASIL, 2017).

Não obstante os ribeirinhos do Combú mantêm vivas as práticas de uso da medicina tradicional com utilização de remédios caseiros feitos a partir de ervas plantadas nos arredores das casas, com intuito de sanar problemas de saúde de natureza diversa. Os saberes nas comunidades ribeirinhas guiam-se pela relação homem-natureza, o que implica o uso de chás medicinais antes de procurarem atendimento especializado. Quando não é obtido o resultado desejado procuram assistência na unidade de saúde, onde é realizado tratamento, por vezes, com medicação, porém mesmo com medicamentos utilizam também os remédios caseiros (SOUSA;ANDRADE; SILVA, 2015).

Nessa região, os agentes sociais utilizam seus saberes tradicionais, acumulados de geração em geração, repassados pela cultura da conversa, nos ambientes familiares e comunitários, instituindo múltiplas relações com o ambiente natural e os recursos locais (LIRA; CHAVES, 2016). Percebe-se a importância do profissional atentar para as questões culturais da comunidade, principalmente o enfermeiro, que possui papel importante, especialmente nas comunidades com equipes Saúde da Família, por meio na valorização das práticas populares, com vista ao respeito às questões culturais, fazendo com que os conceitos inerentes à Teoria do Cuidado Transcultural, proposta por Leininger, possam ser implementados efetivamente para sistematizar a assistência de enfermagem (MELO, 2016; BADKE et, 2016).

Estudos mostram que o cuidado de enfermagem poderá ser beneficiado ao conhecer ou reconhecer a utilização das plantas em pessoas assistidas. No que concerne à compreensão do profissional de enfermagem acerca da Fitoterapia na atenção básica, geralmente observa-se a falta de entendimento dessa modalidade, revelando uma deficiência na formação profissional que visa à prestação de uma assistência integral à população, pautada na promoção da qualidade de vida (OLIVEIRA et al, 2017). A Portaria nº 1.229/14 define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), com o intuito de atender às populações ribeirinhas, pois muitas delas moram muito longe dos serviços de saúde (BRASIL, 2014). Assim, os desafios para o aprimoramento da ESF estão condicionados a fatores complexos e que, por isso, exigem um maior esforço político-institucional, perpassando por contratos temporários e relações trabalhistas precárias, e consequentemente, questões ligadas ao financiamento, à formação de profissionais, à gestão/educação de pessoal e ao desenvolvimento de ações intersetoriais (ARANTE; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Nesse contexto, percebe-se a necessidade de aprimorar o acesso das populações que vivem nas comunidades ribeirinhas a serviços essenciais, especialmente serviços de saúde de forma regular e contínua, para que se possam realizar atividades de educação e promoção de saúde com efetividade (FRANCO et al, 2015).

Essa dificuldade de acesso se relaciona com a prática da automedicação, o que constatado de modo preocupante nesse estudo. O uso indiscriminado de fármacos representa um fator de risco ao agravo do estado de saúde. Estudos apontam que o uso indevido de medicamentos é considerado um problema de saúde pública no Brasil, a vulnerabilidade à automedicação ocorre geralmente em pessoas com dificuldades para realizar suas atividades cotidianas, sejam estas laborais, domesticas ou relacionadas ao lazer. Imaginase que essas pessoas tendem a utilizar medicamentos para tratar ou aliviar sintomas que estão a prejudicar suas atividades do dia-a-dia. Essa situação pode acarretar o agravamento de doenças, uma vez que mascara determinados sintomas, além ter, como possíveis consequências, reações alérgicas (DOMINGUES et al, 2017).

CONCLUSÃO

Os resultados possibilitaram sistematizar a caracterização sociodemográfica e epidemiológica dos ribeirinhos da Ilha do Combú, identificando os aspectos socioeconômicos capazes de repercutir na saúde, como a baixa escolaridade e renda, assim como os principais fatores de risco que proporcionam exposição, a exemplo de sedentarismo e automedicação.

É importante destacar que embora haja o registro de dados a respeito da situação de saúde dos ribeirinhos da região metropolitana de Belém no ESUS, este ocorre de forma generalizada, não enfocando especificidades em aspectos como: acompanhamento de hipertensos; diabéticos; grávidas, controle da tuberculose e hanseníase, problemas mentais, alcoolismo, malária, dentre outros.

Os achados sugerem que o manejo da saúde da população ribeirinha ainda é um desafio para os profissionais de saúde da USF do Combú, sendo relevante por apontar os problemas de saúde existentes na Ilha, constituindo subsídios para o planejamento das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Como implicações para a prática os resultados mostram a importância da educação em saúde como um fator determinante para a melhoria da qualidade de vida. Cabe à equipe de saúde contribuir para o esclarecimento dos moradores da ilha no que se refere ao aproveitamento dos recursos locais, assim como a orientação quanto à prática de exercícios físicos, alimentação saudável e cuidados com a higiene pessoal e ambiental.

Este estudo apresentou algumas limitações por ter analisado o perfil específico da microárea I, sendo importante conhecer essa realidade no conjunto das microáreas. Essa limitação é também uma consequência do pouco investimento governamental que fortalece as dificuldades enfrentadas por ribeirinhos e profissionais de saúde principalmente a respeito da falta de transporte marítimo para deslocamento entre as microáreas e entre a Ilha e Belém, além do reduzido número de profissionais, comprometendo o acompanhamento sistemático da população nas demais microáreas.

REFERÊNCIAS

ARANTES, L.J; SHIMIZU, H.E; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, volume. 21, n.5, p.g 1499-1509, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501499&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2019.

BADKE, M.R et. Saber popular: uso de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde. **Rev Enferm UFSM**, volume. 6, n. 2, p.g 225-234, 2016. . Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17945/pdf> . Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL, Ministério da Agricultura, Pecuária, e abastecimento. **Boas Práticas de Manejo – Açaí. 2017**. Disponível em: . Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 1.229, de 6 de junho de 2014. Define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 jun. 2014.

BULGARELI, J.V et al . Factors influencing the impact of oral health on the daily ctivities of adolescents, adults and older adults. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. volume. 52, n. 44, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100231&lng=en. Acesso em: 15 out. 2019.

CARREIRO, D. L et al. Avaliação da satisfação com a assistência odontológica na perspectiva de usuários brasileiros adultos: análise multinível. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 12, p.g 4339-4349, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413812320182312.32792016>. Acesso em: 15 out. 2019

DOMINGUES, P.H.F et al. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, volume. 26, n.2, p.g 319-330, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200319&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 out. 2019.

FRANCO, E.C et al. Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. **Rev. CEFAC**, volume. 17, n.5, p.g 1521-1530, 2015. . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462015000501521&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 out. 2019.

IMADA, K.S et al. Socioeconomic, hygienic, and sanitation factors in reducing diarrhea in the Amazon. **Rev saúde publica**; volume.50, n.77, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100248&Ing=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2019.

LIRA, T.M, CHAVES, M.P.S.R. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 17, n. 1, p.g 66-76, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/inter/v17n1/1518-7012-inter-17-01-0066.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

MEDEIROS, M.S et al. A Saúde no Contexto de uma Reserva de Desenvolvimento Sustentável: o caso de Mamirauá, na Amazônia Brasileira. Saúde Soc.; volume.27, n.1,p.g 128-148, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n1/1984-0470-sausoc-27-01-128.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.

MELO, L.P. Enfermagem como uma ciência humana centrada no cuidado. **REME – Rev Min Enferm**, volume. 20: e979, 2016. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1115>. Acesso em: 15 out. 2019.

MELO, M.F.T; SILVA, H.P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN**, Volume. 7, n. 16, pg. 168-189, 2015. Disponível em: http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/103. Acesso em: 15 out. 2019.

OLIVEIRA, A.F.P et al. Fitoterapia na atenção básica: estudo com profissionais enfermeiros. **Rev Fund Care Online**, volume. 9, n.2, p.g 480-487, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016. v9i2.480-487>. Acesso em: 15 out. 2019.

OLIVEIRA, R.A; GURGEL-GONÇALVES, R; MACHADO, E.R. Intestinal parasites in two indigenous ethnic groups in northwestern Amazonia. **Acta Amaz**.Volume 46, n. 3 pg 241-246, 2016 . Disponível em: ">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0044-59672016000300241&Ing=pt>. Acesso em: 14 out. 2019.

RODRIGUES, H. M; AGUIAR, J.C; NOGUEIRA, L.M.V; PALMEIRA, I.P; RODRIGUES, I.L.A. desvendando saberes e preocupações sobre a saúde entre homens ribeirinhos. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, Volume 11, n .9 pg.3446-53, 2017.

SILVA, E; C et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2016, v. 19, n. 01, p.g 38-51. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010004. Acesso em: 15 out. 2019.

SILVA, J.V, MACHADO, F.C.A, FERREIRA, M.A.F.As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 20, n. 8, p.g 2539-2548, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.12052014>. Acesso em: 15 out. 2019

SOUZA, N. P et al. A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 22, n. 7, p.g 2257-2266, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.03042017>. Acesso em: 15 out. 2019

SOUSA, F.J; ANDRADE, F.S; SILVA, M.P.S.D.C.A Cultura Amazônica e sua Aplicação nas Práticas de Educação em Saúde e Enfermagem. Rev Cuidarte; volume. 6, n. 2, p.g 1103-7, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281953857_A_cultura_amazonica_e_sua_aplicacao_nas_praticas de educacao em saude e enfermagem>. Acesso em: 15 out. 2019.

PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA QUANTO AO USO DA LIBRAS E SUA REPERCUSSÃO NA AUTONOMIA DO PACIENTE SURDO

Benedito do Carmo Gomes Cantão¹, Eunice Lara dos Santos Cunha², Gabriel Costa Vieira³, José Antonio Cordero da Silva⁴

RESUMO

O estudo trata de uma pesquisa documental sobre o atendimento de urgência e emergência em duas unidades do munícipio de Tucuruí-PA quanto ao uso da Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS) e sua repercussão na autonomia do paciente surdo. O objetivo consiste em caracterizar o perfil dos profissionais de saúde e sua reflexão acerca do atendimento ao deficiente auditivo quanto à garantia da autonomia e da privacidade. A pesquisa contou com 30 fichas curriculares de médicos e enfermeiros que se encontravam na base de dados do setor de recursos humanos das respectivas unidades. O instrumento de coleta de dados foi um formulário de observação dividido em duas etapas: identificação e dados específicos, essa última constituindo a análise da utilização da LIBRAS como ferramenta de humanização com o paciente surdo. No trabalho é possível concluir que existe um déficit nessa comunicação, onde, nas variáveis específicas, somente quatro profissionais enfermeiros relataram ter tido a matéria de LIBRAS na graduação e apenas um médico realizou um curso após sua formação, demonstrando que os profissionais ainda se encontram, em sua maioria, despreparados, impedindo o fornecimento de um serviço abrangente para todos os públicos, dentre eles, o paciente com surdez com repercussão negativa na garantia quanto à autonomia e privacidade.

Palavras-chave: LIBRAS; Atendimento; Paciente Surdo; Humanização.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.176-190

¹ Enfermeiro, Mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará - Campus XIII

² Biomédica e Mestranda em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE)

 ³ Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará
 Campus XIII

⁴ Médico, Doutor em Bioética e Ética em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Docente do Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE)

PROFILE OF HEALTH PROFESSIONALS OF THE EMERGENCY SERVICES OF A HOSPITAL AND EMERGENCY CARE UNIT IN REGARDING THE USE OF THE LIBRAS

ABSTRACT

The study deals with a documentary research on the urgency and emergency care in two units of the municipality of Tucuruí-PA regarding the use of the Brazilian Sign Language (LIBRAS) and its repercussion on the autonomy of the deaf patient. The objective is to characterize the profile of health professionals and their reflection on the care of the hearing impaired regarding the guarantee of autonomy and privacy. The survey counted on 30 curricula of doctors and nurses that were in the database of the sector of human resources of the respective units. The instrument of data collection was an observation form divided into two stages: identification and specific data, the latter constituting the analysis of the use of LIBRAS as a humanization tool with the deaf patient. In the paper, it is possible to conclude that there is a deficit in this communication, where, in the specific variables, only four nurses reported having had the subject of LIBRAS in the undergraduate program and only one doctor did a course after his training, demonstrating that the professionals still meet, in the majority, unprepared, preventing the provision of a comprehensive service for all publics, among them, the patient with deafness with negative repercussions on the guarantee of autonomy and privacy

Keywords: LIBRAS; Attendance; Patient Deaf; Humanization.

177

INTRODUÇÃO

Para que a sociedade se desenvolvesse através dos tempos, houve a necessidade de estabelecer um entendimento comum entre os seus indivíduos, o que só foi possível através da linguagem. Com efeito, ela teve um papel importante na vida das pessoas e no desenvolvimento das populações, pois, por esse princípio, houve a transmissão de informações, ideias e sentimentos, existindo, então a comunicação 16.

Sob o mesmo ponto de vista, o processo de comunicação entre as pessoas surdas também se fez necessário. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015, no mundo existiam cerca de 744 milhões de pessoas com algum grau de surdez e, somente no Brasil, aproximadamente 28 milhões⁷.

Reconhecer a diferença entre pessoa com grau de surdez e a pessoa surda se faz necessário. A primeira consegue ouvir, mesmo que com dificuldade ou com a ajuda de um aparelho auditivo; já a segunda, não consegue ouvir por fatores genéticos ou externos, que devido à lesão do nervo auditivo e/ou danos nos campos que transmitem os impulsos no encéfalo para codificação dos sons, não possuem o estímulo de audição 15.

Segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, no Brasil, há cerca de quase 10 milhões de pessoas surdas, sendo elas o eixo temático e central do presente estudo¹⁵.

Dessa forma, para que haja a interação desse público, a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) é o meio utilizado pela maioria das pessoas surdas, que através de códigos gestuais feitos com as mãos e face, são lidos e compreendidos pela visão, possibilitando o diálogo¹⁶.

No entanto, apesar de ser uma língua considerada materna a esse público e possuir respaldos judiciários, como a Lei n° 10.436 de 24 de abril de 2002, e o Decreto n°5.626 de 22 de dezembro de 2005, que regulamenta essa mesma Lei, o entendimento entre as pessoas surdas e as ouvintes diariamente encontra dificuldades para a devida integração, impedindo, muitas vezes, os direitos sociais e o exercício da plena cidadania dos cidadãos surdos, inclusive na questão que envolve sua autonomia¹².

O atendimento à pessoa com deficiência auditiva, no Brasil, é assegurado pela Constituição de 1988, onde é dito que os estados, municípios e o país têm a responsabilidade pelo cuidado à saúde e assistência pública, proteção e garantia de pessoas que possuem alguma deficiência².

Apesar de intensos avanços na ampliação do acesso e cobertura dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existe a distância entre as práticas e os princípios doutrinadores que consiste na integralidade, equi-

dade e universalidade voltadas a grupos minoritários, de maneira especial acerca dos portadores de necessidades especiais²⁰.

Em vista do exposto, se fez necessário um estudo que visasse analisar e verificar a acessibilidade dessas pessoas ao atendimento de Urgência e Emergência, no que diz respeito à sua comunicação com as equipes de saúde responsáveis pelo setor, para melhorar e estruturar um atendimento mais integrado.

Portanto, o estudo tem como objetivo caracterizar o perfil dos profissionais de saúde atuantes no serviço de Urgência e Emergência no que diz respeito ao uso da Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS) e suas reflexões acerca do atendimento ao paciente surdo quanto à garantia da autônima e da privacidade.

MÉTODO

O estudo trata-se de uma pesquisa documental, do tipo exploratório, de caráter descritivo, realizado no setor de Urgência e Emergência do Hospital Regional de Tucuruí (HRT) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Tucuruí-Pa, no período de 23 de outubro a 01 de novembro de 2018.

As informações foram coletadas na base de dados do setor de recursos humanos das respectivas unidades. A partir da pesquisa, obteve-se acesso aos dados estatísticos constituindo uma amostra de 30 fichas curriculares de profissionais de nível superior, sendo o grupo escolhido, médicos e enfermeiros que atuavam no setor de Urgência e Emergência, constituindo esse último o critério de inclusão ou exclusão para o estudo.

O instrumento de coleta de dados foi um formulário de observação, sendo esse dividido nas seguintes variáveis: profissão, instituição de trabalho, sexo, idade, tempo de formação, instituição formadora, se possui o curso de LIBRAS e há quanto tempo.

Uma vez coletados, foram armazenados e, posteriormente, analisados sob a ótica da análise de conteúdo, que é uma técnica de análise, realizada nas observações do pesquisador procurando avaliar de forma detalhada os dados obtidos²⁴ Esta interpretação dos dados foi possível através do aprofundamento de uma fundamentação teórica, onde se aprimorou os resultados obtidos com o teor científico de modo a fortificar a problemática e a busca de respostas no que diz respeito à acessibilidade por parte dos profissionais e instituição ao público surdo, nos setores de Urgência e Emergência da Unidade de Pronto Atendimento e em um Hospital Público do Sudeste do Pará.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra estudada foi constituída de 30 fichas cadastrais de profis-

sionais que atuam setor de urgência e emergência do Hospital Regional de Tucuruí (HRT) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Tucuruí-PA, no período de 23 de outubro a 01 de novembro de 2018 e os subtemas foram configurados e analisados em forma de tabela.

Tabela I. Perfil dos profissionais que atuam na urgência e emergência.

Variável	Partícipe	%
Sexo		
Masculino	15	50%
Feminino	15	50%
Faixa etária		
<20 anos	0	0%
De 20 a 30	11	36,6%
31 a 40	13	43,3%
41 a 50	4	13,3%
>51	2	6,66%
Formação		
Médicos	10	33,3%
Enfermeiros	20	66,6%
Profissão e gênero		
Médicas	4	36,36%
Médicos	6	54,54%
Enfermeiras	11	55%
Enfermeiros	9	45%
Instituição formadora		
Pública	14	46,6%
Particular	16	53,3%
Tipo de Curso		
Enfermagem	8	12
Medicina	6	4
Tempo de formação		
<i ano<="" td=""><td>2</td><td>6,66%</td></i>	2	6,66%
Ia4	8	26,6%
5 a 10	11	36,6%
>10	9	30,0%

Fonte: dados da pesquisa, 2018.



A variável gênero é utilizada para marcar características próprias aos comportamentos de grupos de sujeitos sociais. Na amostrada pesquisada, verificou-se que sexo feminino é equivalente em número ao sexo masculino.

Como a base de dados da pesquisa são caracterizados por profissionais médicos e enfermeiros que atuam nas unidades de urgência e emergência do município de Tucuruí, tal proporção de gênero reflete comportamento de egresso dos jovens universitários brasileiros no que tange aos cursos de enfermagem e medicina.

No Brasil, os jovens universitários egressos apresentam uma sutil maioria feminina e este comportamento tem permanecido praticamente estável ao longo dos últimos vinte anos, com leves oscilações. Porém, quando comparado por áreas de conhecimentos, vemos as desigualdades de gênero, sendo que área de exatas e engenharia a predominância é do gênero masculino e na ciência da saúde, com exceção do curso de medicina, a concentração de profissionais é do gênero feminino²⁵

Em se tratando da idade, as duas categorias mais acentuadas foram as de intervalo 20-30 anos e 31-40 anos, que somadas chegam a um porcentual de 79,9% do total de fichas analisadas. Portanto, a faixa etária da pesquisa se constitui de adulto-jovens.

Os Adultos-jovens correspondem à população que está situada na faixa entre 20 a 59 anos de idade, sendo que no censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira se encontrava dividida nas seguintes faixas etária: jovens com abrangência de 40,2%, adultos com 50,5% e idosos com 9,3% do total da população. Ademais, de acordo com o mesmo Instituto a maior parcela de indivíduos com idade de trabalho, são as pessoas que estão no grupo de 40 a 59 anos de idade, o que representa 30,8%, seguido do grupo etário de 25 a 39 anos, que corresponde a 29,6% do total de pessoas em idade de trabalhar²6.

Em um estudo semelhante, foram encontradas variáveis próximas a desse estudo, onde 43,9% dos profissionais enfermeiros que existiam no Brasil tinham idade inferior a 35 anos e 27,5% tinham de 36 a 45 anos de idade, sendo que a primeira denota um perfil de jovens adultos, e a segunda um público mais maduro e com maior tempo de trabalho^{4,13}

No que tange a formação, nesta variável, foi possível analisar que a maioria se faz pela equipe de enfermagem, este fato pode ser explicado, visto que, conforme indicadores nacionais, a enfermagem ocupa significativo espaço total de empregos neste setor²⁸. Além de que, o acesso ao mercado de trabalho no setor de saúde ocorre de forma dinâmica e, em geral, absorve importante parcela da população economicamente ativa do país²⁷

Ao levar em consideração o perfil da saúde brasileira, estima-se que a enfermagem represente, no Brasil, cerca de 80% da força de trabalho em saúde. Sendo que na área hospitalar, calcula-se que os trabalhadores em enfermagem sejam 60% da força de trabalho total²⁹

Na variável gênero, entre os profissionais de medicina, o estudo mostrou uma predominância do sexo masculino, com 54,54% dos dados coletados. Esses dados se assemelham ao de um estudo (2014) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em que os homens eram maioria, sendo representados por 57,5% dos médicos do Brasil, e mulheres como 42,5% desse total, de modo a demonstrar um perfil masculizado da medicina. Entretanto, no cenário atual, nos profissionais com 29 anos ou menos, as mulheres já são maioria, com 56% contra 43,8% dos profissionais homens, demonstrando que a medicina já passa por uma feminização, diferente de 40 anos atrás, quando a presença da mulher na profissão era muito pequena¹⁷.

Em relação à enfermagem, pôde-se identificar que a maioria dos profissionais enfermeiros era do sexo feminino, representado por 55% do total de profissionais enfermeiros. Após um levantamento do perfil do profissional de enfermagem, observou-se que a equipe de enfermagem é predominantemente feminina (84,6% de mulheres). Entretanto, a categoria tende à masculinização, pois, nos últimos anos, muitos homens passaram a integrar a classe de enfermeiros, que vem se firmando com o decorrer dos anos⁵.

Ao correlacionar as variáveis Instituições formadoras e tipo de curso, observou que há uma divergência, visto que entre os profissionais da área médica, a maioria teve formação em universidade pública, o que difere da área da enfermagem onde se destaca o ensino privado. Esse quadro se dá, principalmente, pela democratização do ensino, onde a faculdade privada dispõe mais facilmente, em seus processos seletivos, a facilidade de escolha dos horários, o que permite conciliar com trabalho, bem como a disponibilidade de bolsas parciais ou totais e a abertura de novos polos próximos a locais onde antes não se tinha acesso, o que favorece o estudante de regiões distante dos grandes centros a cursar o ensino superior^{20, 23}.

Quanto ao tempo de formação dos profissionais, a faixa de concentração ficou situada entre I ano até mais de I0 anos de atuação, isso demostra que os profissionais entram cedo no mercado de trabalho e que muitos já possuem experiência em lidar com situações na área de saúde. Consequentemente, o exercício do trabalho é instruído a partir de princípios éticos que requerem na maioria das vezes habilidade para suas execuções^{22.}

Além disso, os setores de urgência e emergência constantemente apresentam o predomínio de jovens profissionais³¹. Vale ressaltar que os

recém-formados apresentam inúmeras dificuldades que geram ansiedades e até mesmo frustrações, visto que muitas empresas não esclarecem qual é a sua missão, visão ou filosofia adotada e poucas vezes apresentam seus regimentos internos.³⁰

Dessa forma, a qualidade é um grupo de característica e de execução de um produto ou serviço que, dentro do que é exigido, atende e, por vezes, supera as expectativas e anseios do consumidor, de modo a deixar o paciente totalmente satisfeito.

Tabela 2 – Perfil dos profissionais quanto ao uso de LIBRAS.

Variável	Sim	Não	Profissional	
LIBRAS na graduação				
	4	16	Enfermeiros	
	0	10	Médicos	
LIBRAS após a graduação				
	0	20	Enfermagem	
	I	9	Medicina	

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Nas variáveis específicas, no que concerne aos profissionais de saúde sobre a formação em LIBRAS, a maioria das fichas cadastrais dos enfermeiros e dos médicos não apresentava o curso de LIBRAS na graduação, tais informações apontam para as dificuldades de estabelecer comunicação com paciente surdo e consequentemente na salvaguarda da autonomia do deficiente auditivo.

A forma de articulação de LIBRAS com a prática profissional ocorre de maneira superficial, esse distanciamento são os grandes entraves para soluções de problemáticas envolvendo a comunicação com a pessoa surda e garantia de autonomia. Pois, a comunicação ineficaz durante a assistência é um dos fatores que prejudica a relação profissional-paciente. Portanto, tornase indispensável que profissionais da saúde conheçam a LIBRAS, a fim de não comprometer o cuidado com o cliente³².

Além disso, o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência é um direito assegurado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão), tanto públicos como privados, portanto a ausência de uso de LIBRAS pelos profissionais da saúde fragiliza a comunicação do deficiente auditivo, bem como seu acesso aos serviços de saúde, prejudicando a qualidade do atendimento prestado e limitando a sua autonomia e privacidade³².

O assunto que trata da inclusão vem sendo discutida desde a década de 90, atualmente o Decreto n° 5.626 de 22 de dezembro de 2005, determina que os serviços de saúde devam atender diferenciadamente a comunidade surda, minoria sociolinguística e cultural, usuária da Língua Brasileira de Sinais³².

Ademais, a linguagem brasileira de sinais vem se ampliando para diversos públicos do sistema de ensino superior¹⁴. Em outra análise, verificou-se que os projetos pedagógicos de três cursos de graduação, sendo um deles a enfermagem, já apresenta em sua grade curricular o curso em LIBRAS. Porém, ainda é um grande desafio para o ensino superior, pois, em um estudo que analisou 25 faculdades, somente 58% oferecia a disciplina na grade curricular¹⁹.

Por mais que exista o fornecimento do curso de LIBRAS, percebe-se que, mesmo após a graduação, o interesse pelos profissionais de saúde é relativamente curto. Coincidindo outro estudo, onde se pesquisou o conhecimento dos médicos acerca desse método de comunicação, e foi observado o mesmo resultado no qual, entre os médicos, somente um respondeu ter conhecimento básico de LIBRAS, onde os demais se justificaram que não realizaram pela falta de tempo, carga horária de trabalho e problemas financeiros¹¹.

Na área da saúde é preocupante o número de funcionários que não que conhecem e não usam a LIBRAS, gerando uma deficiência na acessibilidade e prestação de cuidados as pessoas com deficiência, em especial, ao deficiente auditivo que tem maior dificuldade de interação com a sociedade e impedimentos de acesso à saúde³².

Dessa forma, para que se tenha uma formação de qualidade dos profissionais de saúde, o profissional precisa complementar com outros métodos as lacunas que não foram preenchidas pela vivência acadêmica, onde muitas vezes não são realizadas durante o curso de graduação¹⁴. Além do mais, a formação e a capacitação de profissionais de saúde para atender às pessoas com deficiência é uma das exigências da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência³².

Tabela 3 – Contato com LIBRAS nos últimos 12 meses.

Variável	Tempo	Participante
Último contato com as Libras		
Enfermagem	<i ano<="" td=""><td>I</td></i>	I
Medicina	<i ano<="" td=""><td>ı</td></i>	ı

Fonte: dados da pesquisa, 2018

Na última variável, do total de 30 fichas analisadas, somente dois profissionais tinham realizado contato com a LIBRAS no período de um ano. Tendo em vista que esse contato com a linguagem ajuda na atualização e aperfeiçoamento da comunicação com os pacientes, fato esse que, em se tratando da atual situação das unidades no que diz respeito à comunicação com a pessoa surda, mostra um dado preocupante quanto à garantia do atendimento individualizado. Os profissionais que atuam nas unidades de saúde necessitam interagir com seus pacientes, o que se faz com a valorização da sua singularidade e suas particularidades comunicativas ^{6,8,33}.

Essa educação continuada se faz importante, pois, através dela, o profissional se especializa continuamente, auxiliando na qualificação e gestão em saúde das unidades onde atua, tornando o trabalhador da unidade um ser ativo que promove a evolução, melhoramento e desenvolvimento das atividades do setor em que trabalha¹⁸.

No que tange as questões da Bioética e do Direito, acerca do tema que envolvem autonomia e capacidade da pessoa com deficiência auditiva, tem aumentado cada vez mais as discussões sobre o processo de inclusão social, pois os deficientes auditivos têm constantemente seu direito desrespeitado quanto se trata de privacidade, já que na maioria dos atendimentos há uma escassez do uso da LIBRAS na comunicação pelos profissionais de saúde, o que gera no deficiente auditivo sentimentos negativos, falha na comunicação e limitação de sua autonomia uma vez que se faz necessária a presença do acompanhamento de familiares^{32,33}

Desse modo, ao correlacionar à bioética e os direitos da pessoa com deficiência auditiva em relação ao serviço de saúde oferecido pelo SUS, percebe que os surdos perdem sua autonomia e privacidade quando são julgados, pela sua deficiência auditiva, incapazes e não autônomos pela maioria da população. Portanto o problema de acesso a informação por parte do deficiente auditivo em virtude do não uso da LIBRAs por profissionais de saúde deve ser analisado à luz dos princípios morais e valores fundamentais, de modo a permitir uma melhor reflexões sobre autonomia e a capacidade do surdo em participar do seu tratamento³⁴.

Portanto, a falta de conhecimento da LIBRAS por parte dos funcionários da instituição de saúde faz com que o paciente deficiente auditivo se sinta excluído e, em alguns casos, seja privado de exercer seu direito pelo fato de não se comunicar oralmente³². Isso demostra a importância de o profissional de saúde buscar compreender as pessoas com deficiência e suas circunstâncias para, desta forma, contribuir para maior conscientização e redução das barreiras incapacitantes que afetam a garantia da autonomia do paciente surdo³⁴.

186

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo, pôde-se observar que os profissionais de ambas as unidades ainda possuem um grande déficit no uso da linguagem brasileira de sinais como ferramenta de humanização ao atendimento da pessoa surda, sendo esse um problema atenuante.

Dessa forma, no que concerne aos pacientes surdos, que frequentam as instituições a fim de atendimento, encontram-se muitos empecilhos, principalmente por não terem como repassar as informações necessárias para que assim os profissionais consigam realizar um atendimento de qualidade e, em se tratando de setor de Urgência e Emergência, devido a esse déficit, pode colocar o paciente em risco de saúde ou de vida, pela falta de comunicação adequada.

Esse distanciamento, devido à falta de linguagem e comunicação eficaz por falta dos profissionais, cria barreiras e causa limitação na autonomia e privacidade a pessoa surda, o que seria evitado se os funcionários estivessem devidamente capacitados em vista dessas situações, que diariamente se fazem presentes nas instituições de saúde e exigem do profissional de estar munido dessa forma de comunicação.

Esse fato não só influencia de forma negativa no atendimento do paciente surdo, mas na prestação de serviço dos profissionais da unidade que, diante dessas situações, encontram-se os verdadeiros dilemas éticos em garantir ou não a autonomia da pessoa com deficiência auditiva frente a uma comunicação ineficaz por falta do uso de LIBRAS por profissionais da área de saúde, acarretando em frustração e estresse para trabalhadores e unidade.

Na pesquisa, foi analisado que os problemas, em sua maioria, no que diz respeito a essa lacuna na LIBRAS vêm desde a graduação dos profissionais, que se formaram anteriormente ao sancionamento do decreto que a dispôs como obrigatória nas instituições de ensino ou por essas mesmas não a disponibilizarem na grade curricular. Vale ressaltar que por mais que seja uma nova perspectiva desde o seu sancionamento, ainda existem muitas faculdades, públicas e privadas, dos cursos de saúde, que não fornecem aos seus alunos essa disciplina e quando dispõe ela é tida apenas como optativa, não sendo dada a devida importância e dificultando a atuação profissional dos discentes frente a essas situações quando estiverem em campo de trabalho, acentuando mais ainda o problema.

A sugestão para os profissionais que já trabalham, seria a realização de capacitações pelas unidades, para que consigam dispor, pelo menos, do básico de LIBRAS para que houvesse o repasse da mensagem entre a linha profissional-paciente, estabelecendo esse vínculo e integrando o paciente surdo, humanizando o atendimento e dispondo de uma atmosfera de integração, respeito e dignidade, de modo que todos os anseios do paciente surdo possam ser atendidos e que sua liberdade de escolha e privacidade sejam respeitados.

REFERÊNCIAS

BARROS, C. D. C. Excelência em Serviços, Questão de Sobrevivência no Mercado. Rio de Janeiro. Qualitymark editora, 1996.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n° 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei n° 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei n° 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Justiça, 2005.

Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa COFEN/COREN's mostra dados da enfermagem brasileira. Distrito Federal, 01 de setembro de 2011. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-cofencorens-mostra-dados-da-enfermagem-brasileira 7746.html> Acesso em: 05 nov. 2018.

Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. Distrito Federal, 06 de maio de 2015. Disponível em: http://www.co-fen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html Acesso em: 04 nov. 2018.

CORRÊA, A.C., et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuibá – Mato Grosso. Ver. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jan/mar;14(1):171-80.

CREVILARI, Vinicius. Quase 30 milhões de brasileiros sofrem de surdez. Jornal da USP, São Paulo, 19 de setembro de 2017. Disponível em: https://jornal.usp.br/atualidades/quase-30-milhoes-de-brasileiros-sofrem-de-surdez/. Acesso em: 13 out. 2018.

FERRARI, R.A.P; THOMSON, Z., MELCHIOR, R. Estratégia da Saúda da Família: Perfil dos Médicos e Enfermeiros, Londrina, Paraná. Seminário de Ciências Biológicas e da Saúde 2005; 26(2):101-108.

FRAUCHES, C. Educação Superior Comentada | Políticas, diretrizes, legislação e normas do ensino superior. Associação Brasileira de Mantenedoras do Ensino Superior, Brasília, DF, 19 de novembro de 2012. Disponível em: https://abmes.org.br/colunas/detalhe/680/educacao-superior-comentada-%E2%80%93-politicas-diretrizes-legislacao-e-normas-do-ensino-superior, Acesso em: 20 nov. 2018.

GALAVOTE, H.S., et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. Escola Anna Nery 20(1) Jan-Mar 2016, Vitória, ES, Brasil.

GOMES, L.F. et al. Conhecimento de Libras pelos Médicos do Distrito Federal e Atendimento ao Paciente Surdo. Revista Brasileira de Educação Médica, 41 (4):551-556;2017.

IANI, A. PEREIRA, P.C.A. Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de Saúde. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, supl. 2, 2009.

LUIZ, R.B, et al. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out. 2015;23(5):880-7.

ROSSI, R.A.A Libras Como Disciplina no Ensino Superior. Revista de Educação, Vol. 13, N°. 15, ano 2010.

RUSKY, Renata. Identidade Surda. Alguns nasceram surdos, outros por problemas na gestação. Revista Correio Brasiliense, Distrito Federal, 25 de fevereiro de 2018. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/revista/2018/02/25/interna_revista_correio,661907/algunsnasceram-surdos-outrosadquiriramporproblemas-na-gestacao.shtml Acesso em: 25 out. 2018.

SANTANA, E.P. O direito à comunicação: as libras e os desafios da educação dos surdos. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, MA, 2013.

Scheffer, M. et al, Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas. ISBN: 978-85-89656-22-1.

SILVA, E.P.B., et al. Educação Permanente como Instrumento de Trabalho do Profissional de Saúde. Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, São Paulo, 2(2):41-46, 2017.

SILVA, L.K.M., PACHÚ, C.O.A importância da LIBRAS na Formação dos Profissionais de Saúde. Il Congresso Internacional de Educação Inclusiva, Campina Grande, PB, 2016.

TEIXEIRA, E.; FERNANDES, J. D.; ANDRADE, A. C., SILVA, K. L.; ROCHA, M. E. M. O.; LIMA, R. J. O. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, p. 102-110, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspea14.pdf> Acesso em: 13 nov. 2018.

VIANA, N.G., et al. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 19(7):2180-2187, 2014.

XAVIER, A., MIOTO, R.C.T. Reflexões Sobre a Prática Profissional do Assistente Social: relação teoria-prática, historicidade e materialização cotidiana. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 13, n. 2, p. 355 - 365, jul./dez. 2014. (tempo profissão).

ZARUR G. O discurso liberal e a política de expansão da educação superior no Brasil. 2011. Disponível em: http://www.georgezarur.com.br/artigos/63/o-discurso-liberal-e-a-expansao-do-ensino-superior-no-brasil Acesso em: 13 nov. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011. 288 p.

SENKEVICS, Adriano. **Gênero nas universidades federais:** uma análise do perfil de estudantes por sexo. 2016. Disponível em: https://ensaiosdegene-ro.wordpress.com/2016/08/22/genero-nas-universidades-federais-uma-analise-do-perfil-de-estudantes-por-sexo/>. Acesso em: 05 dez. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010:** características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. 2012. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm>. Acesso em: 05 dez. 2018.

VIEIRA, A L. S. (Org.). *Trabalhadores de saúde em números* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998

RIBEIRO, Grace Kelly Naves de Aquino et al. Profissionais de enfermagem habilitados para o mercado de trabalho em Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**: reme, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, jan. 2014. Quinzenal. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/905. Acesso em: 05 dez. 2018.

Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. Resumos apresentado na Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde; 2010 jun. 9-11; Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, 2010

BELEI, Renata Aparecida et al. **PRIMEIRO EMPREGO:** COMO TREINAR O ENFERMEIRO RECÉM-GRADUADO. 1992. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v45n4/v45n4a09.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2018.

ROCHA, Elivania Costa de Almeida. **Atuação da enfermagem em urgências e emergências.** 2012. Disponível em: http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/atua%C3%A7%C3%A3o-da-enfermagem-em-urg%C3%AAncias-emerg%C3%AAncias. Acesso em: 05 dez. 2018.

JUSTI, Jadson; ANTUNES, Judith Martins; OLIVEIRA, Hildete Xavier de. **RE-FLEXÕES ACERCA DO ATENDIMENTO AO INDIVÍDUO SUR-DO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.** 2015. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/16442_7400.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2018.

FIGUERêDO, Rafaella Bastos Silva. **Pessoa com Deficiência Auditiva:** Reflexões sobre Autonomia e Capacidade. 2015. Http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=07a81d45ff030b63. Disponível em: <ttp://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=07a81d45ff030b63>. Acesso em: 05 dez. 2018.

191

A SAÚDE MENTAL NA ÓTICA DA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE OS ASPECTOS DA DEPRESSÃO E DO SUICÍDIO ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL¹

Gabriela Evelyn Rocha da Silva², Paula Emannuele Santos do Amaral³, José Augusto Carvalho de Araújo

RESUMO:

Introdução; Objetivo(s); Material e Método; Resultados; Conclusão. Introdução: A depressão e o suicídio entre crianças e adolescentes têm sido apontados, por diferentes autores, como sendo grave e se tornando comum aos jovens brasileiros. Segundo Schwan e Ramires (2011:01) existem mais de 16 mil produções sobre Depressão em crianças no Brasil no período abrangido pela revisão de 2000 a 2010. Nesses estudos foram abordados tópicos como: "aspectos epidemiológicos e sintomáticos", "comorbidades", "avaliação, diagnóstico e intervenções", "aspectos psicodinâmicos" e, ainda, "depressão e acolhimento institucional" (ibidem, 2011:01). Objetivos: O objetivo é realizar uma revisão de literatura sobre o tema da depressão e do suicídio em crianças. Considerando as dificuldades na realização da pesquisa optamos por uma pesquisa bibliográfica e documental. Material e Método: Foram consultadas várias bases de dados disponíveis on line. no período compreendido entre 2000 a 2015. Foram selecionados artigos que abordam tópicos como: aspectos epidemiológicos e sintomáticos, avaliação, diagnóstico e intervenções, aspectos psicodinâmicos, além do tema da "depressão". Resultados: Neste levantamento de literatura diferentes autores apontam sobre a gravidade da depressão na infância e adolescência e discutem a importância de se desenvolverem estudos que contribuam com intervenções e tratamentos adequadas a esses grupos. Conclusão: Ainda são raros os estudos que buscam investigar a eficácia dos tratamentos para a depressão em crianças e adolescentes no Pará e no Brasil como uma forma de prevenção à prática do suicídio

Descritores: Enfermagem em saúde mental. Sociologia. Estressores psicossociais

Palavras-chave: Depressão. Suicídio. Adolescentes.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.191-199

Este artigo é resultado do Projeto que foi aprovado institucionalmente através da Iniciação Científica – PIBIC/PROPESP-UEPa, em parceria com a Fundação de Amparo à Pesquisa no Pará – FAPESP, conforme o Edital 036/2015 FAPESPA e UEPA sob a Coordenação do Professor Dr. José Augusto Carvalho de Araújo, da Universidade do Estado do Pará – UEPa, um dos autores do artigo.

² Graduanda em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará.

³ Graduanda em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará. Bolsista do Projeto.

LA SANTE MENTALE DU POINT DE VUE DES SOINS INFIRMIERS: REVUE DE LA LITTERATURE SUR LES ASPECTS DE LA DEPRESSION ET DU SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS AU BRÉSIL

RÉSUMÉ

INTRODUCTION: Objectif (s); Matériel et méthode; Les résultats; Conclusion Introduction: Différents auteurs ont souligné que la dépression et le suicide chez les enfants et les adolescents étaient sévères et devenaient fréquents chez les jeunes Brésiliens. Selon Schwan et Ramires (2011:01), il y aurait plus de 16 000 productions sur la dépression chez les enfants au Brésil entre 2000 et 2010. Ces études ont porté sur des sujets tels que: «aspects épidémiologiques et symptomatiques», «comorbidités», « évaluation, diagnostic et interventions »,« aspects psychodynamiques »et« dépression et accueil en établissement »(ibidem, 2011: 01). Objectifs: L'objectif est de mener une revue de la littérature sur le thème de la dépression et du suicide chez les enfants. Considérant les difficultés de la recherche, nous avons opté pour une recherche bibliographique et documentaire. Matériel et méthode: Plusieurs bases de données en ligne ont été consultées de 2000 à 2015. Nous avons sélectionné des articles traitant de sujets tels que: les aspects épidémiologiques et symptomatiques, l'évaluation, le diagnostic et les interventions, les aspects psychodynamiques et le thème de la «dépression». « Résultats: Dans cette revue de littérature, différents auteurs soulignent la gravité de la dépression chez les enfants et les adolescents et discutent de l'importance de la mise au point d'études contribuant aux interventions et aux traitements appropriés pour ces groupes. Conclusion: peu d'études ont été consacrées à l'efficacité des traitements de la dépression chez les enfants et les adolescents au Pará et au Brésil en tant que moyen de prévention du suicide.

Descripteurs: Soins infirmiers en santé mentale. Sociologie. Facteurs de stress psychosociaux.

Mot clé: Dépression. Suicide. Adolescents

ANALISE DA LITERATURA E OS RESULTADOS DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

O referente artigo trata-se de uma revisão da literatura em torno do tema da Depressão e do suicídio, a partir de análise de dados de estudos e pesquisas, já realizadas por diferentes pesquisadores sobre o assunto da Depressão e Suicídio entre jovens no Brasil.

Nesse sentido, estudos epidemiológicos apontam que fenômenos depressivos são duas vezes mais comuns em adolescentes do gênero feminino, estima-se que pelo menos 15% da população desenvolveu ou desenvolverá depressão, sendo assim as principais vítimas crianças e adolescentes. Rentz-Fernandes et al. (2017) constataram que 59,9% dos adolescentes de sua pesquisa apresentaram sintoma depressivo, entre esses, 5,8% mostravam quadros graves, 13,2% sintomas moderados. Pelo menos 34/3% referiram ideação/tentativa suicida, dentre entrevistados em maioria adolescentes do sexo feminino. Fatores como família, vulnerabilidade social, menor suporte familiar, privação de envolvimento afetivo, baixa renda e outros fatores sociais podem ser desencadeantes do comportamento depressivo (COSTA, GAETTI-JARDIM JR. e FAJARDO, 2014).

Esses fatores são estudados quando 52,7% dos adolescentes relatam que relações afetivas insatisfatórias geram humor depressivo em tais, seguido de fatores psicossociais como 47,3% que vem a pressupor a interferências dos conflitos sociais na saúde psicológica e mental do indivíduo, sendo que na rede pública de ensino os fatores de cunho social (psicossociais 53,5%) foram vistos como os motivos de maior ocasião de comportamento depressivo, já na rede privada de ensino, os adolescentes relataram fatores psicoafetivos (59,6%) como os mais potentes para o desenvolvimento do comportamento depressivo. (COSTA, GAETTI-JARDIM JR. e FAJARDO, 2014).

Além desses fatores ligados diretamente ao universo do adolescente e sua família, Kristensen et al. (2004), observaram outros como medo de serem estuprados, reclusão na Fundação CASA, serem molestados, impedidos de ver os pais ou acolhidos em instituição, obrigação de obediência às ordens dos genitores e briga com irmãos. Fonseca et al. (2008) destacaram o papel de fatores afetivos e sociais como sofrimento, solidão, preconceito, desilusão, perda de um ente querido ou tentativa de suicídio ficando claro a necessidade de apoio e socialização, atrelado à realidade sociocultural de cada um (COSTA, GAETTI-JARDIM JR. E FAJARDO, 2014:12).

Segundo a OMS o suicídio é atualmente um problema de saúde pública mundial, presente como estimativa em vários países, o mesmo se caracteriza por ser uma das principais causas de morte. No Brasil, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, a taxa de suicídio aumentou em 40% entre crianças e pré-adolescentes com idade de 10 a 14 anos. Há uma estimativa que essa taxa aumente em 50% até o ano de 2020. Em 2017 o Ministério lançou a "Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio", com taxa de suicídio entre a população de 5 a 19 anos equivalente a 1,7 para cada 100 mil habitantes, conforme dados do Sistema de Informações de Mortes (SIM), contabilizado entre 2011 a 2016. (BRASIL, 2017)

Considerando, então, que o suicídio nessa fase da vida não é apenas um problema de cunho familiar, mas que também diz a respeito dos profissionais da área de saúde, necessita-se observar ativamente o exercício de profissão desses participantes, sejam eles de qualquer classe profissional da área de saúde. Tarefa essa que visa o surgimento de novos estudos, criação de estratégias de prevenção, identificação dinâmica dos fatores de risco ao suicídio para a prevenção, assim como investir na formação desses profissionais para que eles possam enfrentar essa situação com embasamento científico necessário. (BRAGA E DELL'AGLIO, 2013).

Estudos demonstram a relação de diversos transtornos psiquiátricos em relação a ideação suicida, entre eles os transtornos clínicos e transtornos de personalidade, destacando-se a depressão quando a ideação suicida começa a surgir pela infância e adolescência.

Outro fator importante para o aumento da taxa de suicídio é também a vulnerabilidade social em que esses indivíduos sociais são expostos, situações de pobreza, desemprego, estresse econômico e instabilidade social podem predispor ao suicídio. Em adolescentes, a perda de um ente querido ou situações de exposição social aumentam consideravelmente o risco de suicídio. (BRAGA E DELL'AGLIO, 2013). Ainda ao se falar de ideação suicida, pesquisadores expõe uma relação entre suicido e conhecer uma pessoa que já tentou o mesmo como um comportamento de imitação ou contágio, denominado suicide contagion por Mercy et Al. (2001) ao se refere a influência da divulgação do comportamento de pessoas que cometeram suicídio sobre o comportamento de pessoas com saúde mental vulnerável ou fragilizada. Determinantes como esses caracterizam a importância de debater em volta do tema e alertar a população ao que tange os riscos que um quadro psíquico fragilizado pode ocasionar.

Casos de suicídio estampados em jornais, televisão, internet ou em qualquer meio social podem "contagiar" pessoas que procuram soluções rá-

pidas para os seus problemas, em foco principal adolescentes ou jovens com problemas psiquiátricos ou mentais. (BRAGA e DELL'AGLIO, 2013)

Em uma pesquisa realizada no Brasil com 88 adolescentes com idades entre 12 a 17 anos que cursavam a sexta e sétima série do ensino fundamental, comprovou-se que a intensidade do humor depressivo foi maior do que a verificada na população geral, em outras fases da vida, apenas com exceção a terceira idade. A intensidade da depressão fora classificada do mínimo ao leve em mais de 50% dos casos sendo que 26% caracterizavam resultados sugestivos de depressão clínica. Este estudo contribui aos dados da literatura sobre a vulnerabilidade a depressão na adolescência. (ARGIMON et al, 2013). Torna-se assim preocupante a alta prevalência de sintomas depressivos nesta faixa etária, pois a adolescência é uma fase crucial ao desenvolvimento, na qual a presença de sintomas depressivos e o desenvolvimento de transtornos de humor ou personalidade podem comprometer o desenvolvimento saudável do indivíduo.

Estudos como esse salientam a importância de se estudar características sociodemográficas presentes nessa população, assim como os fatores influentes para o surgimento e aumento de sintomas depressivos nessa etapa da vida.

Em outra investigação realizada com adolescentes entre 14 a 19 anos comprovou que de 417 casos, 80 casos (19,2%) apresentaram um nível moderado ou grave de depressão e 173 desses casos (41,5%) configurando a presença de um indício de potencial suicida, o resultado foi significativo e incentivou novos estudos na área, assim como conclusões da dificuldade em expor o assunto, sobre suicídio e ideação suicida, tanto com os próprios adolescentes como na comunidade: com os familiares e amigos, até mesmo os professores ou profissionais da área de saúde, que precisam de preparo e capacitação para lidar melhor com essa situação que se destaca socialmente a cada dia mais. (WERLANG, BORGES e FENSTERSEIFER, 2014)

Não há uma única causa para o suicídio. A maior parte das vezes ocorre quando os estressores excedem as habilidades atuais de lidar com alguém que sofre de uma condição de saúde mental (AFSP, 2017). Em outras palavras, o suicídio seria oriundo de variantes importantes no contexto social do indivíduo, cuja convergência desses fatores irão ter a sua culminância na tentativa de suicídio. Alguns desses estressores se apresentam de acordo com o contexto de inserção do adolescente na sociedade e como ele se visualiza a si mesmo diante desta realidade.

Ainda segundo a AFSP, as estatísticas demonstram que a taxa de suicídio anual ajustada por idade é de 13,26 por 100.000 indivíduos, homens

morrem por suicídio 3,5 vezes mais do que as mulheres. em média, há 121 suicídios por dia e os homens brancos responderam por 7 dos 10 suicídios em 2015, acredita-se que os numeros sejam ainda maiores ,devido a estgmatização da doença. Para a ONU- Organizazão das Nações Unidas, dados de 2012 da agência da ONU, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos no mundo, sendo a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos, sendo que setenta e cinco por cento dos suicídios ocorrem em países de baixa e média renda. O que demonstra a importância da abordagem deste assunto na a faixa etária em especial (RENTZ-FERNANDES et al. 2017)

Conforme o pensamento de Costa (2012) O processo do adolescer é uma fase muito particular do desenvolvimento humano, onde o jovem já não é criança, mas também ainda não é adulto, assumindo assim, atividades específicas de desenvolvimento. Ou seja, se faz necessário compreender as particularidades dessa faixa etária como algo peculiar, se diferenciando do adulto.

Os sintomas da depressão expressos pelo adolescente são muito parecidos com os do adulto: agitação ou ansiedade, fadiga, sentimentos de culpa ou inutilidade, dificuldades para tomar decisões, ideação suicida, ruminação (pensamento, contínuo, de conteúdo autodepreciativo) expressões de desamparo, desesperança, insatisfação crônica, e problemas de relacionamento social.

Muito se conjectura para avaliar as causas e mensurar o risco de suicídio, entretanto no período de 2007 a 2011 os estudos sobre o suicídio apontavam inicialmente as questões fisiológicas em detrimento da vertente comportamental, demonstrando as relações sociais de modo superficial no que tange a doença depressiva (CAMPOS, 2014).

Segundo os estudos atuais, os fatores que corroboram para o índice de suicídio em adolescentes se modificaram, aderindo novas causalidades. Como o surgimento das descobertas de opções de relacionamento afetivo (LGBTQ), seus paradigmas, uso de substâncias entorpecentes, bullying e absentismo relacionado a preocupações com a segurança (Willging et all, 2016). Tambem se estabelecem vinculos entre a auto agressão e a exposição na internet como fator de risco para o suicídio em adolescentes (LIU et al., 2016).

Conclui-se assim que nos últimos anos existe uma participação mais louvável de enfermeiros em volta das campanhas de prevenção a suicidio, promoção a saúde mental, estimular isso em todas as áres da enfermagem é visualizar que saúde mental é promoção a saúde, atividade fundamental do enfermeiro.

Compreender que a sociedade atual passa por um periodo de transformações e consequentemente isso gera transtornos e abalos no ideário

A saúde mental deve ser um assunto transversalmente discutido, em todos os níveis de conhecimento ou atuação, inclusive, em todas as fases da vida do individuo, uma vez que entrando em pauta pode-se previnir consequências graves no presente, retardar o aumento do suicídio e os casos de depressão grave, além de outros transtornos mentais que exigem tanta atenção quanto. Debater em volta da cultura de saúde mental é sempre muito desafiador, embora tenha demonstrado ser de extrema importância nas últimas décadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMERICAN Fundation for Suicide Prevention (AFSP). Disponível em: https://afsp.org/about-suicide/risk-factors-and-warning-signs/. Acesso em fevereiro de 2017.

ARGIMON, Irani Iracema de Lima et al . **Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II).** Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo , v. 33, n. 85, p. 354-372, dez. 2013 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2013000200010&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. **Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero.** Contextos Clínic, São Leopoldo , v. 6, n. 1, p. 2-14, jun. 2013 . Disponível em .Acessos em: 22 mar. 2017. http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Agenda Estratégica de Prevenção ao Suicídio.** Brasília, DF, 2017.

CAMPOS, Josiane Rosa; Del Prette, Almir; Pereira Del PRETTE, Zilda Aparecida. **Habilidades sociais e depressão na adolescência: Uma revisão da literatura**. Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento. México, vol. 22, núm. 4, 2014, pp. 469-482

COSTA, F., GAETTI-JARDIM JR., E., FAJARDO, R. **Depressão e suicídio na adolescência: representações sociais e indicadores de risco.** Revista Visão Universitária, Local de publicação 1, dez. 2014. Disponível em: http://www.visaouniversitaria.com.br/ojs/index.php/home/article/view/32/12. Acesso em: 30 mar. 2017.

COSTA, Inês Alexandra Nabiça da, Adolescência: **Ideação Suicida, Depressão, Desesperança e Memórias Autobiográficas. ISPA** - Instituto universitário de Ciências psicológicas, sociais e da vida. 2012.

LIU, H. C. et al. Self-harm and its association with internet addiction and internet exposure to suicidal thought in adolescents Implementation Science. 2016

MERCY, J. A. et al. O suicídio contagioso? Um estudo da relação entre exposição ao comportamento suicida de outros e tentativas de suicídio quase letais. **American Journal of Epidemiology.** V.154, n. 2, jul. 2001. Disponível em: < https://academic.oup.com/aje/article/154/2/120/80422/> Acesso em: 24 mar. 2017

WILLGING Cathleen E.; Green Amy E.; Ramos Mary M. Implementing school nursing strategies to reduce LGBTQ adolescent suicide: a randomized cluster trial study protocol. Implementation Science, 2016.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde - OMS: suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo. Disponível em: https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/>. Acesso em fevereiro de 2017

RENTZ-FERNANDES, Aline R. et al. Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. Revista de Salud Pública, v. 19, n. 1 2017. Disponível em: https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.47697.

OS DISTÚRBIOS PSICOSSOCIAIS COMO SEQUELA DAS NEOPLASIAS MAMARIAS

Amanda Cristina Campos Dias; Cynara da Silva Cardoso; Heytor Jales Gurgel; Thalia Bararua Machado; Maridalva Ramos Leite

RESUMO

A análise de um paciente levando em conta os aspectos biopsicossociais deste contribuem para o melhor entendimento do processo saúdedoença, já que tal analise visa compreender o indivíduo como um todo e não apenas do ponto de vista biológico. Ao se falar em distúrbios biopsicossociais relacionados as neoplasias mamárias tenta-se estabelecer as alterações na esfera psicológica e social em decorrência de um alteração biológica. Tendo, por tanto, como principais distúrbios a depressão, estresse e ansiedade. Desta forma o presente artigo visa esclarecer as questões psicossociais

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia mamária. Distúrbios psicossociais.

THE PSYCHOSOCIAL DISORDERS SUCH AS SEQUEL OF MAMMARY TUMORS

ABSTRACT

The analysis of a patient taking into account the biopsychosocial aspects of this contribute to a better understanding of the health-disease process, since this analysis aims to understand the individual as a whole and not only from a biological point of view. When talking about biopsychosocial disorders related to breast neoplasms, it is tried to establish the changes in the psychological and social sphere due to a biological alteration. Having, therefore, as major disorders depression, stress

KEYWORDS: Breast neoplasms, psychosocial disorders.

200

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.200-208

As neoplasias mamarias estão entre as alterações patológicas que mais causam no indivíduo questões que perpassam o âmbito biopsicossocial (HO-FFMANN. MÜLLER. RUBIN, 2006). Pois, frente as neoplasias, podem surgir traumas na esfera psicológica referentes a representatividade da feminilidade, maternidade e sexualidade atribuída as mamas, interferindo, por tanto, também na esfera social (VENÂNCIO, 2004).

Deste modo, vale ressaltar o modelo biopsicossocial como a análise do indivíduo de forma a englobar questões biológicas, psicológicas e sociais, enfatizando que a mente e o corpo interagem entre si, e estes por sua vez, interagem com o ambiente social, tendo tais fatores igual importância no processo saúde e doença, expondo a complexidade do paciente e a multiplicidade de fatores da doença (ENGEL, 1977. apud AMORIM, M. 2004).

Silva (2008), relaciona o diagnóstico de neoplasia mamária, seja benigna ou maligna, ao contexto psicossocial por este trazer um grande impacto emocional na vida do paciente, podendo interferir no humor, nível de estresse, ansiedade e medo das possíveis alterações corporais.

MÉTODO

Frente as questões supracitadas o presente artigo amparou-se na metodologia da problematização utilizando o arco de Maguerez. Tal arco consiste em uma metodologia ativa que busca estimular o aluno ao senso crítico, essa metodologia faz-se de forma esquematizada onde na primeira etapa são realizadas visitas a fim da identificação de problemáticas presentes no local de ação, ao fim do período de visitas o arco tem como sequencia as etapas de teorização da questão norteadora, levantamento de possíveis soluções e por fim o retorno a comunidade (BERBEL, 1998).

Para o levantamento de dados do estudo, a equipe lançou mão da utilização de questionário (mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido) que continha perguntas que perpassavam por um breve levantamento da incidência de distúrbios psicossociais como a depressão, ansiedade e estresse. O estudo teve como participantes mulheres diagnosticadas com neoplasias mamárias que de forma voluntaria aceitaram ser incluídas na pesquisa. Tal levantamento de dados foi realizado em um hospital da rede privada de Belém/PA que realiza consultas na área da mastologia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Compreender os fatores associados ao psicossocial de mulheres com neoplasias mamárias.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Apresentar os principais distúrbios psicossociais que podem acometer pacientes com neoplasias.

Sensibilizar o público alvo acerca dos sintomas dos principais distúrbios psicossociais.

JUSTIFICATIVA

O presente artigo, justificasse, pela necessidade de estudos que observem o indivíduo de forma integralizada, de modo, que a análise do paciente seja feita nas esferas biológicas, psicológicas e sociais. Para que, o indivíduo, deixe de ser visto apenas biologicamente e passe a ser entendido como o resultado da interação entre as esferas do biopsicossocial e que alterações em uma destas podem trazer consequência em outra. Desta forma, ressalta-se a importância do conhecimento acerca das questões que norteiam o modelo biopsicossocial, para que possa ser prestada cada vez mais, uma assistência de qualidade.

PROBLEMATICA

O presente artigo, teve como questão norteadora os principais distúrbios psicossociais que podem estar relacionados com as neoplasias mamárias. Teve-se como resultado esperado a presença de distúrbios como a depressão, ansiedade e estresse, onde o surgimento dos mesmos está relacionado com o diagnóstico de neoplasia mamária e agravasse ao passo que os pacientes aguardam a confirmação do diagnóstico. O favorecimento do aparecimento do distúrbio se dá, pôr na maioria das vezes, a mulher que apresenta uma neoplasia na mama não conhecer o que está por vir e por indagar-se quanto as questões referentes a sexualidade, estética e feminilidade.

Para Pereira (2001) as neoplasias se caracterizam por uma nova formação de tecido que não exerce função fisiológica. O autor expõe a existência de dois tipos de neoplasias, podendo ser benignas ou malignas, as neoplasias benignas crescem de forma expansiva de modo a comprimir os tecidos adjacentes, porém seu desenvolvimento se dá, na maioria das vezes, sem causar danos ao paciente. Por outro lado, as neoplasias malignas, ao passo que se desenvolvem, podem levar a morte.

As causas do surgimento, podem ser internas ou externas ao organismo e estarem ou não inter-relacionadas. Alguns fatores, como predisposição genética, irradiação e até mesmo alimentação, atuam a favor da formação das neoplasias (INCA, 2013), além disso, fatores relacionados a vida reprodutiva da mulher estão associados com as neoplasias mamárias tais como: uso de anticoncepcionais, menopausa tardia e idade da primeira menstruação (SIL-VA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

O Instituto Nacional de Câncer (2015) estima que para o ano de 2016 tenham 57.960 novos casos de câncer de mama no Brasil, com um risco estimado de 56,20 casos para cada cem mil mulheres, menciona ainda que no estado do Pará poderá haver 830 novos casos e na capital Belém 410 casos.

Segundo Porto (2004) o surgimento de uma neoplasia promove uma reação tanto no organismo quanto no emocional, ocasionando abalos, instabilidades e conflitos internos, além de poder gerar uma aflição, capaz de resultar em uma confusão psíquica. Pois, frente ao diagnóstico a mulher deparase com pensamentos e questionamentos acerca do futuro, já que, a presença de uma neoplasia tem grande impacto e pode alterar as esferas da vida social como trabalho, família e lazer (VENÂNCIO, 2004).

De acordo com Silva; Albuquerque e Leite (2010), o impacto psicossocial das neoplasias mamárias pode ser dividido em três grupos, sendo estes: desconforto psicológico, mudança no estilo de vida e reaparecimento da neoplasia. Os autores afirmam ainda que a paciente enfrenta sentimento de impotência, inferioridade e angustia, sentindo- se invadida em sua individualidade, de modo, que tais sentimentos, podem agravar-se resultando em quadros de depressão, ansiedade e perda da autoestima.

DEPRESSÃO

A depressão pode ser entendida como um transtorno afetivo ou no humor, que envolve aspectos orgânicos e do pensamento, sendo para a psicologia definida como um transtorno mental, podendo ser desencadeado

por um evento de estresse pós-traumático e em resposta a um estressor psicossocial (PAULINO; PREZOTTO; CALIXTO, 2009).

Para Coutinho et al (2015) a depressão se apresenta como uma doença típica da contemporaneidade devido a grade incidência desta nos dias atuais. O autor alerta que após 2020 a depressão será uma das maiores causadoras de incapacidade no convívio social, ressaltando ainda, que o quadro clinico por apresentar um longo processo de tratamento necessita de uma grande força de vontade do paciente.

Tal transtorno tem como principais características o humor deprimido, melancolia, alterações no sono e apetite e desanimo (COUTINHO, et al, 2015). Frente a um panorama da população geral, cerca de 10 a 25 por cento das pessoas apresentam ou já apresentaram episódios depressivos, destes cerca de 4% apresentam síndrome depressiva grave (PAULINO; PREZOTTO; CALIXTO, 2009).

Paulino, Prezotto e Calixto (2009), ainda afirmam que as pesquisas populacionais revelam que as mulheres tem uma incidência de depressão cerca de duas vezes maior que os homens, e que a maioria dos pacientes acometidos pelo transtorno estão na faixa etária de 20 a 40 anos.

ESTRESSE

Segundo Martucci, Perón e Vicentini (2004), o estresse é a resposta do corpo diante de alterações psicológicas e fisiológicas impostas ao indivíduo perante situações fora de seu cotidiano. Essas alterações dependendo do tempo e frequência podem gerar prejuízos ao organismo.

Os efeitos que o estresse pode causar sobre o corpo começam a aparecer depois de um período prolongado de exposição a fatores estressantes. O autor expõe ainda que a preocupação excessiva e a irritabilidade são os principais sintomas do paciente que apresenta estresse (MARTUCCI; PERÓN; VICENTINI, 2004).

O autor ainda afirma que a forma que o indivíduo vai agir diante do estresse depende diretamente de sua relação com a família e amigos. Desta forma o estresse apresenta-se como um fator que está ligado aos aspectos psicossociais, com isso o indivíduo que possui uma relação satisfatória no âmbito social não terá dificuldades de enfrentar esse distúrbio, caso contrário será mais um fator que poderá dificultar a solução desse problema.

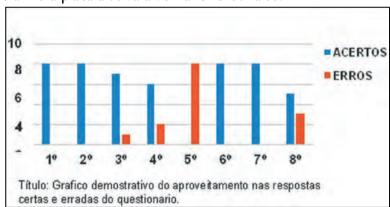
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para obtenção dos resultados foi realizado uma ação educativa a fim de contemplar a última etapa do arco de Marguerez. No retorno a comunidade

foi realizado uma palestra interativa na qual teve-se o intuito de sensibilizar o público alvo acerca das questões que envolvem as neoplasias mamárias e os distúrbios psicossociais, trazendo para a discussão temas como o processo para a formação de nódulos e suas prováveis causas de surgimento, medidas preventivas, tratamentos além do enfoque do artigo, as questões psicossociais tais como a depressão a ansiedade e o estresse.

A coleta de dados para a obtenção dos resultados do estudo foi realizada em dois momentos tendo como instrumentos para coleta de dados questionários e realização de dinâmica, os questionários foram realizados com todas as participantes da ação educativa que foram diagnosticadas com neoplasia mamária e aceitaram, de maneira voluntária, participar do estudo. Tal questionário teve como objetivo levantar a incidência de distúrbios psicossociais nas participantes e teve como principais questionamentos a presença dos distúrbios: Depressão; Estresse e Ansiedade.

A dinâmica contou com a realização de uma atividade lúdica de verdadeiro ou falso, na qual foi distribuído ao público dois tipos de placas, uma de cor vermelha que representava a alternativa falso e uma de cor verde que simbolizava as questões verdadeiras, deste modo os autores do presente artigo elaboraram um conjunto de perguntas onde o grupo de mulheres que participaram da palestra indicava sua opinião quanto a resposta das perguntas mostrando a placa alusiva a verdadeiro ou falso.



A partir da análise do gráfico acima é notório um grande nível absorção do conteúdo explorado na ação educativa por intermédio da palestra interativa com o público alvo. Onde houve grande número de acertos nas respostas das participantes, tendo, apenas um, dos oito questionamentos, rendimento abaixo da média, onde todas as mulheres erram a resposta. Vale ressaltar, que diante das respostas feitas pelas participantes, estando estas certas ou erradas, os temas das perguntas foram relembrados para o público de modo a tirar as dúvidas remanescentes.

Além da dinâmica supracitada, houve para concluir a coleta de dados, a realização de um breve questionário voltado para questões do psicossocial. A análise do questionário identificou uma alta incidência de distúrbios psicossociais no grupo de participantes. No qual, todas as participantes que responderam ao questionário relacionam o surgimento de sintomas de distúrbios do psicossociais ao diagnóstico das neoplasias.

Tabela: Incidência de distúrbios psicossociais Relacionados a neoplasias mamárias.

	ANSIEDADE	ESTRSSE	DEPRESSÃO
1	X		
2		X	
3	×		X
4	×		X
5		×	
6	X		
7		×	
8	×	×	

Fonte: Próprio autor

A análise do gráfico abaixo, possibilita identificar o percentual da incidência das alterações nos fatores psicossociais, evidenciando com maior incidência a ansiedade com 62,5% seguido pelo estresse com 50% e pela depressão com 25%.



Titulo: Percentual da incidencia de disturbios psicossociais em mulheres com neoplasia mamária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande ocorrência de casos de distúrbios, chama a atenção para a necessidade de uma maior atenção ao grupo de pacientes que possuem neoplasias mamárias, já que estes, estão propensos a desenvolver tais quadros. É de suma importância que a equipe de enfermagem tenha conhecimento acerca do conceito de biopsicossocial, para que desta forma, possa prestar uma melhor assistência de enfermagem e trabalhar de forma mais humanizada.



COUTINHO, M, E, M. GIOVANINI, M. PAVINI, L, S. VENTURA, M, T. ELIAS, R, M.

SILVA, L, M. Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria.** v. 19 n. 1 p. 49-57, 2015.

AMORIM, M, I, S, P, L. Aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes *mellitus* tipo 2. Tese de doutorado; **Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar**, 2004.

HOFFMANN, F, S. MULLER, M, C. RUBIN, R.A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Mudanças- Psicologia da saúde**. v.14 n.2 p.143-150, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. **INCA**. Rio de Janeiro, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. O câncer e seus fatores de risco. **INCA**. Rio de Janeiro, 2013.

MARTUCCI, C. PERON, A, P.VICENTINI, V, E, P. Aspectos gerais do estresse. **Arq. apadec**. v.8 n. I, 2004.

PAULINO, C, A. PREZOTTO, A, O. CALIXTO, R, F. Associação entre estresse depressão e tontura: uma breve revisão. **Rev. Equilíbrio corporal e saúde.** v. I p. 33-45, 2009.

PEREIRA, P, M, S. Tratado de ginecologia febrasgo. **Neoplasias benignas da mama**. Revinter. v.2 p. 1055-1065. Rio de Janeiro, 2001.

PORTO, A, O. Pacientes oncológicos: respostas emocionais frente a doença. Monografia não publicada. Curso de Graduação em Psicologia, **Centro Universitário de João Pessoa**. João Pessoa, 2004.

SILVA, C, B. ALBUQUERQUE, V. LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.56 n.2 p.227-236, 2010.

SILVA, L, C. Câncer de Mama e o Sofrimento Psicológico: Aspectos Relacionados ao Feminino. **Psicologia em estudo**. v.13 n.2 p.231-237, 2008.

VENÂNCIO, J, L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.50 n. 1 p.55-63, 2004.

PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

Gabriela Evelyn Rocha da Silva¹, Paula Emannuele Santos do Amaral¹, Evelym Cristina da Silva Coelho¹, Aloma Sena Soares², Keila Caroline Correa Freitas², Leticia dos Santos Cruz³, Mário Antônio Moraes Vieira⁴.

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção de acadêmicos de enfermagem sobre o paciente com transtorno mental de modo a identificar a existência de estigmas. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, participaram do estudo 29 acadêmicos de enfermagem do curso de graduação de enfermagem da Universidade Estadual do Pará. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas mediante a assinatura do TCLE (Termo Livre e Esclarecido). Resultados: Identificou-se que os acadêmicos relatam que após compreenderem e vivenciarem àquela realidade, tornaram-se mais atentos a quem os cerca e passaram a agir com segurança em situações experimentadas onde alguém está passando por uma situação de sofrimento mental categorizando assim a vivência prática como uma experiência transformadora. Considerações Finais: Averiguamos que é importante estimular a realização de novas investigações cientificas na área, de modo a surgir novas contribuições e estimular a vivência prática, tratando a Enfermagem Prática como peça chave construtiva em prol de profissionais mais humanizados e completos.

Descritores: Acadêmicos. Percepção. Transtorno Mental. Enfermagem.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.209-224

¹ Enfermeira. Universidade do Estado do Pará (UEPA)

² Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado do Pará (UEPA)

³ Acadêmica de Enfermagem. Universidade da Amazônia (UNAMA)

⁴ Enfermeiro. Doutorando em Neurociências. Docente da Universidade do Estado do Pará (UEPA)

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of nursing students about the patient with mental disorder in order to identify the existence of stigmas. Metodology: This is a descriptive research with a qualitative approach. Twenty-nine nursing students from the undergraduate nursing course of the State University of Pará participated in the study. Data collection was done through semi-structured interviews, recorded through signature of the TCLE (Portuguese short for Free and Informed Term). Results and Discussion: Identified that academics reported that after understanding and experiencing that reality they have become more observant to those who surround them and have come to act more carefully in experienced situations where someone is going through a mental suffering situation thus categorizing practical experience as a transforming experience. Final thoughts: It was concluded that it is important to stimulate new scientific research in the area, in order to create new contributions and stimulate practical experience, treating Practical Nursing as a key constructive part in favor of more humanized and complete professionals.

Key Words: Student. Nursing. Perception. Mental Disorder



INTRODUÇÃO

A psiquiatria e a reforma psiquiátrica, enquanto movimento que faz a crítica e visa reformar as práticas psiquiátricas, surgiram juntos. Esse fato se deu a partir do momento em que autoridades da Revolução Francesa delegaram a Phillippe Pinel, no ano de 1793 em Paris, a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais, os quais se encontravam em condições subumanas, promovendo a segregação (GUEDES, 2010).

No Brasil este movimento de reestruturação, só foi possibilitado a partir da implementação da lei Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trata sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e reorientação do modelo assistencial (MACEDO et al., 2017).

Essas mudanças referenciadas a cerca dos serviços em saúde mental impactam diretamente na formação de recursos humanos na área de saúde. É de extrema importância que as universidades estimulem uma reflexão cuidadosa sobre o paciente psiquiátrico e, não somente isso, mas também visem uma escolha segura sobre os cenários de inserção para a condução correta do aprendizado dos futuros profissionais a fim de garantir o conhecimento e construção dos processos de reabilitação psicossocial e humanização para uma assistência de qualidade (TAVAREZ, 2005; SANTOS; SOUZA; OLIVEIRA, 2011).

As concepções dos indivíduos são construídas ao longo da vida e retratam, não somente, o ser social, mas o contexto por trás dele, experiências e opiniões vividas individualmente e coletivamente. Diante disso, a opção de trabalhar com pacientes psiquiátricos pode vir a assustar acadêmicos a primeira instância, justamente, em concordância a imagem de alguém agressivo, alheio e desprovido de ética, limites e criticidade. Essa opinião ainda pode ser observada e estudada entre os acadêmicos por consequência histórica de construção de sensos comuns e a falta de conhecimento da realidade (ROSA; BOCCI; PEDREIRA, 2012).

Portanto, se faz importante conhecer as percepções dos acadêmicos sobre o paciente psiquiátrico, este que ainda é muito estigmatizado na sociedade, mesmo que mudanças significativas venham a ser observadas, a saúde mental ainda se configura com vários desafios, dentre eles, os paradigmas dentro das mentes dos próprios estudantes e profissionais da área de saúde.

Assim, o presente estudo torna-se relevante, pois poderá contribuir para a melhoria da atuação dos acadêmicos de enfermagem, sendo estes futuros profissionais, quando estiverem envolvidos no cuidado de pacientes

com transtornos mentais. Desta forma, emergiu-se a seguinte questão norteadora do estudo: Qual a percepção dos acadêmicos de enfermagem do 7° semestre que estão cursando o eixo temático Enfermagem em Saúde Mental, sobre o paciente com transtornos ?

OBJETIVOS

Geral

Analisar a percepção de acadêmicos de enfermagem do 7º semestre sobre o paciente com transtorno mental.

Específicos

- Traçar o perfil sócio-demográfico dos acadêmicos de enfermagem participantes da pesquisa;
- Identificar a existência de estigmas acerca do paciente com transtorno mental;

Descrever o impacto do estágio curricular em Saúde Mental II na construção profissional e social dos acadêmicos de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que permite compreender e interpretar as concepções que fazem parte da realidade social, ou seja, levando em conta seus significados, os motivos, as aspirações, as crenças e os valores dos seres humanos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015). A pesquisa foi realizada nas dependências da escola de Enfermagem Magalhães Barata, da Universidade do Estado do Pará, no município de Belém- Pará.

Participaram da pesquisa os acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA), que cursavam a disciplina de Saúde Mental II nos turnos da Manhã e Tarde, por compreendê-los como agentes sociais importantes frente às mudanças no processo assistencial à saúde mental. Foram incluídos no estudo acadêmicos de enfermagem de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que estivessem cursando a disciplina Saúde Mental II em todos os turnos. Foram excluídos da pesquisa os acadêmicos que não possuiam condições psíquicas para responder aos questionamentos por meio de diálogo coerente.

A coleta de dados teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CGENF/UEPA com protocolo de n° 2.895.047. Após isso, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão e 29 acadêmicos fo-

ram selecionados para o estudo, os quais assinaram o termo consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores individualmente com cada participante, por meio de uma entrevista semi-estruturada, a qual foi gravada em um gravador do tipo Mp5 e posteriormente transcrita na íntegra para o programa *Microsoft Word*. Para análise destes dados, foi adotado a técnica de análise de conteúdo, seguindo a linha de pesquisa proposta por Bardin, a qual diz ser um conjunto de técnicas de análise das comunicações que obtém por procedimentos sistemáticos e objetivos por meio das descrições do conteúdo das palavras, os indicadores que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens (BARDIN, 2011).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CGENF/UEPA, sob o protocolo CAAE: 89307218.0.0000.5170, parecer de número 2.895.047. Uma vez aprovada, a pesquisa foi iniciada seguindo todos os preceitos bioéticos pautados na resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que protege a participação de seres humanos em pesquisas científicas em respeito à sua dignidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto as características sociodemograficas dos participantes da pesquisa, explicitadas na Tabela I, foram entrevistados 29 alunos, sendo 24 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, a média de idade foi de 20-19 anos, consistindo a idade mínima de 20 e máxima de 40, com relação ao estado de civil, identificou-se maior número de solteiros, compreendo o total de 25 acadêmicos. E a maioria também relatou não exercer nenhum tipo de atividade remunerada, sendo 18 dos entrevistados nessa pesquisa.

Tabela I - Caracterização do perfil sociodemográfico, Belém, 2018

V ariáveis	Quantitativo	%
Faixa Etária	Faixa Etária	Faixa Etária
20-29 anos 30-49 anos	28 I	97% 3%
Gênero	Faixa Etária	Faixa
Feminino Masculino	24 5	83% 17%
Estado Civil	Faixa Etária	Faixa
Solteiro (a) Casado (a) União Estável	25 3 I	86% 10% 3%
Total	29	100%

Fonte: Arquivo Pessoal.

De acordo com as inferências construídas por meio da análise temática do conteúdo, apresentam-se a seguir as categorias com os depoimentos dos acadêmicos entrevistados.

Preconcepções de acadêmicos frente à imagem do que é o paciente psiquiátrico

Nesta categoria, são abordadas as percepções dos participantes quanto à pré-noção dos acadêmicos acerca do paciente psiquiátrico, de maneira breve pode-se definir essa pré conceituação como uma visão hostil. Os universitários expressaram que configuravam o medo como o principal sentimento norteador ao "mentalizar" os pacientes em uma situação de sofrimento psíquico.

Este achado foi realizada através da análise de perguntas pontuais durante a entrevista, como: "Quais as suas primeiras impressões ou pensamentos sobre a pessoa com transtorno mental?" "Quais os sentimentos vivenciados durante a prática de saúde mental II?" "Como foi descobrir que iria fazer a pratica em uma ala de Psiquiatria?".

Em concordância com a literatua, é importante compreender que as percepções das pessoas são adquiridas ao longo de suas vidas, através de experiências vivenciadas e transmitidas pelo meio social em que vivem, sendo esses agentes significativos na formação de conceitos em geral (BARBOSA, VASCONCELOS, OSELAME, 2016).

Com isso, se obtiveram respostas voltadas a rejeição, denotando sentimentos como medo, receio, pavor e preocupação, verbalizados pelos en-

trevistados como os principais sentimentos frente à ideação da imagem dos pacientes psiquiátricos, conforme abaixo:

"Uma pessoa que não tem a capacidade de cuidar de si naquele momento e que representa uma "ameaça" as outras pessoas" (A8).

"Esquizofrenia, depressão, alguém isolado, agressivo, acho que isso que vem de início. Geralmente, agressivo" (A12).

"É uma pessoa que poderia me causar qualquer tipo de dano, não necessariamente, mas que por ventura... Eu tenho receio, vou ser sincero, principalmente na prática, na ala psiquiátrica, eu tenho um repudio, uma visão estereotipada do paciente e transtorno como naquele sistema manicomial. Receio enquanto ao paciente e seus perigos. É uma visão preconceituosa" (A13).

Foi possível observar que a visão de pré-julgamento fica evidente quando os acadêmicos são questionados sobre a descoberta do local aonde realizariam a prática da disciplina Saúde mental II. O sentimento de medo se torna um estressor para os acadêmicos, que passam a temer a disciplina antes dela acontecer, prejudicando assim o seu processo de ensino-aprendizado, segundo Azevedo, Araújo e Vidal (2015) os sentimentos podem vir a prejudicar a absorção de novos conceitos e a quebra dos paradigmas na mente desses acadêmicos.

"O medo veio antes pelas experiências ruins que ouvi de outras pessoas, então não sabia como era, mas ouvi outras pessoas falarem que foram agredidas, cuspidas e dava medo, isso me causou medo, me deixou paralisada, então a primeira vez que eu tive contato, eu não conseguia fazer nada, só conseguia olhar para todo mundo, pois eles ficam soltos, à vontade e nós que somos estranhos, ficava em alerta toda hora" (A23).

"Foi tenso, por que antes tive experiências não satisfatórias, até por ações que tive lá, na minha cabeça eu tinha ideia que ia ser agredida, que ia ser ruim, que ia sair chorando" (A25).

Verifica-se nas falas dos participantes, que associação entre os acadêmicos sobre o paciente psiquiátrico, também está diretamente ligada aos transtornos ou distúrbios psiquiátricos, citando, em suma, esquizofrenia, depressão, ansiedade, bipolaridade e estresse como o que poderia conceituar a construção da imagem do mesmo, levando, muito mais em conta, o rigor científico e diagnóstico, do que o conceito de sentimentos tangíveis frente ao ato de visualizar os tais pacientes.

Além disso, foi possível observar que os alunos ainda possuem a

visão do paciente vinculado à doença, limitando-se a buscar compreender apenas o aspecto patológico, desconsiderado as relações sociais do paciente, o que constatamos ser sanado conforme o decorrer das aulas práticas, porém ainda é algo que chega a vivência acadêmica enraizado no imaginário desses estudantes.

O estigma sobre os transtornos mentais é um dos principais fatores que causa afastamento das pessoas do tratamento, melhora ou procura dos serviços de saúde mental. As construções estereotipadas estão tão enraizadas na população que a dificuldade em mudar o pensamento arcaico era prevista desde os primeiros avanços da luta antimanicomial (ROSA; BOCCI; PEDREIRA, 2012).

Segundo Neto (2009), a tendência da sociedade é ignorar as experiências com pessoas com transtornos mentais, priorizando os traços negativos dessa experiência, e enquadrando-a em uma condição a qual categorizam como loucura, tornando o estigma ameaçador mais potente. Assim, esses indivíduos são isolados, distante de qualquer realidade a qual vivemos o que categoriza, ainda mais, o desafio previsto pelo autor anterior em que os estigmas se enraizavam, justamente, por causa da tendência das pessoas em enfatizar as vivências negativas.

Apesar do temor que é presente nos discursos dos acadêmicos, foi possível visualizar respostas convenientes e compreensivas, com sentimentos empáticos frente à construção da imagem desse paciente. Pois, após a vivência prática da disciplina Saúde Mental II, estes afirmaram que estes pacientes precisavam de atenção e cuidado, além de um bom acolhimento, pois não estavam em uma situação favorável.

Conforme citado na crescente tendência de mudanças de opiniões, os pensamentos voltados a humanização, cuidado e assistência holística vem sendo mais frequente quando o assunto são os pacientes psiquiátricos. Essa tendência foi observada nos resultados do estudo, configurando que existe uma quebra de paradigma, embora a visão estigmatizada ainda seja uma predominância de percepção nesse estudo (BARBOSA, VASCONCELOS, OSELAME, 2016).

A perspectiva do acadêmico de enfermagem sobre o processo de trabalho em saúde mental

A entrevista com os acadêmicos de Enfermagem possibilitou vislumbrar a dificuldade do aluno em se perceber como profissional da área de saúde mental, por intermédio dos seguintes questionamentos: "Como foi se enxergar como profissional da saúde mental?" e "Como foi descobrir que iria fazer

a pratica em uma ala da psiquiatria em um hospital geral?". Em muitos relatos foi encontrada a expressão "ambiente pesado" o que implica diretamente em receios e inquietações que os impossibilita de considerar exercer a sua profissão dentro daquele espaco:

"Olha, assim, porque a gente viu lá no campo de prática a estrutura para os próprios profissional muito precária, a gente nota que a própria saúde mental dos profissionais está um pouco afetada, que é um ambiente bem pesado. E eu, sinceramente, não me senti acolhida na profissão ali, eu não me vi, não consegui enxergar a profissão ali (...)" (A2).

"O pessoal me falava, que era lá no HC (Hospital de Clínicas), que era pesado, e tal, só que eu só fui saber mesmo quando eu fui vivenciar, aí sempre tem essa questão do receio, de como era, e aí quando eu cheguei lá eu fiquei um pouco impactado, porque eu me senti naqueles filmes que a gente assiste, aí eu vi eles (pacientes) cantando, dançando, fazendo um monte de coisa, vindo atrás da gente e assim, o ambiente eu achei bem pesado sabe?" (A3).

Os acadêmicos em sua maioria responderam que o trabalho do enfermeiro em Saúde Mental é algo considerado pesado, uma vivência que exigira por si só um controle emocional e psicológico muito grande, assim como eles perceberam que deveriam cuidar mais de sua saúde mental. A maioria dos alunos também relatou que não conseguia se visualizar como profissional de saúde mental e elucidaram a falta de estrutura como um problema potencial para a visualização negativa do trabalho em saúde mental.

Em concordância a literatura, comprovamos nesse estudo que os alunos consideram como dificuldade maior lidar com um ambiente que denota adoecimento e de natureza ainda obscura para eles. A teoria da medicina social latino-americana, mostra-nos que o desgaste é vivenciado pelo trabalhador em situações em que o trabalho consome seu corpo e seu potencial psíquico, devido, principalmente, às cargas de trabalho às quais estão expostos e as condições precárias encontradas nesses ambientes (SILVA, BERNARDO, SOUZA, 2016).

Devido a esses fatores intrínsecos (como o sentimento de incerteza) e extrínsecos (a exemplo do ambiente), os alunos ainda não conseguem se enxergar como principal percursor de mudanças que podem ocorrer dentro desse sistema de trabalho, tendo uma negativa na maioria das entrevistas quanto ao fato de se enxergarem ou não como profissionais da mesma:

"Olha, eu não consegui me enxergar dentro da saúde mental. Mas eu consegui enxergar os profissionais lá no CIB adoecidos, um pouco sem ânimo, assim, foi esse meu sentimento enten-

deu? Mas é uma questão muito necessária e a pessoa que tem o perfil, tem que ter muita paciência para trabalhar lá" (A3).

"Eu acho que é uma área muito carente que precisa de profissionais capacitados e o que vimos lá é uma área muito difícil de trabalhar porque você como profissional acaba adoecendo também por causa do ambiente. Eu não consegui me enxergar trabalhando ali, apesar de ter sido todo um período de desconstrução de preconceito, eu não me vejo trabalhando ali" (A5).

"Às vezes não é fácil por que devemos ter uma SM estável, se não estivermos preparados para lidar com as outras pessoas de lá podemos ser afetados. Não, não consigo me enxergar nessa área" (A8).

"Foi diferente, porque a qualquer momento a gente pode está ali no lugar deles, no outro lado, é muito tênue essa linha entre o profissional e o paciente. Eu consegui me enxergar. Eu precisei de terapia algumas vezes e eu achei muito bacana estar ali como profissional e poder ajudar" (A I 7).

Nesse contexto, Pinho et al. (2012) afirma que o profissional um dos protagonistas de uma mudança no ambiente de trabalho. E que as mudanças, iniciam em um espaço mais restrito das relações interpessoais e interprofissionais, gerando, consequentemente, um novo modo de organizar o processo de trabalho.

Consoante a isso, Lima et al (2016) elucida que a falta de conhecimento da real atuação, trabalho e competência do enfermeiro na assistência de Atenção à Saúde Mental ainda é frequente na academia. Tendo em vista que, a formação desarmonizada e fragmentada forma equívocos nesses futuros profissionais, além de lhes afastar da experimentação de vivência na atuação para a construção de conhecimento crítico e, também, revisão das atitudes dos profissionais que já vivem a realidade.

A vivência da disciplina saúde mental ii como possibilidade de transformação social

Nesta categoria, os entrevistados foram abordados com as seguintes perguntas "Como foi à vivência da prática dessa disciplina?", "Sua vida e você tiveram mudanças depois de iniciar a pratica nesse local?" e "Qual foi à mudança mais significativa para você?". Os quais verbalizaram conforme descrito abaixo:

"Olha, mudou a minha perspectiva porque antes eu tinha muitos paradigmas e preconceitos, sabe? Mas, aí conforme eu fui vivenciando lá na prática, eu fui tipo assim, diminuindo essas coisas, eu passei a enxergar de outra forma de que eles (pa-

cientes) precisam de uma atenção realmente, que eles precisam de cuidados (...)" (A3).

"Sim, mudei todos meus preconceitos, não são pessoas retardadas, loucas. São pessoas que tem problemas como aquelas que têm dengue, câncer. Que tem um prognostico após o nosso cuidado e assistência" (A24).

"A mudança dos meus preconceitos, foi marcante, tanto que hoje escuto alguém fala que são loucos, digo logo que são pacientes psiquiátricos, não são loucos e nem doidos" (A25).

Assim, verifica-se que ao conhecerem a realidade e entrarem em contato com a prática, o conhecimento científico e as questões reais sobre distúrbios psiquiátricos, os acadêmicos começaram a, então, perderem seus medos e mudarem seus preconceitos conforme reconheciam e percebiam a realidade pela prática e descoberta do saber científico, portanto, houve uma desconstrução das suas preconcepções a cada aula assistida e prática vivenciada. Sendo assim, compreende-se o ensino superior como ferramenta fundamental para a transformação dos processos de trabalho e dos estereótipos existente em nossa sociedade (BARBOSA, VASCONCELOS, OSELAME, 2016).

Como referido acima pelo Acadêmico A3 a mudança de opinião transformou-se completamente, uma vez que ao admitir que a visão preconceituosa de antes transmutou-se para uma visão mais humanizada, aonde esses pacientes passaram a ser vistos como precisando de atenção e cuidado. Tendência, a qual foi observada nas respostas dos Acadêmicos A24 e A25 que relataram essa mudança de opinião, visão, categórica de uma mudança de paradigma, não tão somente pela vivência prática, mas pela própria educação superior e conhecimento base da disciplina de Saúde Mental.

Nesse contexto, Andrade et al., (2018) afirma que o ensino superior pode fornecer condições para uma formação ética e responsável, preparando os profissionais para transformarem seus papeis enquanto cidadão, social e político. Com isso, é possível perceber que existe uma grande desconstrução desses pré-conceitos durante o processo de ensino-aprendizado do acadêmico e, isso se dá pela troca de conhecimento entre docentes e discentes.

Segundo Silva et al (2015) a prática no serviço é uma aliada fundamental na quebra dos estigmas, uma vez que o conhecimento vem a esclarecer e preencher as lacunas existentes com esses universitários, pois o autor elucida que há uma superficialidade na abordagem em Saúde Mental na academia e que isso deveria ser mudado conforme o passar dos anos. A introdução do acadêmico como peça na assistência se mostra não somente de caráter transformador para a construção profissional, mas também em seus ideais sociais:

"O primeiro dia eu estava bem entusiasmada por que já tinha escutado comentários negativos da prática e dos pacientes, fiquei um pouco apreensiva, mas o professor explicou sobre o atendimento e fiquei interessada e envolvida" (A I O).

"Tô observando que a gente precisa saber de diversos assuntos, transtornos, para entender a complexidade do paciente. Não o vendo somente como um personagem psiquiátrico e não esquecer a humanização é o que estou trabalhando em mim, observar o paciente como o todo e esquecer o medo" (A13).

"No começo eu senti um pouco de medo, depois conforme os conhecimentos passados pelos professores, eu fui adquirindo confiança, conseguindo fazer realmente uma comunicação com eles (pacientes), que para mim era impossível, fora do comum..." (A17).

O conhecimento da realidade foi dita por esses acadêmicos como algo fundamental na mudança dos estigmas, configurando o caráter transformador que a disciplina veio a promover. Asssim, Rocha, Barcelos e Coloda (2010) afirmam que o aprendizado em saúde mental deve ser feito como toda grade curricular, com excelência, de forma a favorecer ao aluno a ampliação de saberes específicos, possibilitando uma prática humanizada baseada em evidências.

"O que eu achei diferente foi os diagnósticos de enfermagem, para mim foi o mais desafiador, fez eu consegui me enxergar como profissional da saúde mental" (A I 6).

"Meu maior aprendizado foi entender que todos os pacientes, independente da situação que se encontrem, diagnostico, conduta, enfim, todos os pacientes merecem respeito, humanização, assistência de qualidade. Merecem uma atenção e tratamento digno, essa foi a principal mudança e aprendizado" (A24).

Segundo o relato acima, o acadêmico A16 comenta como fazer uso do processo de enfermagem durante o estágio foi fundamental para se visualizar como um profissional da área, elucidando a importância de inserir e aprimorar o ensino-aprendizado a cerca do processo de enfermagem nas demais áreas, incluindo, a de saúde mental.

Durante o processo de aprendizagem e interação ocorre uma mudança na percepção e na aceitação do aluno em relação ao doente mental, o que, em parte, provavelmente é favorecida pela aquisição de novos conhecimentos e pela possibilidade de desmistificar muitas fantasias que envolvem a loucura e também pelo contato real e concreto com as pessoas que passam

pela experiência de ter uma doença mental. Esta vivência possibilita ao aluno visualizar a realidade e dialogar com suas reflexões acerca do cuidado destes pacientes que possuem demandas diferenciadas (BARBOSA, VASCONCELOS, OSELAME, 2016).

Há uma tendência observada, enquanto a percepção do ensino-aprendizagem norteado pela vivência prática como um processo inerente a formação do conhecimento completo do discente. É válido ressaltar que diante da inserção do acadêmico no âmbito de prática ele pode captar novas formas de pensar, reagir e compreender (ANDRADE et al, 2018).

A vivência prática é um fator fundamental na mudança de opinião desses acadêmicos. A discriminação e o preconceito com relação aos pacientes psiquiátricos são uma realidade observada em outras universidades, como supracitado acima, outros estudos demonstraram como a vivência prática é um fator transformador e que novas opiniões são fundamentadas após as experimentações diárias desses universitários com a disciplina, tanto na teoria como no estágio curricular prático na ala psiquiátrica (ROCHA, BARCELOS e COLODA, 2010).

Assim, a literatura aponta que a prática e vivência em saúde mental deve ser mais debatida, deveria haver uma extensão de projetos voltados a experiências práticas e teóricas no meio. Haja vista que, as vivências, representam mudanças não somente profissionais, mas também sociais (LIMA et al., 2016).

Nesta pesquisa, foi possível observar que os acadêmicos apresentaram mudanças significativas em suas concepções acerca da temática após suas experimentações na disciplina de Saúde Mental II, essa válida não apenas para sua formação como ser profissional, mas principalmente como ser social. Os acadêmicos relatam que após compreenderem e vivenciarem aquela realidade tornaram-se mais atentos a quem os cerca e passaram a saber como agir com empatia com pessoas que estão passando por uma situação de sofrimento mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo nota-se que as preconcepções arcaicas, propagadas no processo histórico da construção da psiquiatria como a conhecemos hoje, ainda são comuns. Essas preconcepções não falam somente do ambiente, dos profissionais, mas principalmente dos pacientes com transtorno mental. As respostas deste estudo que relatam sentimentos de desconforto ou fobia podem estar intimamente relacionadas ao processo histórico e cultural quando o assunto é o reconhecimento da imagem do paciente psiquiátrico, este que leva a tendência à percepção do senso comum que estigmatiza e estereotipa.

Por tanto, é importante a realização de novas investigações cientificas na área, novas contribuições e estimular a vivência prática, não somente nessa, mas em outros vieses de predominância da enfermagem. Pois, verifica-se que esta é a peça chave para construção de profissionais mais humanizados e completos, pois ao viver uma realidade, se desconstrói e criam-se novos conceitos.

ANDRADE, Erlon Gabriel Rego de; RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde; NO-GUEIRA, Laura Maria Vidal; SOUZA, Dilma Fagundes de. Contribuição da monitoria acadêmica para o processo ensino-aprendizagem na graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018.

AZEVEDO, Albert Lengruber de; ARAÚJO, Sílvia Teresa Carvalho de; VIDAL, Veronica Lopes Louzada. Como o estudante de enfermagem percebe a comunicação com o paciente em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 125-131, 2015.

BARBOSA, Marcia Cristina; DEVASCONCELOS, Claudia Ribeiro; OSELAME, Gleidson Brandão. A percepção do acadêmico de enfermagem sobre a loucura. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 2, 2016.

BARDIN, Laurence. Análise do Conteúdo. 4 ed. São Paulo, Ed. 70, 2011.

GUEDES, Ariane da Cruz; Kantorski, Luciane Prado; PEREIRA, Patrícia Mirapalheta; CLASEN, Bianca Neme; LANGE, Celmira; MUNIZ, Rosani Manfrin. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 547-53, 2010.

LIMA, Graziele Zamineli de; LIMA, Graziele Zamineli de; FELTRIN, Juliana Aparecida; RODRIGUES, Juliana Junqueira; BURIOLA, Aline Aparecida. Percepção de acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado em saúde mental em domicílio: uma abordagem qualitativa Perception of nursing students on mental health home-care: a qualitative approach. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 2, p. 4255-4268, 2016.

MACEDO, João Paulo; ABREU, Mariana Marinho de; FONTENELE, Mayara Gomes; DIMENSTEIN, Magda. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 155-170, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu Cruz. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 2015.

NETO, Alfredo Naffah. O estigma da loucura e a perda da autonomia. **Revista Bioética**, v. 6, n. 1, 2009.

PINHO, Leandro Barbosa de; RODRIGUES, Jeferson; KANTORSKI, Luciane Prado; OLSCHOWSKY, Agnes; SCHNEIDER, Jacó Fernando de. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de pro-

fissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia. Vol. 14, n. 1, p. 25-32, 2012.

ROCHA, Gabrielle Dias da Silva Correa da; BARCELOS, Isabel Cristina Ribeiro Regazzi, COLODA, Rafaela Gonzalez. A distância da proximidade entre o asilo psiquiátrico e a produção de sentidos: o aprendizado de enfermagem psiquiátrica nos dias atuais. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 2, n. 4, p. 1313-1325, 2010.

ROSA, Annamaria Silvana; BOCCI, Elena Bocci; PEDREIRA, Tani Pedreira. Desapareceram os estigmas? Práticas e representações sociais do "louco" e da "loucura" entre especialistas brasileiros e especialistas em formação em um contexto de mudanças institucionais no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 3, p. 161-186, 2012.

SANTOS, Juliana Peres; DE MELLO, Maria Conceição Bernardo; SOUZA, Nunila Ferreira Oliveira. **Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área de saúde mental**. 2011.

SILVA, Leandro Andrade da. Perspectiva estética e sociopoética ao cuidar junto com as pessoas com sofrimento psíquico aplicando a Teoria Tidal Model. 2015.

SILVA, Mariana Pereira da; BERNARDO, Marcia Hespanhol; SOUZA, Heloísa Aparecida. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, p. e23-e23, 2016.

TAVARES, Claudia Mara de Melo. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 403-410, 2005.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A LOUCURA ENTRE FAMILIARES DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Rafaela Lopes Braga¹, Evelym Cristina da Silva Coelho¹, Aloma Sena Soares², Keila Caroline Correa Freitas², Leticia dos Santos Cruz³, Mário Antônio Moraes Vieira⁴.

RESUMO

Objetivo: Analisar as representações sociais sobre a loucura entre familiares de portadores de transtornos mentais internados em uma Clínica Psiquiátrica de um Hospital Geral. Metodologia: Pesquisa do tipo qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, com ênfase na abordagem da Teoria do Núcleo Central. Participaram do estudo, 80 familiares de indivíduos portadores de transtornos mentais que estão internados em uma Clínica Psiquiátrica. A coleta ocorreu por meio da técnica de evocação livre de palavras. A análise foi realizada a partir do quadro de quatro casas originado pelo Software EVOC 2003. Resultados: O perfil dos familiares de pessoas com idade acima de 50 anos, paraenses, de Belém, evangélicos, casados, com baixa escolaridade, desempregados, renda familiar mensal de um salário mínimo, inseridos no ESF, representados pela figura materna, nunca tiveram nenhum tipo de doença que afetassem a própria saúde mental, não necessitaram de internação e não gostariam de receber nenhum tipo de informação sobre a internação do seu parente, e não manifestaram sugestões para a melhoria dos cuidados prestados pela enfermagem. Verificou-se que as representações sociais sobre a loucura têm centralidade nos termos: Crise, Doença e Tristeza. Considerações Finais: Percebe-se que a abordagem da enfermagem deve também contribuir para que se encontre um significado para a experiência do adoecer mental.

Palavras Chave: Representações Sociais. Loucura. Saúde Mental. Família. Enfermagem.

225

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.225-238

ABSTRACT

Objective: to Analyze the social representations about the madness among relatives of people with mental disorders admitted to a psychiatric clinic of General Hospital Methodology: type qualitative, based on the theory of social representations, with emphasis on the Central core theory approach. Participated in this study, 80 family members of individuals with mental disorders who are interned in a psychiatric clinic. The collection occurred through the technique of free evocation of words. The analysis was carried out from the frame of four houses originated by Software EVOC2003. Results: the profile of families of people over the age of 50 years, of Belém, paraenses, evangelicals married, with low schooling, unemployed, monthly household income of a minimum wage, inserted into ESF, represented by the mother figure, never had any kind of disease that affect mental health, itself does not require hospitalization and do not wish to receive any type of information about the hospitalization of his relativeand there were suggestions for the improvement of care provided by nursing. It was found that the social representations about madness have centrality in terms: crisis, disease and Sorrow. Final thoughts: In this sense one can see that the nursing approach should also contribute to find a meaning to the experience of mental illness.

Key Words: Social Representations. Madness. Mental Health. Family. Nursing.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais (TM) são problemas que causam grande impacto na sociedade pela alta incidência e por afetar qualquer pessoa em qualquer época da vida. Estes podem causar mais sofrimento e incapacidade que qualquer outro tipo de problema de saúde, dependendo da sua gravidade. Dados da Organização Mundial de Saúde revelam que 45% da população brasileira apresentam alguma alteração psiquiátrica durante a vida. Nesse âmbito, segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população necessita de cuidados contínuos por apresentar transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2003).

Os TM caracterizam-se como um fenômeno presente e marcante na história das sociedades e culturas humanas, onde constituem forças que impelem e ligam as pessoas que necessitam de cuidados em Saúde Mental ao estranho e ao absurdo; rodeando-as de mitos e muitos preconceitos e, não raro, a exclusão. Nesse âmbito, o papel da família situa-se entre a desaprovação social culturalmente estabelecida contra seu ente enfermo e sua relação afetiva com o ele (MATOS, 2002).

Estudos apontam que a família é afetada diretamente pela condição do integrante familiar portador de algum TM. Não situando este familiar em condição de vítima, mas este grupo frequentemente enfrenta sobrecarga financeira, sobrecarga do cuidado, estresse físico e emocional, problemas relacionados à necessidade de se ausentar do trabalho, entre outras situações dispendiosas (BORBA et al. 2008).

As novas práticas assistenciais valorizam cada vez mais o papel central da família no processo de tratamento ou reabilitação. No campo da atenção psicossocial esse contexto não é diferente, a própria legislação brasileira em saúde mental preconiza a assistência terapêutica à família. Estudos apontam que a participação ou negligência da família no momento do tratamento é capaz de diminuir a reincidência de crises psiquiátricas ou dificultar o sucesso no tratamento, respectivamente (HIRDES, KANTORSKI, 2005).

Nesse sentido, é importante ressaltar que a carência de informações, de apoio, de orientações, conduz a um leque de necessidades não satisfeitas e evidenciam a fragilidade do núcleo familiar. Segundo Maciel et. al. (2011), a representação social da loucura em nossa sociedade ainda é bastante negativa, pois as pessoas portadoras de transtornos mentais ainda são associadas a seres sem razão e/ou sem juízo, agressivo e, por isso, perigoso e incapaz de viver em sociedade, verificando-se que a falta de informações acarretam na exclusão do seio familiar e social.

Para Minayo (2013), "as Representações Sociais, se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais". E na perspectiva de Durkheim (1993), as representações coletivas são fenômenos permanentes e, referem-se às tradições, às lendas e aos mitos.

Assim, compreender as representações de familiares de pessoas com TM mostra que a visão que o grupo atribui ao sujeito adoecido indica a orientação e estado da interação entre família e usuário. As representações repercutem diretamente no comportamento das pessoas, e contribuem ativamente para a formação de condutas, pois, o modo como as pessoas pensam constitui uma preparação para a ação (MACIEL et al. 2011).

Portanto, este estudo justifica-se pela relevância de se conhecer as representações como forma de compreender, dentre outras coisas, as necessidades psicoemocionais dos familiares de indivíduos portadores de transtornos mentais. Tendo em vista que, que uma vez identificadas tais representações e necessidades, estas contribuirão para o aprimoramento da assistência de enfermagem prestada a partir da identificação das repercussões dessas representações sociais para os cuidados em enfermagem a esses indivíduos.

OBJETIVOS

Geral

Analisar as representações sociais sobre a loucura entre familiares de portadores de transtornos mentais internados em uma Clínica Psiquiátrica de um Hospital Geral.

Específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos familiares de portadores de transtornos mentais;

Conhecer o núcleo central das representações sociais sobre a loucura entre familiares de portadores de transtornos mentais.

Identificar as repercussões dessas representações sociais para o cuidado em enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, com uma abordagem de levantamento de dados fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS), com ênfase na abordagem da Teoria do Núcleo Central (TNC), visando à análise

do núcleo central e periférico das representações sociais sobre a loucura. Esta pesquisa foi realizada na Clínica Psiquiátrica da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), no município de Belém-Pará.

Foram utilizados como critérios de inclusão nesta pesquisa: a) Ser familiar de portador de transtorno mental internado na Clínica Psiquiátrica da FHCGV; c) Ser morador da Região Metropolitana de Belém; d) Residir no mesmo local que o portador de transtorno mental ou em suas proximidades possuindo convivência direta com este; e) Ser maior de dezoito anos; f) Não possuir patologia psiquiátrica comprovada que possa impossibilitar ou contra indicar a participação na produção de dados; Aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo: a) Famílias que não moram na Região Metropolitana de Belém; b) Acompanhantes que não conviviam diretamente com o paciente; c) Pessoas que não aceitaram e não assinaram o TCLE.

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética da FHCGV, sob o n° do parecer 189.051/2013 e CAAE: 11676513.0.0000.0016, certificado pela Diretoria de Ensino e Pesquisa da instituição. Após isso, iniciou-se a coleta de dados que foi desenvolvida em três etapas: Etapa 1: Convite aos sujeitos participantes que atenderam aos critérios de inclusão para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Etapa 2: Aplicação de um formulário voltado à identificação pessoal e sociodemográfica para a caracterização dos sujeitos; Etapa 3: Aplicação de um formulário para registro das evocações livres de palavras.

Para identificar como se manifesta a estrutura (central e periférica), foi utilizado o termo indutor "loucura" com todos os sujeitos que concordaram em participar, baseado na técnica de evocação livre de palavras, também conhecida como associação livre ou teste por associação livre de palavras (TALP). A técnica consiste em instigar os participantes para que digam o que pensam ao serem estimulados por um termo (um ou mais estímulos indutores) que caracteriza o objeto da representação em estudo (MEDEIROS, 2011).

Para analisar os dados que foram coletados na etapa 2, foi utilizado o programa Excel 2010, onde os dados foram tratados estatisticamente. Para análise dos dados obtidos na etapa 3, de evocações livres, foi realizada a técnica do quadro de quatro casas, com o auxílio do software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse dês Evoctions (EVOC) 2003, que tem como fundamento a concepção de que toda representação está organizada em torno de um núcleo central, entendido como princípio organizador dos elementos da representação social.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil sociodemográfico dos familiares de portadores de transtornos mentais

Participaram do estudo 80 familiares de indivíduos portadores de TM internados na Clínica Psiquiátrica da FHCGV. Quanto a idade dos participantes da pesquisa verificou-se que 3 (3,75%) têm entre 18 e 23 anos, 7 (8,75%) entre 30 e 35 anos, 13 (16,25%) entre 36-41 anos, 18 (22,5%) entre 41 e 50 anos e 39 (48,75%) acima de 50 anos.

A respeito da naturalidade dos participantes da pesquisa verificou-se que I (1,25%) é natural do Rio de janeiro, I (1,25%) é do estado de Goiás, 2 (2,5%) são de Minas Gerais, 2 (2,5%) são do Ceará e 74 (92,5%) são do Estado do Pará. Quanto a procedência dos participantes da pesquisa verificou-se que 38 (47,5%) são provenientes de municípios localizados no interior do Estado do Pará e 42 (52,5%) são do município de Belém.

Sobre à religião dos familiares 38 (47,5%) são católicos e 42 (52,5%) são evangélicos. Quanto ao estado civil dos familiares, verificou-se que 35 (43,75%) são casados, 27 (33,75%) são solteiros, 6 (7,5%) são separados, 9 (11,25%) vivem em união estável e 3 (3,75%) são viúvos.

No que concerne ao grau de escolaridade dos participantes, observouse que 49 (61,25%) possuem o Ensino Fundamental Incompleto, 12 (15%) possuem o Ensino Fundamental Completo, 12 (15%) possuem o ensino Médio Incompleto, 3 (3,75%) tem o Ensino Médio Completo e 4 (5%) possuem o Ensino Superior Incompleto.

Quanto ao trabalho/ocupação dos participantes observou-se que 48 (60%) estão Desempregados, 9 (11,25%) são Agricultores, 3 (3,75%) são Ambulantes, 6 (7,5%) são Vendedores, 6 (7,5%) são Feirantes, 3 (3,75%) são Pescadores, 3 (3,75%) são Autônomos e 2 (2,5%) trabalham e setor administrativo. No que tange à renda familiar dos participantes da pesquisa, 6 (7,5%) ganham até I salário mínimo, 44 (55%) ganham I salário mínimo, 27 (33,75%) ganham entre I e 2 salários mínimos e 3 (7,5%) recebem entre 2 e 5 salários mínimos.

A respeito do grau de parentesco do familiar, 12 (15%) aparecem na figura do Pai, 29 (36,25%) na figura da Mãe, 9 (11,25%) são Irmãos, 12 (15%) são Tios, 9 (11,25%) são Primos, 3 (3,75) são Avós e 6 (7,25%) são Filhos. Quanto ao histórico de doença mental do familiar participante da pesquisa 10 (12,5%) já apresentaram algum tipo de doença mental durante sua vida e 70 (87,5%) até o momento da realização da pesquisa nunca apresentaram qualquer tipo de doença mental.

Sobre a necessidade de internação por algum tipo de transtorno mental 2 (2,5%) precisaram de internação em algum momento e 78 (97,5%) nunca precisaram de internação pelo referido motivo. No que se refere ao tipo de informações que os familiares gostariam de receber durante a internação do seu Ente, 12 (15%) gostariam de receber informações sobre alta, 13 (16,25%) sobre diagnóstico, 12 (15%) sobre o quadro clínico, 5 (6,25%) sobre o medicações, I (1,25%) sobre tratamento, I (1,25%) sobre exames, 3 (3,75%) sobre os CAPS, 3 (3,75%) não receberam nenhum tipo de informação e 30 (37,5%) não gostariam de receber nenhum tipo de informação.

Quanto a inserção da família na Estratégia Saúde da Família, 41 (51,25%) estão inseridos, 33 (41,25%) não estão inseridos e 6 (7,5%) não souberam informar. Ao que se refere ao acesso dos familiares ao transporte coletivo 65 (81,25%) tem fácil acesso ao transporte coletivo e 15 (18,75%) não tem acesso com facilidade. E sobre as sugestões de melhorias para os cuidados de enfermagem oferecidos para os familiares dos participantes da pesquisa, 61 (76,25%) não deram sugestões e 19 (23,75%) deram algumas sugestões.

Estrutura das representações sociais sobre a loucura

Para realizar a identificação da forma como se manifesta a estrutura das representações sociais tendo como termo indutor a palavra "loucura", instigou-se a fala dos participantes da pesquisa a partir da técnica de evocação livre de palavras. Esta técnica permite conhecer a estrutura central e periférica das representações sociais, no que diz respeito ao que emerge na mente dos sujeitos da pesquisa ao ouvirem o termo "loucura", pela análise da frequência e ordem de importância dos termos evocados (MEDEIROS, 2011).

Diante desta metodologia, foram obtidas 396 evocações; após a padronização semântica (dicionário elaborado a partir dos termos evocados) chegou-se a 84 evocações diferentes (Tabela I).

Quanto ao tratamento dessas evocações pelo software EVOC (Tabela I), a média da ordem de evocações (Rang) foi de 2,9; o quadro de quatro casas foi obtido com ponto de corte da frequência mínima de 7, o que significa que evocações abaixo dessa frequência foram eliminadas do quadro, e com a frequência intermediária de 13, considerando-se também que para se obter o núcleo central e periferia foi analisada a ordem média de evocação (OME), dentro de uma ordem de importância de palavras evocadas de 1 a 5, sendo considerado o N° 1 o mais importante, N° 2 o segundo mais importante e assim sucessivamente até o termo N° 5.

Tabela 1: Descrição das evocações sobre o termo indutor "loucura".

Número total de evocações	396
Número total de evocações diferentes	89
Número total de evocações padronizadas semanticamente	85
Frequência mínima	7
Frequência intermediaria	13
Média das ordens médias das evocações (Rang)	

Fonte: Arquivo Pessoal.

Posteriormente, estruturou-se o quadro de quatro casas a partir dos dados sobre a loucura obtida através do software EVOC, para análise das palavras frequentes e seus graus de significância ao familiar (Quadro I)

Quadro I: Quadro de quatro casas ao termo indutor "loucura" entre familiares de indivíduos portadores de transtornos mentais.

	Ordem Média	Geral: 2,98	3			
Freq ≥13	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
	Crise	19	2,421	Agressivo- violento	28	3, 500
	Doença	14	1,500	Dor	15	2,933
				Medicação	14	2,929
	Tristeza	22	2,773	Medo	13	2,923
			100	Ruim	15	3,267
Freq 7≤ <12	7	7	7 2,429	Agitado	11	3,185
	Fala			Compaixão-pena	8	3,250
	Pensamento	11	2,818	Família	12	3,250
				Faz	8	3,625
	Sofrimento	11	2,091	Grito	10	3,700
			\$1.00550/9480	Tratamento	12	3,833

Fonte: Software EVOC 2003.

Segundo a Teoria do Núcleo Central, as palavras agrupadas no quadrante superior esquerdo são aquelas que apresentaram as maiores frequências e foram mais prontamente evocadas, formando o núcleo central da representação social. Esses elementos caracterizam a parte mais consensual e estável da representação, assim como, a menos sensível a mudanças em função do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos (SÁ, 2002).

De acordo com Pereira (2002), para se identificar a estrutura base de uma representação social é necessária utilização das técnicas onde há

o cruzamento de elementos da natureza quantitativa, das frequências das evocações e ordens das evocações. Nesse sentido, o quadro de quatro casas representa essas relações, possibilitando a identificação da estrutura e do conteúdo de uma representação social.

A organização do quadro de quatro casas é feita da seguinte forma: a) Quadrante superior esquerdo: Os termos que são muito provavelmente, elementos do núcleo central da representação estudada; b) Quadrante superior direito: São os elementos da primeira periferia (ou intermediários); c) Quadrante inferior direito: São elementos da segunda periferia; d) Quadrante inferior esquerdo: São elementos de contraste, podendo ter alguma ligação com o núcleo central ou ser uma representação diferente advinda de um subgrupo específico dentro do grupo pesquisado (OLIVEIRA, 2005; SÁ 2002; ABRIC, 1994; PEREIRA, 2002).

Nesse sentido, tem-se o conteúdo do que seriam os termos intermediários das representações sociais dos familiares de indivíduos portadores de transtornos mentais que estão em estreita ligação tanto com o núcleo central quanto com a periferia, podendo estar em qualquer um dos sistemas tanto central quanto periférico.

Ao analisar-se essas evocações na compreensão da centralidade das representações sociais, observou-se que os termos *Crise, Doença e Tristeza*, fazem parte do núcleo central. De acordo com Abric (1994), os elementos centrais têm uma função mais rígida e estável, e com isso dificilmente sofrem alguma mudança em seu conteúdo, esse sistema é definidor das práticas dos indivíduos em determinadas situações.

Nesse sentido, infere-se que esse possível núcleo central, produto da evocação livre de palavras emanadas pelos familiares quando entrevistados em uma emergência psiquiátrica, mostram uma possibilidade de intenção quando o Ente recebe atendimento inserido neste contexto. Ressaltando-se que o familiar deve ficar acompanhando o paciente por toda a internação que dura em média 72h, e a dinâmica dessa assistência está voltada para as questões emergentes manifestadas pelo indivíduo e, o sentimento apresentado pelos familiares, está representado no núcleo central pelo termo *Doença* (com maior ordem média de evocação: 1,50).

A representação social explicita como *Doença* dentro desse cenário tem uma conotação generalizada com um curso insidioso, ou seja, acompanha o indivíduo por todo o ciclo vital e, neste sentido, pode-se inferir que *Doença* tem um sentido de vivência tolerável. Assim, destaca-se alguns dos termos-expressões mais prontamente evocados essencialmente: "*Doença da mente*", "*Doença Mental*", "*Doença muito ruim*", "é uma doença".

Quando o familiar foi entrevistado no contexto da Internação Breve (SIB: Setor de Internação Breve), onde em média o paciente fica internado por até 30 dias, a evocação livre manifestada mais relevante frente ao termo indutor "loucura" foi *Crise* (com frequência de 19 e OME 2,42). Sendo associada pelos entrevistados com as expressões: "*Crise forte*", "*Crise mental*", "Estado de crise", "Estar em crise", "Estava em crise", "Fica em crise", "Entra em crise".

Pode-se inferir que a evocação livre do termo *Crise* dentro do núcleo central, em uma segunda ordem de importância, pode estar associada a vivência/experiência do familiar. Neste cenário, a evocação expressada vem permeada como *doença do corpo*, sendo ressaltado pelo familiar como alteração no comportamento, que compreende principalmente em agitação, agressividade e violência, em contraposição a associação do termo *Doença*, vivenciado na emergência psiquiátrica como *doença da mente*, este é mais generalizado e refere a loucura internalizada.

Sobre a evocação livre de palavras expressada com o termo *Tristeza*, infere-se como relevante fazer associação com o perfil do familiar no que diz respeito à obtenção de informações durante a internação de seus Entes. Neste sentido, observou-se que 37,5% dos familiares não demonstraram interesse em receber informações sobre a internação, indicando uma compreensão de que este desinteresse pode estar relacionado a utilização de mecanismos de defesa do Ego, como a negação.

Em consonância com Silva (2011), a recusa do sujeito em aceitar a existência de uma situação penosa demais para ser tolerada, acarreta na tentativa de transformação deste problema em uma situação aceitável socialmente. Com isso, infere-se que o familiar entrevistado, na tentativa de não ser relacionado a Doença/Crise do Ente internado, aos problemas vivenciados dentro do núcleo familiar, não quer expor a vulnerabilidade nas relações psicoafetivas motivadoras pelo surgimento dos sintomas emergentes que impulsionaram o seu Ente para internação.

O familiar entrevistado caracteriza-se como porta voz da família no contexto da pesquisa. Assim, Pichon-Rivière (1988) afirma que este é o integrante que explicita o que está implícito e que transmite com sua sensibilidade a situação emergente, e a maior prevalência identificada dentro do perfil deste estudo foi a figura da mãe (36,25%).

Esse familiar demonstra a representação social da "loucura" trazendo na sua concepção a reprodução da alteração na homeostase familiar, que pode ser identificada a partir dos termos - expressões evocadas ao estímulo do termo indutor na sua essência: "A família fica com medo, "a família fica mal", "desconhece a família", "dificuldade para a família", "envolve a família toda", "gran-

de problema para família", "trabalho para a família", e "afeta a família".

Quanto ao sistema periférico das representações sociais, observa-se uma maior mutabilidade, podendo assim ter os elementos trocados com mais facilidade. Adotam-se três funções básicas: Concreção, onde a ancoração da representação na realidade resulta diretamente do contexto; Regulação, onde se inicia a mudança de contexto que interfere nas representações dos indivíduos; e por último Defesa, onde ocorre a defesa do sistema central, sustentando os elementos centrais (ABRIC, 1994).

Assim, identificam-se os elementos situados na periferia e/ou os intermediários das representações sociais como sustentadores do sistema central, pois houve uma convergência nos quadrantes do quadro de quatro casas. Observou-se que Agressivo-Violento, Dor, Medicação, Medo e Ruim sustentam principalmente as cognições Crise, Doença e Tristeza, localizadas no primeiro quadrante.

Tendo como ponto de partida os dois processos de uma representação social, ancoragem e objetivação, infere-se que os familiares ancoram o conceito de "loucura" a um processo de doença caracterizada pelas alterações provenientes de um estado de crise (agressividade, violência), e objetivam através da expressão de sentimentos evidenciados.

O termo *Cris*e remete a uma vivência cotidiana maturada dentro do ciclo vital, advinda de experiências relacionadas a alterações no comportamento/conduta, relacionadas à agressividade e violência manifestadas pelo Ente que vivencia os sintomas genuínos da psicose. O termo *Doença* relaciona-se com os elementos da periferia que sustentam o núcleo central aqui retratados como tem uma relação direta com *Dor* e *Medicação* e *Cura*. Nesse sentido, fica implícito que a doença tem uma conotação generalizada, ancorando-se na dor que necessita de um medicamento para alívio dos sintomas (GAMA, 2010).

Assim, relacionando-se as representações sociais sobre a loucura entre familiares sujeitos dessa pesquisa e o perfil que foi traçado, infere-se algumas implicações para o cuidado de enfermagem. Estas podem contribuir para valorização da concepção dos mesmos sobre o processo do adoecer mental, expressada pela vivência de cada um em relação ao termo indutor.

A experiência de se ter um membro da família doente, leva a pessoa à outra percepção da vida, impulsionando-a a buscar forças interiores necessárias para se compreender e se adaptar a um contexto diferente e, que a priori, não pode ser mudado. Nesse sentido, Travelbee (1979) aponta que a doença/crise ajuda as pessoas a compreenderem as suas limitações e

condição humana, no sentido de que possibilita o ser humano a crescer e se fortalecer, reconhecendo assim sua limitação e potencialidade.

A abordagem da enfermagem deve também contribuir para que os profissionais encontrem um significado para a experiência do adoecimento. Esta concepção é fundamental para ajudar a família a aceitar o processo do saúde-doença e encontrar caminhos para enfrentá-la. Este "encontrar sentido na experiência" faz com que a pessoa doente e sua família busquem dentro de si forças capazes de mudar a realidade (SCHNEIDER, 2001; KOGA, FUREGATO, 2002; OLIVEIRA, 2011; ROSA, 2005, OLIVEIRA, 2005; MORENO, 2001).

Assim, compreende-se a importância da inserção do Enfermeiro na equipe multiprofissional, devendo exercer com autonomia o princípio da interdisciplinaridade em sua práxis, estabelecendo vínculos terapêuticos consistentes com os familiares na busca de validar sua dinâmica relacional, sua forma de organização, seus conflitos internalizados e mitos e crenças com relação ao adoecer psíquico, valorizando, sobretudo, seus sentimentos internalizados sobre seu Ente (CALIL, PARANHOS, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Representações Sociais são fenômenos que repercutem diretamente no comportamento das pessoas, tem uma contribuição significativa para a formação de condutas, pois, o modo como as pessoas pensam constitui uma preparação para a ação. Neste sentido, o indivíduo necessita compreendê-la para conviver com a doença mental, já que, na maioria das vezes, é recorrente o estigma destes pacientes na sociedade.

O cuidado de Enfermagem deve considerar as implicações das representações sociais sobre a loucura para que se possa fazer um cuidar humanizado e integralizado. Nesse contexto, com vistas a um cuidado mais efetivo, baseado na valorização e respeito da concepção destes familiares sobre a "loucura", inferiu-se que a Enfermagem precisa compreender essas concepções, valores, crenças, aspectos culturais e, com isso, estabelecer um vínculo com esses familiares para que o processo de tratamento possa se dinamizar e encontrar um significado para a experiência do adoecer mental.

ABRIC, Jean-Claude. **Prácticas Sociales y representaciones**. México: Ediciones Coyoacán, 1994.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica - O vínculo e o diálogo necessários - Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. Circular Conjunta, 2003.

CALIL, Ana Maria Sallum; PARANHOS, Wana Yeda. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: editora Atheneu, v. 53, p. 709-717, 2010.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa**. In E. Durkheim, vida e obra (Os Pensadores, pp. 203-243). São Paulo: Abril Cultural. I 993

FRAYZE-PEREIRA, João. O que é loucura. Brasiliense, 2017.

GAMA, A. O. Percepções sobre internação psiquiátrica entre familiares e de pacientes em uma Clínica Psiquiátrica em Belém-PA, 2010.

HIRDES, Alice; KANTORSKI, Luciane Prado. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. **Revista de Enfermagem UERJ**, p. 160-166, 2005.

KOGA, Mariko; FUREGATO, Antônia Regina. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. I, n. I, p. 075-080, 2002.

MACIEL, Silvana Carneiro; BARROS, Daniela Ribeiro; CAMINO, Leoncio F; MELO, Juliana Rízia Félix de. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 193-204, 2011.

MATOS, Juliano. Família, doença mental e estigma. **VERITATI: Revista da UCSaI**, v. 2, n. 2, 2002.

MEDEIROS, H. P.; CABRAL, I. S. **Alimentar o corpo e a alma**: Representações Sociais sobre qualidade de vida na velhice e cuidado de si entre idosos de Santarém-PA, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In.: GUARESCHI, PA; JOVCHELOVITCH, S.(Orgs.). **Textos em representações sociais**, p. 89-111, 2013.

OLIVEIRA, D. C. Contribuições dos estudos de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A. M. O.;SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (Orgs) **Teoria das representações sociais**: 50 anos. Brasília; Techonopolitik, 2011.

OLIVEIRA, D.C. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**, p. 573-603, 2005.

PICHON-RIVIÈRE, E. Teoria do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

ROSA, Annamaria Silvana de. A rede associativa: uma técnica para captar a estrutura, os conteúdos, e os índices de polaridade, neutralidade e estereotipia dos campos semânticos relacionados com as representações sociais. **Perspectivas Teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005.

SÁ, Celso Pereira de. Núcleo central das representações sociais. In: **Núcleo** central das representações sociais. 2002.

SCHNEIDER, Jacó Fernando. Ser-família de esquizofrênico: o que é isto?. In: Ser-família de esquizofrênico: o que é isto?, 2001.

SILVA, Elizabete Bianca Tinoco. Mecanismos de defesa do Ego. **Revista de Psicologia**, v. 3, p. 1-5, 2011.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica**: el proceso de reaccion de persona a persona. OPS (Organizacion Panamericana de la Salud), 1979.

TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

Samantha Pereira Caldas¹, Ivonete Vieira Pereira Peixoto², Mônica Custódia do Couto Abreu Pamplona³, Osvaldo da Silva Peixoto⁴, Dayara de Nazaré Rosa de Carvalho⁵

RESUMO

Objetivo: Apresentar o processo de construção de uma tecnologia educacional sobre planejamento reprodutivo para homens e mulheres a partir dos apontamentos dos usuários dos serviços e Agentes Comunitários de Saúde. Metodologia: A pesquisa foi desenvolvida por meio de uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório e de natureza aplicada. Na prática das informações levantadas e conhecimentos pré-existentes, por meio da construção da tecnologia educacional. A técnica para coleta de dados utilizada foi o Grupo Focal (GF). Resultados: Construir a TE, que é fruto deste estudo, baseada nos apontamentos dos usuários e ACS, nos evidenciou a necessidade existente de maior envolvimento da comunidade e dos profissionais da ponta no "construir" em saúde. A oportunidade de participar, opinar e ser ouvido foi muito bem encarada pelos usuários e ACS. Considerações Finais: A Tecnologia Educacional foi construída tendo como base os apontamentos dos participantes e a análise das falas feita pela pesquisadora. A Tecnologia construída é uma Cartilha que abarca informações sobre Planejamento Reprodutivo para homens e mulheres apresentando um formato que proporciona abordagens diferentes para os dois gêneros.

Descritores: Tecnologia Educacional. Planejamento. Construção.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.239-254

¹ Mestre em Enfermagem Associado da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

² Docente Adjunto da Escola de Enfermagem Magalhães Barata. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEMB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em parceria com a Universidade do Estado do Pará (UEPA). Membro do Grupo de Pesquisa Intervenções de Enfermagem no Processo Saúde Doença – IENPSAD, da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

³ Docente Adjunta da Escola de Enfermagem Magalhães Barata/UEPA. Doutora do Programa de Pós Graduação de Biologia Agentes Infecciosos e Parasitários da Universidade Federal do Pará (UFPA). Membro do Grupo de Pesquisa Intervenções de Enfermagem no Processo Saúde Doença – IENPSAD/UEPA).

⁴ Mestre em Biologia Parasitária na Amazônia- Universidade do Estado do Pará UEPA e Instituto Evandro Chagas (IEC)

⁵ Enfermeira, mestranda em Tecnologia da Educação e Enfermagem para a assistência à saúde dos indivíduos e grupos sociais do PPGENF da Universidade do Estado do Pará – UEPa.

ABSTRACT

Objective: To present the process of building an educational technology (ET) on reproductive planning for men and women from the notes of users of services and Community Health Agents (CHA).

Methodology: The research was developed through a qualitative approach, exploratory and applied nature. In the practice of information gathered and pre-existing knowledge, through the construction of educational technology. The technique for data collection used was the Focal Group (FG). Results: Building the T, which is the result of this study, based on the notes of users and CHA, showed us the existing need for greater involvement of the community and leading professionals in the "build" in health. The opportunity to participate, opine and be heard was very well regarded by users and CHA. Final Considerations: The Educational Technology was built based on the participants' notes and the analysis of the speeches made by the researcher. Built Technology is a Primer that encompasses Reproductive Planning information for men and women featuring a format that provides different approaches for both genders.

Descriptors: Educational Technology. Planning. Construction.



Fruto da luta pelo exercício pleno da cidadania, os direitos sexuais e reprodutivos, estão entre os Direitos Humanos e representam uma conquista histórica. Dentre os direitos sexuais e reprodutivos conquistados está o Planejamento Reprodutivo (PR), que é um conjunto de ações de regulação da fecundidade que visam garantir direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (SANTOS; FREITAS, 2011).

Inicialmente, o PR foi preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) com a terminologia Planejamento Familiar, em 1984, introduzido como uma das áreas prioritárias do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Foi regulamentado pela Lei n.º 9.263/96, que determina ações pautadas nos direitos reprodutivos, de forma a garantir às mulheres e aos homens cuidados preventivos e educativos, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, seja com a finalidade de limitar ou aumentar a prole (SANTOS; FREITAS, 2011; BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde preconiza que a atenção aos usuários voltada para o PR seja humanizada, holística e que seja voltada às particularidades sociais, culturais e econômicas, garantindo o acesso irrestrito às informações pertinentes para que o direito à saúde seja proporcionado de forma plena. A oferta de informação adequada através das diversas ações de educação em saúde no Planejamento Reprodutivo, de modo a atender as necessidades de homens e mulheres sob a perspectiva dos direitos sexuais, é estratégia importante para garantir o direito de escolha, o exercício dos direitos reprodutivos em sua máxima amplitude e a permanência no serviço. É importante destacar também a importância no envolvimento dos usuários no aprimoramento das ações em saúde, observando a participação social como princípio do SUS (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde (2013) assinala que o enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade e efetividade da atenção prestada em PR. Segundo o educador Paulo Freire (2011), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Desta forma, as ações educativas devem estimular os usuários ao conhecimento e autocuidado.

Nesta perspectiva da Educação em Saúde tem-se debatido a necessidade de ampliar as possibilidades metodológicas, por meio de abordagens que instiguem práticas inovadoras e transformadoras (COLOMÉ; OLIVEI-RA, 2012). Neste contexto, a construção de Tecnologias Educacionais (TE)

em Enfermagem para práticas educativas e disseminação de informações em saúde aos usuários e às comunidades apresentam-se como estratégias promissoras (TEIXEIRA, 2010).

A utilização de estratégias inovadoras para ampliação do acesso de mulheres e homens às informações pertinentes em PR são ações imprescindíveis para que possamos garantir o exercício dos direitos reprodutivos de forma plena.

Desta forma, este artigo é um recorte da dissertação de mestrado intitulada "Planejamento Reprodutivo: A construção de uma Tecnologia Educacional para homens e mulheres", de autoria de Samantha Pereira Caldas, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, em 2017, que teve como objeto de estudo a construção de uma Tecnologia Educacional em Planejamento Reprodutivo.

OBJETIVO

Apresentar o processo de construção de uma tecnologia educacional sobre planejamento reprodutivo para homens e mulheres a partir dos apontamentos dos usuários dos serviços e Agentes Comunitários de Saúde.

METODOLOGIA

Considerando o objetivo que se pretendeu alcançar, a pesquisa foi desenvolvida por meio de uma abordagem qualitativa, do tipo exploratória e de natureza aplicada.

A natureza aplicada da pesquisa é concretizada quando o seu objetivo principal esteve relacionado à aplicação prática das informações levantadas e conhecimentos pré-existentes, por meio da construção da tecnologia educacional. O caráter exploratório do estudo fica evidente diante da busca por maior familiaridade com o problema e a temática em questão, através dos apontamentos dos participantes e do conhecimento já existente sobre o Planejamento Reprodutivo (MARCONI; LAKATOS, 2013).

O estudo foi desenvolvido, no ano de 2017, na Estratégia Saúde da Família (ESF) – Vila São Francisco – do município de Irituia. Irituia é uma cidade do estado do Pará localizada no nordeste paraense à 123 km da capital, com 1379,523 km² de área territorial, contava com 31.364 habitantes, no último censo disponível pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referente ao ano de 2010, sendo em sua maioria moradores da zona rural (IBGE, 2016).

A escolha em realizar o estudo na ESF da Vila São Francisco se deu pelo fato que a autora da pesquisa já ter atuado como Enfermeira Assistencial e Coordenadora da referida estratégia, fator que contribuiu na motivação da pesquisa.

Os participantes do estudo foram 12 homens e 12 mulheres usuários do serviço de saúde e 10 Agentes Comunitários de Saúde cadastrados na ESF. Assim, o total de participantes da pesquisa foi de 34 pessoas. Optou-se por este número de participantes tendo em vista que uma das técnicas para coleta de dados utilizada foi o Grupo Focal (GF) onde, segundo Trad (2009), o número adequado de componentes em cada GFé de 6 à 15 pessoas, incluindo o pesquisador/moderador e o pesquisador observador. Assim, como optou-se por formar 3 grupos focais: usuários homens, usuários mulheres e ACSs, este quantitativo de participantes foi considerado o ideal.

A inclusão dos participantes usuários no estudo teve como critério ser cadastrados na ESF da Vila São Francisco e estar em idade reprodutiva (igual ou maior que 14 anos). Adotou-se como idade reprodutiva a definição da Organização Mundial da saúde, que estipula a idade reprodutiva para mulheres de 14 a 49 anos e para homens a partir dos 14 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). O critério para inclusão dos participantes ACSs foi serem cadastrados na ESF da Vila São Francisco, exercendo a função há pelo menos dois anos.

Mediante a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAA 59975516.5.0000.5170, e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizada a coleta de dados por meio de entrevistas individuais e grupos focais. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 10 a 15 minutos, foram gravadas com auxílio de um celular na ferramenta gravador de voz.

O instrumento semiestruturado aplicado nas entrevistas dos usuários foi dividido em três blocos: I)Referente à identificação, perfil socioeconômico e educacional; 2) Referente às práticas relacionadas ao planejamento reprodutivo; 3) Referente aos saberes acerca do planejamento reprodutivo. Já o instrumento semiestruturado para a entrevista dos ACS foi dividido em dois blocos: I)Referente à identificação, perfil socioeconômico e educacional; 2) Referente aos Serviços de Planejamento Reprodutivo. Neste momento, os ACS tiveram a oportunidade de expor suas ideias e percepções prévias.

A segunda fase da coleta de dados se deu por meio de Grupos Focais (GF). Optou-se por criar três grupos focais: (GF-H) Homens usuários dos serviços de saúde; (GF-M) Mulheres usuárias dos serviços de saúde; e (GF-A-CS) Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia.

Os encontros dos GFs contaram com a presença da pesquisadora/ moderadora, na figura da autora deste estudo, e da pesquisadora/observadora, uma técnica de enfermagem moradora de Irituia, que foi treinada pela pesquisadora para realizar a observação e registro dos GFs.

As temáticas abordadas nos GF tiveram como assunto gerador os dois eixos que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) define como centrais ao Planejamento Reprodutivo: a concepção e a contracepção. Desses eixos, emergiram os dados que foram analisados neste estudo e nortearam a construção da tecnologia.

Quadro I: Número de participantes por encontro de Grupo Focal.

	Participantes GF-H	Participantes GF-M	Participantes GF-ACS
I° Encontro	12	П	10
2° Encontro	10	10	9
3° Encontro	П	12	10
4° Encontro	9	10	10

Fonte: CALDAS, 2017.

As reuniões dos Grupos Focais foram gravadas em áudio e em vídeo, com a devida autorização de todos os participantes, e tiveram a duração de, em média. 40 min cada.

Para a análise e interpretação dos dados obtidos por meio das entrevistas e dos Grupos Focais foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade categorial-temática, pelo fato desta técnica permitir a compreensão contextualizada das falas (BARDIN, 2011).

A análise das entrevistas se deu mediante as três grandes etapas apontadas por Bardin (2011) na técnica de Análise de conteúdo por categoria temática: (1) pré-análise; (2) exploração do material e; (3) tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, expressos através da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participações para a construção da Tecnologia Educacional

A construção de uma Tecnologia Educacional pode ser feita de diversas maneiras. No entanto, o envolvimento de usuários na construção ou idealização desses materiais é um desafio que deve ser encarado. O fomento à participação da comunidade na construção de estratégias e aprimoramento dos serviços de saúde é algo que materializa a inserção do usuário nas decisões do serviço (ASSUNÇÃO et al., 2010).

Construir a TE, que é fruto deste estudo, baseada nos apontamentos dos usuários e ACS, nos evidenciou a necessidade existente de maior envolvimento da comunidade e dos profissionais da ponta no "construir" em saúde. A oportunidade de participar, opinar e ser ouvido foi muito bem encarada pelos usuários e ACS.

Isso que a senhora ta fazendo aqui é muito legal, perguntar pra gente o que é que a gente quer saber, é muito bom (GF-H2).

Eu nunca tinha visto isso antes na saúde, alguém vim procurar as pessoas pra saber o que elas acham, acho que tinha que ter mais coisa assim (GF- M3).

Doutora quase nunca escuta a gente, os ACSs, e é a gente que ta no dia à dia da comunidade, lá no sol, acho que isso ai tem tudo pra dá certo só por isso [risos] (GF-ACS3).

Segundo Rolim, Cruz e Sampaio (2013), fomentar a participação do usuário proporciona a aproximação da comunidade ao serviço de saúde e maior engajamento da população para que as ações deem certo. Os usuários devem ser encarados como parceiros, e não como meros receptores de assistência.

Assim como os usuários, os Agentes Comunitários de Saúde devem ser valorizados na construção do serviço. Segundo Costa et al. (2013), o profissional ACS, precisa participar ativamente na decisão e elaboração das intervenções em saúde, principalmente às que se relacionam as atividades de educação, pois se configura um profissional nuclear já que vivência a comunidade.

A utilização da técnica de Grupo Focal e as dinâmicas utilizadas também foram avaliadas positivamente pelos participantes, apontando que o uso de técnicas de grupo pode promover ambientes propícios à pesquisa científica e à produção coletiva. A realização de dinâmicas que proporcionaram a interação e contribuições heterogêneas também se evidenciou como uma estratégia interessante ao trabalho em grupo.

O que eu gostei mesmo é desse negocio de poder desenhar, escrever... até pintar se eu quiser, isso ajuda porque às vezes a pessoa não sabe escrever e fica com vergonha de errar, mas desenha! Rabiscar qualquer um rabisca (GF-H4).

Eu gostei muito da gente tá aqui em grupo, é bom conversar com um monte de mulher sobre isso, nem sempre a gente tem a oportunidade (GF-M1).

Eu gostei muito desse papelzinho de colar na cartolina, vou dizer pra enfermeira comprar pra reunião, fica mais divertido (GF-ACSI).

Para Backeset al. (2011), a técnica de Grupo Focal tem se configurado como uma estratégia relevante na aproximação com a prática dos serviços, pois proporciona um espaço de interação coletiva onde as opiniões e impressões podem ser reveladas de forma genuína.

O envolvimento do público alvo da tecnologia, os usuários, também perpassa pela discussão sobre a necessidade de aprimoramento das práticas educativas, do necessário rompimento com a pura educação bancária e a introdução cada vez mais ampla de uma empoderadora construção do conhecimento.

O próprio ato de ouvir as demandas dos usuários, seja pela voz deles próprios ou através das experiências dos ACS, remete à discussão levantada por Paulo Freire (2011) sobre a coparticipação dos atores da educação. Atentar à demanda do educando, nos leva a sair da zona de conforto do "sobre o que EU quero falar" e nos leva ao incerto do "o que ELES querem saber". Toda essa experiência construiu uma trajetória de conhecimento e autoconhecimento, onde por diversas vezes o educando era educador, ou melhor, o participante era pesquisador, e vise versa.

Foi no emaranhado desta experiência que extrapola o planejado, que surgiu a discussão no Grupo Focal dos homens sobre a abordagem da TE. Alguns participantes argumentaram que o material a ser produzido deveria ser só para homens ou com uma abordagem diferenciada.

Acho mesmo que esse negócio tinha que ser só pra homem! Já tem muita coisa pra mulher, a gente só vê mulher nas coisas sobre isso. Tem que ser uma coisa mais pro homem, ou pelo menos que na hora que eu pegue, eu pense logo, é..isso aqui é pra mim (GF-H2).]

Só pra homem não dá, tem mulher que precisa saber disso ai também (GF-H1).

A gente precisa reconhecer que é pra gente também (GF-H3).

A princípio, se pensou que a abordagem da tecnologia seria concomitante para homens e mulheres, que envolvesse os dois ao mesmo tempo, no entanto, essas colocações fizeram a pesquisadora refletir e identificar que o reconhecimento do PR enquanto temática também para homens perpassava por uma abordagem diferenciada. Essa avaliação culminou na abordagem pouco convencional da TE, que será apresentada nas páginas seguintes.

A escolha do conteúdo e formato da Tecnologia Educacional

A escolha do conteúdo da tecnologia educacional se deu através de três aspectos: Os tópicos elencados como importantes pelos participantes

da pesquisa nos grupos focais; As lacunas de conhecimento e aspectos relevantes identificados pela pesquisadora através da análise das falas dos participantes, os quais foram apresentados e discutidos nos dois primeiros eixos de discussão e; os serviços de planejamento reprodutivo preconizados pelo Ministério da Saúde.

Os participantes da pesquisa foram instigados ao longo dos Grupos Focais a elencarem tópicos sobre os assuntos que deveriam compor a tecnologia a partir do que discutiam nos encontros. Para melhor visualização, os tópicos elencados serão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2: Tópicos elencados pelos participantes para compor a tecnologia.

	Tópicos Elencados				
Participantes	Contracepção	Concepção			
Mulheres	Falar dos métodosO que tem no postoResponsabilizar os homens	Orientar procurar o postoFalar dos tratamentos			
Homens	 Apresentar os métodos Tirar dúvidas sobre o plane- jamento Informações sobre serviços no SUS Envolver o homem 	 Falar quem se deve procurar Falar dos tratamentos 			
ACSs	 Falar sobre os métodos Falar sobre a importância de planejar Falar que é pra mulher e ho- mem 	Falar do que tem no SUS			

Fonte: CALDAS, 2017.

Esses foram os principais pontos de base para o conteúdo da TE. No entanto, a partir da análise das falas e da discussão embasada na literatura pré-existente, a pesquisadora identificou alguns pontos relevantes, para além dos sugeridos pelos participantes, que contribuiriam na Tecnologia, entre eles estão: Conceituar e apresentar os serviços de planejamento reprodutivo; desmistificar mitos; estimular a procura de acompanhamento preconcepção mesmo quando não se tem dificuldade para engravidar e; abordar a paternidade responsável. Esses aspectos apresentam-se diluídos na tecnologia dentro dos tópicos elencados pelos participantes.

Com relação ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, a base do texto da TE são as publicações deste órgão. Assim, optou-se por centrar

a TE nos dois eixos de atuação do PR: Concepção e Contracepção, procurando fazer uma abordagem com foco no acompanhamento continuado. E, diante da diversidade de métodos e meios para a concepção e contracepção existente, selecionou-se apenas os métodos disponíveis na rede SUS para serem abordados na TE, essa escolha também aumenta as chances de que os usuários interessados em algum método apresentado na TE o encontre nos serviços do SUS.

A escolha do formato da tecnologia foi realizada no terceiro encontro dos grupos focais através de votação por maioria simples. Foram apresentadas quatro opções de formato (Vídeo, aplicativo, jogo ou cartilha) e a possibilidade de outras sugestões, no entanto, não havendo sugestões apenas as quatro opções foram à votação. O Resultado foi: GF-ACS, contando com os 10 participantes no encontro –Cartilha (6 votos), Vídeo (2), Jogo (1), Aplicativo (1); GF-H, com 11 participantes neste encontro – Cartilha (10 votos), Vídeo (1), Jogo (0), Aplicativo (0); GF-M, com 12 participantes no encontro - Cartilha (9 votos), Vídeo (3), Jogo (0), Aplicativo (0).

Eu penso na cartilha porque como eu moro no interior, lá acesso a internet não tem ainda, então ia ficar ruim coisas que usem internet. Por isso eu penso na cartilha, mesmo porque o vídeo ia ser só no dia, mesmo estando no celular (GF-M5).

Cartilha mesmo, porque dá pra dar pra mais gente, tipo, independente da idade, da condição financeira, se tem ou não celular. Podem entregar aqui no posto mesmo, e mandar o pessoal pregar na geladeira, pra não esquecer (GF – M4).

É também acho que tem que ser uma cartilha, vai dá pra chegar em mais gente, principalmente aqui na nossa comunidade que tem lugares que não tem celular (GF-H6).

Pela nossa realidade, o melhor é a cartilha, até pra fazer o acompanhamento das pessoas, vai ajudar no nosso trabalho (GF-ACS3).

A escolha pelo formato de cartilha pelos participantes foi justificada de diversas formas, mas a principal foi a acessibilidade ao material, o fato de não depender de outras estruturas externas à TE para a sua disseminação foi um importante aspecto para a escolha.

As cores da cartilha

Falar sobre a escolha das cores da Cartilha é um aspecto relevante, pois é fruto das ideias levantadas pelos participantes e a partir das discussões realizadas no estudo. As cores escolhidas pela pesquisadora refletem a dis-

cursão de gênero que emergiu na análise dos dados, mas leva principalmente em consideração o ideário concreto dos padrões de gênero expostos pelos participantes.

Sendo assim, a cartilha está dividida em duas cores, as capas são azul (homem) e roxa (mulher), no entanto, o interior da cartilha com conteúdo para mulheres está com fundo azul e o interior da cartilha com conteúdo para homens está com fundo roxo.

Esta escolha das cores da capa se deu a partir das falas dos participantes que sinalizavam a necessidade do material chamar atenção de homens e mulheres. Assim, por mais que o ideal seja o fomento ao rompimento dos estereótipos de gênero, é precioso partir da realidade concreta. Neste sentido, para garantir que mais homens e mulheres se interessem a ler a cartilha produzida, optou-se por seguir o estereótipo vigente a fim de atrair mais leitores. Já no esquema de cores do fundo do conteúdo da cartilha tentou-se, minimamente, desconstruir os padrões de cor de gênero.

Considerações dos Participantes sobre a Cartilha

No último encontro dos GF os participantes da pesquisa foram convidados à tecer considerações a respeito da cartilha construída pela pesquisadora a partir dos apontamento dos grupos. Neste momento, indagou-se os participantes sobre o que eles achavam do material sob três aspectos: apresentação (cores, imagens e ilustrações); conteúdo (entendimento do texto, pertinência do conteúdo) e; Aplicabilidades (as possibilidades de uso).

Dentro desses aspectos as falas dos participantes foram no sentido de elogiar o material produzido, enfatizando a satisfação de ver a concretização das discussões realizadas.

Nem dá pra acreditar que isso aqui é fruto do que a gente conversou. E vô te dizer doutora, eu confesso que não botei muita fé que ia acontecer não, nunca tinha visto isso antes (GF-H3).

Nossa, que legal que ficou. Quando tiver sendo distribuído por ai eu vou falar: ei, eu ajudei a fazer isso ai, lê com carinho! [risos] (GF-M5).

Eu passei um tempão pensando como ia ficar essa presepada, olha, num é que ficou bonito, dá até pra mandar pro ministério (GF-ACS3).

Percebeu-se nas falas a satisfação dos participantes diante do material produzido, não só em relação ao que se refere à cartilha, mas ao processo de construção. O fato de se sentirem parte do processo destoa das expe-

riências anteriores no serviço de saúde, causando até incredulidade. Segundo Nietsche, Teixeira e Medeiros (2017), quando se envolve a comunidade, ou atores interessados, na construção de uma TE cria-se condições para que vozes, que muitas vezes são silenciadas, sejam ouvidas.

No que se refere à apresentação, os participantes ressaltaram:

Eu acho que as cores tão boas, tá bem chamativo. Dá pra ver logo por onde o homem tem que começar e por onde a mulher começa. Gostei também dos bonequinhos (GF-ACS9).

Essa mulher aqui na frente parece até comigo [risos]. Tá linda [risos]. E foi uma ótima ideia essa de virar no meio, nunca tinha visto um negócio desse (GF-M3).

Acho que ficou bom, foi bom colocar as figura dos métodos, assim quem nunca viu vai conhecer podia ser maior, mas acho que não ia dá né?! Eu acho que desse jeito aqui os homens vão ler (GF-H2).

As falas com relação a apresentação da cartilha revelaram satisfação na escolha das cores e ilustrações, a única ponderação neste aspecto foi de H2 com a proposta de aumentar o tamanho das imagens, os outros participantes referiram achar o tamanho adequado. É importante se ater à aparência do material já que por diversas vezes é esta aparência que leva o público à leitura (LADEIRO, PERES, MARTINS, 2017).

Quanto ao conteúdo, os participantes relataram estar adequado e compreensível. No entanto, durante a leitura realizada nos grupos focais a pesquisadora identificou algumas palavras que pareciam de pouco entendimento ou de difícil leitura (glúteo, irreversível). Essas palavras foram alteradas na versão final da cartilha. Com relação à pertinência dos conteúdos os participantes demonstraram-se satisfeitos.

Ah! Acho que ta bom, acho que tem boa parte das coisas que a gente falou (GF-H7).

Olha doutora, eu acho que tá bom sim, tem tudo o que eles precisam saber pra começar, tá bom sim! (GF-ACS2).

Parece ter tudo que a gente falou que tinha que ter, os métodos... parece tá tudo aqui, do que eu lembro sim, pelo menos tudo que era importante (GF-M5).

Sobre a aplicabilidade da cartilha os participantes estavam efusivos em começar a divulgação. Destacaram os diversos lugares que poderia ser utilizada e que traria benefícios ao serviço.

Essa cartilha vai ser muito boa aqui pra nossa comunidade, vai dá pra entregar aqui no posto ou nas nossas visitas, aí a gente explica direitinho e serve de convite pra vir pro posto começar o planejamento. Vou até dizer pra enfermeira se preparar que vai dá até homem no programa (GF-ACS6).

Ah, a gente tem que fazer uma grande reunião pra apresentar pro pessoal, tipo um evento lá na quadra da igreja, posso falar com o padre, aí agente chama todo mundo, vai ser muito legal (GF-H8).

Eu acho que tinha que passar nas escolas com essa cartilha, levar para as adolescentes, entregar para os pais também, dá pra usar muito lá na escola (GF-M9).

Diante das falas enfáticas sobre as possibilidades da cartilha a pesquisadora ressaltou que, como já havia mencionado no início das atividades, o produto construído ali ainda iria passar por um processo de validação para que pudesse ser distribuído. Para Nietsche, Teixeira e Medeiros (2017), a validação de TE é elementar para conferir mais eficiência ao produto, buscando garantir a máxima qualidade ao que é disseminado ao público.

A Cartilha

A cartilha tem um total de 20 páginas, sendo 9 para homens, 10 para mulheres e uma destinada às informações autorais. Trata-se de uma brochura de página dupla, colorida, onde um lado é voltado aos homens e o inverso às mulheres (Figura I).

Optou-se por usar personagens para apresentar o conteúdo, sendo criado um boneco masculino, denominado "Planejado", para direcionar a leitura do conteúdo destinado aos homens, e uma boneca feminina, denominada "Planejada", que conduz a leitura do conteúdo destinado às mulheres.

A cartilha é composta por conteúdos textuais e ilustrativos. Os textos apresentam-se em fontes *Kristen ITC*, *Maiandra GD* e *Times New Roman*, variando no tamanho da fonte. As ilustrações são compostas por imagens e desenhos que fazem alusão às informações apresentadas nos textos, a policromia é utilizada para destacar informações.

Ao final do conteúdo destinado aos homens, o leitor é convidado para também realizar a leitura do conteúdo destinado às mulheres. O mesmo ocorre ao

final da leitura do conteúdo para mulheres. Nestes momentos, os leitores são conduzidos pelos personagens à inverter cartilha para ter acesso ao outro conteúdo.

Abaixo, a figura I apresenta as capas da Tecnologia:

Figura I: Capas da Cartilha.



Fonte: CALDAS, 2017

link de acesso:https://paginas.uepa.br/ppgenf/files/pdfs/Dissertao_Samantha_Caldas.pdf

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre o principal objetivo do estudo "Construir uma tecnologia educacional sobre planejamento reprodutivo para homens e mulheres a partir dos apontamentos dos usuários dos serviços e Agentes Comunitários de Saúde", considera-se:

- A Tecnologia Educacional foi construída tendo como base os apontamentos dos participantes e a análise das falas feita pela pesquisadora.
- A Tecnologia construída é uma Cartilha que abarca informações sobre Planejamento Reprodutivo para homens e mulheres apresentando um formato que proporciona abordagens diferentes para os dois gêneros.
- Espera-se que a Cartilha, após o processo de validação, possa servir de mediadora ao processo de captação e educação em saúde para os serviços de planejamento reprodutivo, tendo aplicabilidade em diversas frentes de atuação como: visita domiciliar, atividades em escola, práticas nas unidades de saúde.
- O desenvolvimento deste estudo foi uma experiência valorosa e fomenta a realização de mais pesquisas sobre planejamento reprodutivo envolvendo homens e mulheres, bem como a discussão dos reflexos da disseminação de informações atrelada ao acompanhamento sistemático para a permanência no serviço.

ASSUNÇÃO, A.P.F. et al. Práticas E Tecnologias Educacionais No Cotidiano De Enfermeiras Da Estratégia Saúde Da Família. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**,v.7, n.11, p.6329-35, 2013. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/12276/14927 Acesso em: 16 de Abril de 2019.

BACKES, D.S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo Da Saúde**, v.35, n.4, p.438-442, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf > Acesso em: 10 de Abril de 2019.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 2. ed. São Paulo: Ed. 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica – n°. 26:** Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, I^a. ed., I^a. Reimpr. 2013.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L.C.; Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.21, n.1, p.177-84, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a20v21n1.pdf >. Acesso em: 16 de Junho de 2019.

COSTA, S.M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.7, p.2147-2156, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/30.pdf>. Acesso em: 14 de Junho de 2019.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 10. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo populacional dos municípios brasileiros. 2016. In: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2016. Disponível em: http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 Maio 2019

LANDEIRO, M.J.S; PERES, H.H.C.; MARTINS, T.V. Construção e avaliação de tecnologia educacional interativa para familiares cuidadores sobre cuidar de pessoas dependentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.19, p. 13-19, 2017. Disponível em: https://www.revistas.ufg.br/fen/article/download/38115/23009>. Acesso em: 16 Maio 2019.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2013.

NIETSCHE, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. (Org.). **Tecnologias cuidati-vo-educacionais**: uma possibilidade para o empoderamentodo(a) enfermeiro(a)? I^a ed. I^a reimpr. Porto Alegre: Moriá, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. [S.I.]: 2009. Disponível em: http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf>. Acesso em: 15 Maio 2019

ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Revista Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf - Acesso em: 16 de Junho de 2019.

SANTOS,J.C.; FREITAS P.M. Family planningundertheviewofdevelopment. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p. 1813-1820, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=\$1413-81232011000300017. Acesso em: 16 de Junho de 2019.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.4, p. 598, 2010. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a01.pdf>. Acesso em: 05 Maio 2019.

255

PERFIL SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA QUE DESEJAM GESTAR

Jhennifer Pereira Rodrigues⁽¹⁾, Letícia de Santana Chaves⁽¹⁾, Bruna Alessandra da Silva Panarra⁽²⁾, Rubenilson Caldas Valois⁽³⁾. ¹

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil sócio, econômico e clínico de mulheres que vivem com HIV atendidas em uma Unidade de Referência a pessoas que vivem com HIV em Belém-PA. Metodologia: pesquisa qualitativa realizada em uma Unidade de Referência em Doenças Infecciosas e Parasitarias Especiais de Belém-PA, no período de junho a julho de 2018, com 13 mulheres vivendo com HIV que tem o desejo de gestar. Para analise dos dados utilizou-se analise de conteúdo de Bardin. Resultados: emergindo três categorias: Adesão ao tratamento antirretroviral; Pré-natal e Gestação a importância do diagnostico; A descoberta a partir da morte do parceiro. Conclusão: Torna-se necessário que o profissional de saúde utilize uma abordagem e ferramentas adequadas para mediar os cuidados e orientações, de acordo com a realidade que a mulher esta inserida.

Descritores: Saúde da mulher, HIV, Gravidez de alto risco.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.255-266

^{1 (1)} Enfermeira, Universidade do Estado do Pará. Membro do Grupo de Pesquisa PESCA.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará. Especialista em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade da Amazônia. Membro do Grupo de Pesquisa PESCA.

³ Enfermeiro. Doutor em Doenças Tropicais. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem e Mestrado em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa PESCA.

SOCIOECONOMIC PROFILE AND CLINICAL PROFILE OF HIV-POSITIVE WOMEN TREATED AT A REFERENCE UNIT WHO WISH TO BECOME PREGNANT

ABSTRACT

Aim: To identify the socioeconomic and clinical profile of women living with HIV treated in a Reference Unit for people living with HIV in Belém-PA. Methodology: qualitative research carried out in a Reference Unit on Infectious and Special Parasitic Diseases of Belém-PA, from June to July 2018, with 13 women living with HIV who have the desire to gestate. Bardin content analysis was used to analyze the data. Results: three categories emerged: adherence to antiretroviral treatment; Prenatal and Pregnancy the importance of diagnosis; The discovery from the death of the partner. Conclusion: It is necessary that the health professional use an appropriate approach and tools to mediate care and guidance, according to the reality that the woman is inserted.

Descriptors: Women's health, HIV, High risk pregnancy.

INTRODUÇÃO

Em 2015 cerca de 18,6 milhões de mulheres estavam vivendo com HIV no mundo, sendo que I milhão foram infectadas recentemente e 470.000 morreram por doenças relacionadas à AIDS. Já no Brasil, de 2007 a junho de 2016 foram notificados 136.945 casos de infecção pelo HIV, onde 6.868 (6,3%) foram na Região Norte. Do total de casos notificados no Brasil, 44.766 casos foram em mulheres. Desse total de mulheres a faixa etária de 20 a 24 anos é a que concentra a maior parte das mulheres grávidas com HIV (28,6%) (UNAIDS, 2017; BRASIL, 2016).

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde divulgado em 2016, durante os anos de 2007 a 2016 no Brasil observou-se que a faixa etária mais acometida com a infecção se deu entre 20 a 34 anos. No ano de 2015, 96,4% de mulheres vivendo com HIV, contraíram o vírus por relações heterossexuais. A confiança no marido e a dificuldade de negociar práticas mais seguras levam a comportamentos sexuais de risco principalmente entre mulheres de baixa renda, mostrando a necessidade de aconselhamento e apoio para que elas possam discutir e decidir sobre aspectos de sua sexualidade e planejamento (BRASIL, 2016).

Segundo Moura (2012), as mulheres com HIV são em sua maioria mulheres em idade reprodutiva com baixos níveis de renda e escolaridade, que ao contrair o vírus podem promover um aumento de casos de crianças HIV positiva por intermédio da transmissão vertical.

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2016, foram notificadas 99.804 gestantes HIV positivas, destas 7,4% foram do Norte do país. Nos últimos 10 anos essa taxa veio aumentando alcançando 28,6% em 2015, sendo que a Região Norte foi uma das quais mais se elevou, passando de 1,2 casos/mil nascidos vivos em 2006 para 2,9 em 2015 (BRASIL, 2016).

Para Cartaxo (2013) o processo gestacional tende a ser uma experiência baseada em medos, trazendo tensão e insegurança, tanto em relação à transmissão do HIV quanto à utilização das medicações, temendo dessa maneira pelo sofrimento do filho em relação a todos os fatores estressantes aliados à infecção pelo HIV. Estar grávida na vigência do HIV/AIDS além das ambivalências sentimentais, a mulher terá que se reconhecer como mãe e estar ciente de todas as consequências e riscos que essa condição trás consigo.

O estigma ainda continua muito presente na vida das mulheres que vivem com HIV e afeta de maneira incisiva suas relações familiares, afetivas e sociais, atuando principalmente sobre a sua percepção de identidade. Levando-a também a sofrer o preconceito em relação a si mesmo e a autopunição

que a priva do direito de ter uma vida sexualmente ativa saudável, e de ser mãe da forma mais segura (MOURA, 2012; CARTAXO, 2013).

Moura (2012) enfatiza ainda que é importante os profissionais de enfermagem estejam preparados e humanizados para atender essas mulheres, pois eles podem se deparar com as mesmas em um momento de carência, abandono por parte de seus parceiros e rejeitadas socialmente. É por isso, que a assistência de enfermagem deve atender as necessidades biopsicossociais e considerar todos os elementos que implicam na vida de uma mulher que vive com HIV. Além de abordar o medo dessa mulher em relação à contaminação para outras pessoas da família, o isolamento, o sentimento de culpa, o conflito mental e as questões reprodutivas, conferindo assim uma assistência de qualidade à mesma.

Diante do exposto, e com a finalidade de proporcionar uma melhor assistência à mulher, respeitando as escolhas e seus direitos reprodutivos e sexuais o objetivo do presente estudo foi identificar o identificar o perfil sócio, econômico e clínico de mulheres que vivem com HIV atendidas em uma Unidade de Referência à pessoas que vivem com HIV em Belém-PA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em uma Unidade de Referência em Belém-Pa, especializada no atendimento às pessoas que vivem com HIV. Participaram 13 mulheres vivendo com HIV em idade reprodutiva e devidamente matriculadas na Unidade.

Sendo interrompida a pesquisa após identificação da saturação teórica, na qual se interrompe a pesquisa quando constatada que elementos novos para subsidiar a teorização almejada não são mais encontrados no campo de observação (PIRES, 2008).

Os critérios de seleção foram: mulheres que vivem com HIV, com idade mínima de 18 anos sem limite de idade superior, desde que estivessem em período reprodutivo, que não tenham passado por métodos de esterilização e que desejassem gestar.

Foram excluídas do estudo mulheres que optassem em ser mãe por outros métodos não naturais, fora da idade reprodutiva, atendidas fora do período da coleta de dados, que não estejam fazendo o acompanhamento regularmente na instituição e que desejem realizar a entrevista fora do local de pesquisa.

A coleta ocorreu de junho a julho de 2018 em duas etapas. A primeira etapa consistiu na abordagem da mulher convidando-a a participar da pesquisa. Na segunda etapa, após o aceite, as pesquisadoras conduziram as

participantes para um local reservado, onde apresentaram os objetivos da pesquisa e houve assinatura do Termo de consentimento Livre e esclarecido. Em seguida foi realizada a coleta das informações adquiridas por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado contendo perguntas abertas relacionadas ao tema.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em sala reservada com a presença apenas da participante e das pesquisadoras. Para manter o anonimato as mulheres foram codificadas em forma crescente (M1, M2...)

Os dados colhidos foram analisados a partir dos relatos das participantes, por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Caracterizada por três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2016).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará. Aprovado sob o numero 2.686.067 De acordo com os preceitos éticos preconizados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 13 mulheres vivendo com HIV, com idade entre 21 a 44 anos, com média de 30,5 anos, eram em sua maioria de religião evangélica. Quanto ao grau de escolaridade todas afirmaram ter estudado, mas a maioria referiu ter cursado o ensino fundamental incompleto. Em relação à ocupação/ profissão a maioria não tinha vínculo empregatício formal, se auto referiam como do lar, seguindo de outras ocupações como autônomas e domésticas.

Quanto à renda familiar cinco mulheres referiram receber benefícios sociais do governo, e cinco dentre as pesquisadas tinham renda de até um salário mínimo; e três informaram não saber de quanto era a renda familiar uma vez que esta não era fixa. Em relação ao estado civil predominou entre elas as que se diziam solteiras com total de sete, em seguida das casadas que foram quatro, e duas em uniões estáveis. A maior parte informou residir com duas a três pessoas. Quanto à procedência as mulheres eram predominantemente do interior do Estado.

Em relação ao perfil clínico cinco mulheres relataram descobrir o diagnóstico após a morte do parceiro, três durante a gestação no pré-natal, três após o adoecimento por alguma doença oportunista, e outras duas em teste rápido oferecidas em campanhas de saúde. Quanto ao tempo de diagnóstico, variou entre 3 meses a 12 anos, sendo mais prevalentes as tinham o diagnóstico de 5 a 10 anos.

Quando questionadas sobre o uso da medicação antirretroviral, apenas uma não estava fazendo uso. A maioria referiu já ter abandonado o tratamento em algum momento. Quanto aos motivos que levaram ao abandono, quatro disseram dificuldade na adesão ao tratamento, como a, dificuldade no acesso à unidade e efeitos colaterais, três por não aceitação e negação do diagnóstico. Quanto ao tempo de abandono do tratamento variou de semanas a 5 anos, onde a maioria relatou não usar durante 4 meses.

A maioria das mulheres disse ter um parceiro fixo. Quanto a gestação doze mulheres referiram ter filhos ou ter engravidado pelo menos uma vez. Destas sete já tinham o diagnóstico de HIV, e apenas uma relatou não realizar profilaxia para transmissão vertical.

Com base na leitura e organização do conteúdo das entrevistas, foram construídos três eixos centrais, apresentados a seguir:

Terapia antirretroviral e adesão ao tratamento

Neste eixo foi evidenciado pela fala das participantes as dificuldades e fatores que contribuem para a não adesão à terapia medicamentosa. Ficando evidente que a não adesão e multifatorial como as dificuldades no acesso a unidade, reações dos medicamentos, não aceitação do diagnóstico e a depressão.

"Já (abandono do tratamento), muitas vezes. A gente num é apta assim com negócio de medicamento né, ai se torna-se um pouco difícil. Só que aí vem as doenças, vem a baixa resistência, ai a gente adoece" (M1).

"Eu abandonei logo no inicio que eu descobrir ai quando foi com 6 meses veio a recaída. De 2013 pra cá que eu comecei a fazer o tratamento, eu parei devido eu entrar em depressão, eu não queria aceitar a doença porque eu achava que eu não tinha, porque eu me achava forte" (M9).

"Já parei porque eu não tinha tempo de vim aqui, porque eu trabalhava e não tinha como eu vim, e não tinha como falar foi questão de quase um ano, complicou toda minha saúde" (M7).

"Sim, por pouco tempo, período de semanas. Porque eu passava muito mal, me dava muita reação, não levantava da cama, vomitava muito" (M8).

A descoberta a partir da morte do parceiro

Uma das principais formas de aquisição do HIV é pela exposição sexual. As infecções femininas registradas são predominantemente pela via sexual e por relações heterossexuais. Evidenciado neste eixo a descoberta da infecção pelo HIV pelas mulheres através da morte de seus parceiros. Podendose inferir que essas mulheres não se veem suscetíveis á infecção, devido ao

relacionamento estável o que pode estar contribuindo para a heterossexualização da epidemia.

"Foi quando o rapaz morreu que era o meu namorado, meu ex-namorado, ele morreu. Tinha comentários que ele tinha o HIV, ai eu fui procurar fazer exame, ai constou que eu tinha" (M8).

"Eu descobrir através, porque meu parceiro ele adquiriu. Nossa foi assim um momentos trágico, comecei a sentir algumas coisas" (M4).

"Através do meu ex-marido, ele morreu, ai fizeram o exame, ai atestou nele, ai eu fiz pra verificar" (MII).

"Eu não suspeitava porque eu tava num relacionamento de 9 anos, e nunca tive outra pessoa, eu só tive 3 homens na minha vida, eu não tinha o costume de ficar com outras pessoas" (M3).

Pré-natal e gestação: importância no diagnóstico

Neste eixo foi evidenciada a descoberta da infecção pelo HIV no período gestacional, reforçando a importância da realização dos testes e exames no pré-natal, para evitar uma possível transmissão vertical para a criança além de evitar exposição a outras doenças, uma vez que, o sistema imunológico sofre mudanças na gestação, principalmente na vigência do HIV.

"Eu tava grávida de 4 meses, fiz os exames de sangue, foi que nesse exame era para eu ver se tava grávida, foi que ela disse que eu tinha uma notícia boa e uma ruim" (M6).

"Foi na minha gravidez eu fiz os exames" (M12).

"Foi através do teste rápido da segunda gestação, com 15 anos" (M1).

"Engravidei, ai eu dei entrada no pré- natal, fiz o exame e deu positivo que eu tava com o vírus" (M9).

DISCUSSÃO

O perfil socioeconômico referente à faixa etária do estudo mostrou variações entre 21 a 44 anos de mulheres vivendo com HIV, corroborando com os dados encontrados por Teixeira (2012) em um estudo com mulheres que vivem com HIV em Porto Alegre - RS que variou de 21 a 42 anos. Os dados também são semelhantes com os achados obtidos por Gonçalves (2013) em uma pesquisa realizada em Fortaleza- CE, que foi de 19 a 38.

Os dados demostram que a faixa etária das mulheres atendidas na UREDIPE-PA acompanha a evolução da população atingida pela doença no Brasil. Segundo Brasil (2017), as maiores taxas de casos de HIV, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM) estão concentra-

dos entre as mulheres nas faixas etárias de 20 a 44 anos de idade, de acordo com o intervalo de idades encontradas neste estudo.

A escolaridade também é uma das variáveis que são utilizadas como marcadores do perfil social das pessoas que vivem com HIV, nesse estudo a maioria das mulheres tinham cursado até o ensino fundamental incompleto. Esta diminuição do grau de escolaridade tem sido amplamente utilizada para ratificar a pauperização da epidemia, como uma das características marcantes da infecção pelo HIV, uma vez que diversos pesquisadores encontraram baixo grau de instrução nas suas pesquisas (NASCIMENTO, 2013; LIÉGIO, 2014; PAES, 2017). Tais achados reforçam assim o perfil encontrado durante o estudo.

Em relação à ocupação/profissão das participantes a maioria se auto referiram como sendo do lar, e outras desenvolviam atividades de baixa qualificação e remuneração, condizente aos estudos desenvolvidos no Piauí (10), no município de Fortaleza-CE e Teresina-PI (GONÇALVES, 2013; DIAS, 2015).

O perfil epidemiológico dos pacientes com HIV sofreu grandes mudanças, que no começo da epidemia estava mais restrita as classes mais elitizadas, atualmente, percebe-se uma maior incidência de casos de HIV em populações mais pobres economicamente e em um contexto de fatores estruturais de risco, bem como de escassez de recursos (VIEIRA, 2014).

No grupo de mulheres estudadas por Dias (2015) e Abreu (2016) foi observado que a maioria referiu serem solteiras, dados esses, compatíveis em Tersina - PI e Caxias - MA respectivamente. Constataram por tanto, que a maioria correspondia à mulheres legalmente solteiras. Ao contrário do estudo de Garbin (2012) realizado em Araçatuba-SP onde há maior frequência de pessoas casadas.

No entanto é importante lembrar que a maioria das mulheres identificadas como solteiras informaram ter um parceiro fixo, vivendo em coabitação com o mesmo. A principal forma de infecção pelo HIV encontrada foi a via sexual, dado condizente com a realidade nacional, onde a exposição sexual desprotegida e a forma de transmissão predominante entre as mulheres com prevalência expressiva nas relações heterossexuais (BRASIL,2017).

Segundo Henrich (2015), a relação de submissão e a construção histórica do papel da mulher em sociedade dificultam a negociação do uso de preservativo, principalmente em relações estáveis e duradouras, fazendo com que a mulher não perceba isso como comportamento de risco, associando sempre o HIV como algo distante, uma doença relacionada a relações extraconjugais.

A maioria das mulheres vivendo com HIV encontram-se em idade reprodutiva, onde o diagnóstico precoce do estado sorológico para o HIV tor-

na possível a adoção de medidas que reduzem substancialmente o risco de transmissão vertical do vírus. O teste de HIV deve ser ofertado para todas as gestantes na primeira consulta ou primeiro trimestre de gestação, na 32ª semana de gestação e no momento do parto (SÃO PAULO, 2017). Tornando-se imprescindível a realização de um pré-natal de qualidade, uma vez que muitas mulheres tem a oportunidade, senão a única, de diagnóstico o mais precoce possível.

Nesse estudo observou-se que os usos das drogas antirretrovirais se faz necessárias para quase todas as participantes, uma vez que doze delas estavam fazendo uso da medicação no momento do estudo, dados que se assemelham aos encontrados em São Paulo onde a terapêutica antirretroviral era necessária para praticamente toda a população estudada (95%) (FÉLIX, 2012).

Porém o abandono do tratamento foi relatado por oito participantes, ressaltando as dificuldades encontradas na adesão ao tratamento. Esse achado diverge do estudo em João Pessoa – PB, onde para a maioria dos participantes (60%), não houve dificuldade em aceitar o tratamento antirretroviral, mesmo tendo que passar pelos infortúnios dos efeitos colaterais (DANTAS, 2012).

CONCLUSÃO

Baseado nos resultados dessa pesquisa pode-se inferir, que as mulheres que vivem com HIV atendidas em uma Unidade de Referência de Belém- PA são de adultos jovens, solteiras, com baixo grau de escolaridade, sem vínculo empregatício formal, exercendo ocupação de baixa qualificação e remuneração. Com a maior parte delas procedentes do interior, confirmando o perfil da unidade, que apesar de ser referencia no estado e ficar localizada na capital, atende prioritariamente pacientes do interior e da região metropolitana. A maior parte possui parceiro fixo e estavam em uso da medicação antirretroviral, com a maioria referindo já ter abandonado o tratamento em algum momento, por múltiplos fatores como as dificuldades no acesso a unidade, reações dos medicamentos, não aceitação do diagnóstico e a depressão.

Verifica-se que a maioria das mulheres encontra-se em idade reprodutiva, referiu ter filhos ou ter engravidado pelo menos uma vez, e entre estas sete já tinham ou descobriram o diagnóstico nos exames pré-natais. É importante destacar o papel do enfermeiro como profissional que atende a mulher no pré-natal de maneira direta, oferecendo uma assistência de qualidade, com abordagem adequada, orientando de maneira simples e objetiva. Salienta-se a importância da realização dos testes no período gestacional, para que se possa evitar a transmissão vertical e as complicações de um diagnóstico tardio.

Destaca-se também que outra parcela expressiva de mulheres descobriu o diagnóstico após a morte do parceiro, pode-se perceber que a maioria estava em relações estáveis, no qual não são adotadas comportamentos de prevenção, visto a relação de confiança estabelecido entre os parceiros.

O processo de orientação não se limita as campanhas de saúde, mas cabe a equipe multiprofissional, especialmente ao enfermeiro que atua na educação em saúde da população, sensibilizar esta que não existem mais grupos de risco para o HIV, que todos são vulneráveis.

Torna-se necessário que o profissional de saúde utilize uma abordagem e ferramentas adequadas para mediar os cuidados e orientações, de acordo com a realidade que a mulher esta inserida. Criando um vínculo entre profissional e usuária, garantindo o seguimento das orientações prestadas pelos profissionais.

REFERÊNCIAS

ABREU, S. R. et al . Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (hiv/aids), Caxias-MA. **R. Interd.** v.4, n.9, p. 132-141, 2016.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. ed. 70. Lisboa: 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. 2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 23 jul. 2017a.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS)/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Boletim Epidemiológico HIV/Aids do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). Brasília: MS, 2016.

CARTAXO, C.M.B.et.al. Gestantes Portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia**: v. 18, n.3, p.419-427, 2013.

DANTAS, G. E.et. al. Percepção das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS Frente ao Tratamento Antirretrovira. **Revista de Psicologia.** v. 17, n. 1, p. 48-64, 2012.

DIAS, S. R. et. al. Viver com HIV em Tempos de Feminização da AIDS. **Rev enferm UFPE**: on line, 2015.

FELIX, G.; CEOLIM, M.F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Rev Esc Enferm USP.** v.4, n.46, p. 884-91, 2012.

GARBIN, C.A. S. et. al. A Transmissão Vertical do HIV na Percepção de Mulheres Brasileiras. **Revista Odontológica de Araçatuba**. v. I, n. 33, p. 41-45, 2012.

GONÇALVES, V. F. et al. Mulheres soropositivas para o HIV: Compreensão, sentimentos e vivencia diante da maternidade . **Rev Bras Promoc Saude**. v.2, n. 26, p. 281-289, 2013.

HENRICH, G.; ARSELI KERN F.A questão de Gênero na Relação com a AIDS: a maternidade em foco. **Textos & Contextos**. v.2, n.14, p. 450-462, 2015.

LIÉGIO, M.M.E.; BORGES, M.D.; FREITAS, M.I.F. Entre o desejo, direito e medo de ser mãe após soropositividade para o HIV. **Enfermería Global.** N° 34 Abril 2014.

MOURA, E. R. F.; LIMA, D. M. C.; SILVA, R. M. Aspectos Sexuais e Perspectivas Reprodutivas de Mulherescom HIV/Aids, o que mudou com a Soropositividade. **Revista Cubana de Enfermería.**; v. 28,n. 1, p.37-48, 2012.

PAES, A. L.V. et.al. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV acompanhadas em um serviço de assistência especializada em Belém-PA. **Enfermería Global**. v.3, n.10, p.100-109, 2017.

PIRES, A.P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. Petrópolis: Vozes, 2008.

SÃO PAULO. Série: **Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS**, 2017.

TEIXEIRA, S. V. B.; SILVA, G. S.; SILVA, C. S. et al. Mulheres Soropositivas ao HIV: a decisão de engravidar. **R pesq cuid fundam online:** v. I, n. 5, p. 3159-67, 2013.

UNAIDS, Brasil. Disponível em: http://unaids.org.br. Acesso em: 23 jul. 2017.

VIEIRA, A. C. S.; ROCHA, M. S. G.; HEAD, J. F.; CASIMIRO, I. M. A. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **R. Katál.** v. 2, n. 17, p. 196-206, 2014.



REEMERGÊNCIA DO SARAMPO NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.

Aluísio Ferreira Celestino Júnior¹, Larissa Ribeiro de Souza², Neiva Maria dos Santos Soares², Bruna Larissa Pinto Rodrigues², Alessandra da Silva Pantoja².

RESUMO

Objetivo Apresentar as principais produções científicas acerca dos aspectos relacionados ao sarampo e sua reemergência no Brasil. Métodos: Tratase de estudo de revisão integrativa da literatura sobre a temática que envolve o sarampo em artigos publicados no período de Janeiro de 2014 a Agosto de 2019 na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando as bases de dado MEDLI-NE e LILACS, tendo como descritores: Sarampo, Epidemiologia e Vigilância à Saúde. Resultados: Através da busca nas bases de dados estabelecidas, obteve-se um total de 26 estudos que após refinamento pelos critérios de elegibilidade, resultou em dez artigos originais e de revisão nas duas bases de dados pesquisadas. Conclusão: O cenário de sarampo no Brasil ainda é considerado bastante preocupante. Embora fluxos migratórios tenham sido importantes e coerentes e com a importação de casos e surtos esporádicos, a situação em território nacional já é considerada de reemergência da doença. Pela produção científica recente aqui apresentada, destaca-se a baixa cobertura vacinal da população como elemento fundamental para que este quadro tenha se modificado desfavoravelmente no país.

Palavras-chave: Sarampo, epidemiologia, vigilância à saúde.

¹ Doutor em agentes infecciosos e parasitários, docente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará

² Discentes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará.

MEASLES REEMERGENCE IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW.

ABSTRACT

Objective: presented as the main scientific productions on aspects related to measles and its reemergence in Brazil. Methods: This is an integrative literature review on measles in articles published from 2014 to August 2019 in the Biblioteca Virtual em Saúde using MEDLINE and LILACS as the following descriptors: Measles, Epidemiology and Health Surveillance. Results: Through searching the registered databases, registering a total of 26 studies that were refined by the eligibility criteria, resulted in ten original articles and a review in both databases searched. Conclusion: The measles scenario in Brazil is still considered quite worrying. Although migratory transfers were important and consistent and with the importation of sporadic cases and outbreaks, a situation in the national territory is already considered reemergence of the disease. By the most recent scientific production here, reduce the population's vaccination coverage as a fundamental element for the situation that has been unfavorably changed in the country.

Keywords: Measles, epidemiology, health friction.



INTRODUÇÃO

O sarampo é uma doença infecciosa altamente contagiosa causada por um vírus de RNA de sentido negativo de fita simples, com um genoma de cerca de 16 kb pertencente ao gênero *Morbillivirus* da família *Paramyxoviridae*. Sua propagação se dá através de gotículas dispersas no ambiente por tosse e espirro de pessoas infectadas. Essa contaminação ocorre entre seis e quatro dias após o início do exantema que favorece a transmissão do vírus, antes mesmo de ser diagnosticada a doença, podendo, assim, gerar uma grande disseminação do vírus (PEREIRA et al., 2019).

Os sintomas iniciais são reconhecidos como febre alta, tosse, coriza, conjuntivite e mal-estar. No decorrer da doença há o aparecimento de exantema macular ou maculopapular generalizado, podendo se agravar para um quadro respiratório, cerebral e, eventualmente, óbito. A doença também pode evoluir com redução dos sintomas e cura espontânea (XAVIER et al., 2019).

Não há tratamento específico para o sarampo, sendo a vacina a única forma de evitar e controlar a doença. Quando diagnosticada, devem ser administradas duas doses de vitamina A no mesmo momento e a partir do dia seguinte fazer uso de uma dose diariamente sendo prioritárias nas crianças. Em qualquer situação deve ser mantida hidratação e alimentação adequadas (BRANCO, MORGADO, 2019).

Essa patologia é considerada um problema de saúde pública mundial, principalmente na Europa e África onde registraram o maior número de casos da doença nos últimos anos. Em 2015, foi causa de 134.200 mortes no mundo (GOLDANI, 2018).

No Brasil, o contexto não foi muito distinto. No mesmo ano, ocorreu um surto no Ceará com 211 casos. Já em 2016, o Brasil recebeu da Organização Pan-Americana de Saúde o certificado de eliminação de doenças em seu território (BRASIL, 2019).

Entretanto, em decorrência de casos importados isoladamente ou em decorrência da imigração de indivíduos de países vizinhos dentre os quais os venezuelanos que, em 2018, enfrentaram constantes surtos em seu território, foram comprovados casos de sarampo em Roraima e Amazonas e, posteriormente, em outros estados brasileiros, contabilizando 527 casos no mesmo ano perdendo assim a certificação de país livre do sarampo (MACEDO et al., 2019; BRASIL, 2019).

Em fevereiro de 2019 foi registrado um surto em tripulação marítima na costa brasileira. Em março outro surto atingiu um grupo de universitários sendo notificados 967 casos confirmados e 2.658 em investigação até 31 de agosto no estado de São Paulo (BRASIL, 2019).

Tais surtos representam uma dinâmica nova da doença e ao atingir estados populosos e com grande fluxo migratório no contexto interno do país, os riscos são potencializados para todo o território brasileiro. Ao considerar eventos com mobilização interna de grande número de pessoas como os eventos esportivos, de entretenimento, religiosos, esse risco não pode ser desconsiderado como preocupante (NALI, 2016).

A partir da abrangência da doença apresentada e sua dinâmica no território nacional, o presente estudo tem como objetivo relatar as principais contribuições científicas sobre a reemergência do sarampo no Brasil nos últimos anos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura orientado pelas seguintes etapas metdológicas: I) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios de elegibilidade; 3) Identificação dos estudos pré-selecionados; 4) seleção dos estudo definitivos; 5) Categorização dos estudos selecionados; 6) Análise dos resultados; 7) Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento sobre o tema.

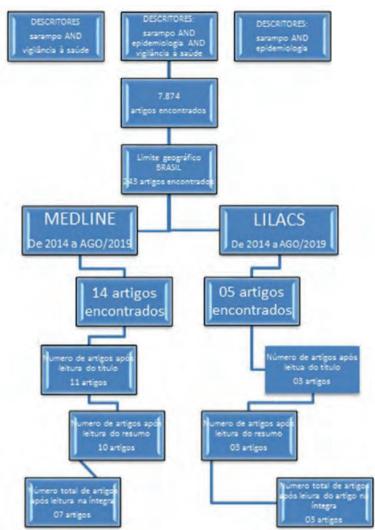
O Tema de estudo definido foi o sarampo. As questões de pesquisa foram: Qual a dinâmica epidemiológica relacionada a esta infecção que influencia sua reemergência nos últimos anos?

Os critérios de inclusão deste estudo foram: artigos originais e de revisão publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através das bases de dados: MEDLINE e LILACS; publicações disponíveis em língua portuguesa e inglesa tendo como limite geográfico o Brasil; trabalhos publicados no período compreendido entre 2014 e Agosto de 2019; os descritores utilizados para as pesquisas foram: sarampo, epidemiologia, vigilância à saúde utilizando o operador boleano AND. Este mesmo operador (AND) foi utilizado conjugando os descritores "sarampo" e "epidemiologia" e "sarampo" e "vigilância à saúde". Os critérios de exclusão foram: artigos de relato de caso, dissertações, teses, além de estudos que se repetiam entre as bases de dados pesquisadas.

RESULTADOS

Através da busca nas duas bases de dados estabelecidas e aplicandose todos os critérios de elegibilidade, obteve-se um total de dez estudos. Respeitando-se todos critérios de inclusão e exclusão, foi realizada leitura e análise detalhada das obras selecionadas que ficaram distribuídas de acordo com o que se observa na figura 1.

FIGURAI: Diagrama das etapas de revisão de literatura nas bases de dados LILACS e MEDLINE.



A seguir são apresentadas as principais obras produzidas no período de janeiro de 2014 a agosto de 2019 de acordo com os critérios de inclusão e exclusão adotados na pesquisa.

de acordo com autores, título, periódico, ano e objetivos do estudo.								
Autores, título, periódico e ano	Objetivo do estudo							
LEITE, Rogério et al. Measles Reemergence in Ceará, Northeast Brazil, 15 Years after Elimina- tion. Emerging Infectious Diseases, 2015.	Descrever a reemergência de sarampo nos municípios cearenses em período de 15 anos.							
JESUS, Hiane Santos; NASCIMENTO, Gilmara Lima; ROSA, Fabiano Marques; SANTOS, Deise Aparecida. Investigação de surto de sarampo no Estado do Pará na era da eliminação da doença no Brasil. Cad. Saúde Pública, 2015.	Descrever o surto de saram- po no estado do Pará no pe- ríodo de 2010.							
MENESES, Cátia Alexandra Ribeiro et al. Molecular characterisation of the emerging measles virus from Roraima state, Brazil, 2018. Mem Inst Oswaldo Cruz, 2019.	Descrever as características moleculares do vírus do sarampo proveniente de surto ifeccioso em Roraima.							
MOURA, Ana Débora Assis et al. Monitoramento Rápido de Vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015. Epidemiol. Serv. Saude, 2018.	Descrever os resultados do Monitoramento Rápido de Vacinação, para interromper o surto de sarampo no Cea- rá.							
SLADE, Tania A et al. Measles outbreak in an unvaccinated family and a possibly associated international traveler - Orange County, Florida 2012-January 2013, 2014.	Descrever a circulação de vírus importados em viajantes em grupo familiar de viajantes.							
GOLDANI, Luciano. C. Measles outbreak in Brazil, 2018. Braz J Infect Dis; 2018.	Descrever o surto de saram- po em estados brasileiros entre 2015 e 2018.							
NALI, Luiz Henrique da Silva, Potential measles transmission risk in mass gatherings: Are we safe for the Olympic games—Rio 2016? Journal of Travel Medicine, 2016.	Descrever risco de surto de sarampo em evento esporti- vo de massa.							
ROCHA, Hermano A.L., . Factors associated with non-vaccination against measles in northeastern Brazil: Clues about causes of the 2015 outbreak. 2015.	Descrição do surto de sarampo no nordeste brasileiro em 2015.							

Autores, título, periódico e ano	Objetivo do estudo			
VIEIRA JUNIOR, Antonio Otaviano; MARTINS,	Avaliar a série histórica			
Roberta Sauaia. Epidemia de sarampo e trabalho	de surtos de sarampo no			
escravo no Grão-Pará (1748-1778). R. bras. Est.	estado do Para entre 1748-			
Pop., 2015.	1778.			
MELLO, Jurema Nunes. Panorama atual do saram-	Descrever risco de surto			
po no mundo Risco de surtos nos grandes even-	de sarampo em evento de			
tos no Brasil. JBM, 2014.	massa			
LEMOS, Daniele Rocha Queiroz. Measles epidem-	Descrever o perfil epide-			
ic in Brazil in the post-elimination period: Coordi-	miológico do sarampo após o período conhecido como			
nated response and containment strategies, 2017.				
nated response and containment strategies, 2017.	de eliminação do vírus.			

DISCUSSÃO

Nas bases de dados pesquisadas observa-se que grande parte dos estudos descreve a dinâmica epidemiológica do Sarampo no Brasil, destacando surtos esporádicos em várias áreas do território nacional. Grande parte desses surtos descritos nos estudos mais recentes decorrem de casos importados e que na maioria das ações houve medidas de contenção adequadas, porém esse cenário teve modificações desfavoráveis em período mais recente (LEITE et al, 2015; JESUS et al, 2015).

A doença, no passado, teve impacto muito importante em termos de morbimortalidade em vários locais do território nacional (VIEIRA JÚNIOR; MARTINS, 2015). Entretanto, foi paulatinamente se tornando endêmica em período anterior aos anos 2000 e com forte tendência de queda no número de casos de morbidade e mortalidade.

Naquele ano, ou seja, 2000, a doença foi considerada eliminada no território nacional, mas a dinâmica da infecção no mundo, associada aos fenômenos migratórios em massa ou individuais foram sempre motivos de atenção. É o que ratifica o estudo de caracterização molecular apresentado por Meneses et al. (2018) quando avaliavam diferentes surtos ocorridos no Brasil entre 2013 e 2018. Este estudo demonstrou a importação de casos oriundos de diferentes continentes com repercussões locais, em geral, controladas.

A transmissibilidade do sarampo é muito elevada e o quadro epidemiológico desfavorável, pode ser potencializados por algumas situações como por exemplo a realização de eventos esportivos, musicais ou outros que reú-

nem pessoas de diversos lugares do mundo em espaços de grande concentração de pessoas. Essa, por exemplo, foi a preocupação que esteve pautada pelas autoridades da saúde brasileira durante os eventos esportivos como a Copa Mundial de Futebol e Jogos Panamericanos realizados no Brasil, entre outros eventos de porte menor, mas com a mesma importância para a epidemiologia (NALI, 2016).

Em relação ao sarampo, esta preocupação não seria menor, pois a taxa de cobertura vacinal nessas duas últimas décadas teve lacunas importantes em diversos países, incluindo o Brasil (ROCHA, 2015). Investir na cobertura vacinal diante desses surtos que poderão se prolongar é uma conduta imperiosa a ser implementada quando os riscos crescem (MOURA et al, 2018).

Apesar de ter recebido a certificação de eliminação da doença em 2000, a preocupação com importação de casos de sarampo sempre foi moitvo de atenção da vigilância em saúde por parte de autoridades brasileiras como também de outros países, notadamente quando a transmissibilidade pode ser potencializada pela maior circulação de pessoas como aquelas associadas a atividades de turismo (SLADE, 2013; MELLO et al, 2014).

Segundo Lemos et al. (2015), a média anual de notificações de sarampo no Brasil antes de 2000 era de 50 casos. No estudo desses autores, realizado com informações de 2001 a 2014, foi verificada uma ascensão importante do número de notificações da doença, elevando a média anual progressivamente até o patamar de 712 casos registrados em 2014.

Como já mencionado, o sarampo foi declarado eliminado do Brasil em 2000, mas nas Américas isso aconteceu somente em 2016. Entretanto, não somente o Brasil, mas diversos países do continente registraram casos da doença após esse período, tais como EUA, Canadá, Guatemala, México, Peru, Venezuela, Argentina e outros. A pobreza, conflitos internos e fenômenos climáticos contribuem para os fluxos migratórios internos e externos o que pode carrear neste fluxo, o vírus. Esse fenômeno ocorre atualmente de maneira aguda, por exemplo, na Venezuela e com repercussões no quadro epidemiológico do Brasil principalmente nos estados que têm fronteira com esse país, mas que se expandem para outras regiões brasileiras (GOLDANI, 2018).

Embora os dados epidemiológicos sejam produzidos pelos serviços de vigilância epidemiológica com boa regularidade no Brasil (BRASIL, 2019), a dinâmica do sarampo requer uma atenção bem maior no que ser refere a, investimentos maiores na cobertura vacinal. A circulação pós eliminação já é realidade em vários locais do país e quando verificada nas grandes metrópoles como se observa na capital paulista, tendem a ter disseminação exponencial caso essas medidas de controle não sejam intensificadas no curto prazo.

CONCLUSÃO

O cenário de sarampo no Brasil voltou a preocupar não somente as autoridades brasileiras, mas a população em geral. Em que pese o país ter recebido a certificação de eliminação da doença em 2000, a manutenção desse perfil, não foi mantida. Embora a argumentação acerca dos fenômenos migratórios seja coerente e considerada elemento relevante, a cobertura vacinal desta doença foi grandemente negligenciada e a principal razão de ter atualmente considerada reemergente e com desfechos não controlados até o presente estudo.

Pela produção científica recente aqui apresentada, verifica-se que há ainda uma lacuna importante na cobertura vacinal e que aponta que tal situação não pode ser considerada controlada e, assim, distante de uma certificacão de eliminação da doença como se faz necessário.

BRANCO, Victoria Gabarron Castello; MORGADO, Flávio Eduardo Frony. O Surto de Sarampo e a Situação Vacinal no Brasil. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, v. I, n. I, 2019.

BRASIL. Secretaria de vigilância a saúde. **Situação do Sarampo no Brasil – 2019.** Brasília, DF, 2019. setembro 2019. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/Informe-Sarampo-n36-24jan19aed.pdf.>

GOLDANI, Luciano. C. Measles outbreak in Brazil, 2018. **Braz J Infect Dis**; v. 22, n.5: 359-261, 2018.

JESUS, Hiane Santos; NASCIMENTO, Gilmara Lima; ROSA, Fabiano Marques; SANTOS, Deise Aparecida. Investigação de surto de sarampo no Estado do Pará na era da eliminação da doença no Brasi. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, n. 10, p. 2241-2246, out 2015.

LEITE, Rogério et al. Measles Reemergence in Ceará, Northeast Brazil, 15 Years after Elimination. **Emerging Infectious Diseases**, [s. l.], v. 1, n. 9, p. 1681-1683, 2015.

LEMOS, Daniele Rocha Queiroz. Measles epidemic in Brazil in the post-elimination period: Coordinated response and containment strategies **Vaccine**, v.35, n.23: 1721-28, 2017.

MACEDO, Jayrton Noleto; SOUSA JÚNIOR, Osvaldo Vanderley; BIAZUSS, Helen Mariel; PEREIRA, Bruno Gomes. Venezuelanos no brasil: direitos dos imigrantes e a saúde pública local. **Interfaces Científicas**. v.7,n.2. p73-82, 2019.

MELLO, Jurema Nunes. Panorama atual do sarampo no mundo Risco de surtos nos grandes eventos no Brasil. **JBM** , 2014. v.102, n.1. p.231-5, 2014.

MENESES, Cátia Alexandra Ribeiro *et al.* Molecular characterisation of the emerging measles virus from Roraima state, Brazil, 2018. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 114, n.5, 180-184, 2019.

MOURA, Ana Débora Assis et al. Monitoramento Rápido de Vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015. **Epidemiol. Serv. Saude,** Brasília, v.27 n.2, 380-386, 2018.

NALI, Luiz Henrique da Silva, Potential measles transmission risk in mass gatherings: Are we safe for the Olympic games—Rio 2016? **Journal of Travel Medicine**, v. 23, N. 4, 2016.

PEREIRA, João Pedro Campos; BRAGA, Gabriele Maria; COSTA, Gabriela Araújo. Negligência à vacinação: o retorno do sarampo ao brasil. **Revista de saúde do Centro Universitário de Belo Horizonte.** v. 12, n. 1, p.1-5, maio 2019.

ROCHA, Hermano A.L. Factors associated with non-vaccination against measles in northeastern Brazil: Clues about causes of the 2015 outbreak. **Vaccine**, v.33, n.38, 4969-74, 2015.

SLADE, Tania A et al. Measles outbreak in an unvaccinated family and a possibly associated international traveler - **Orange County**, Florida, December 2012-January 2013; v.63 n.36: 781-4, Sep. 12, 2014.

VIEIRA JUNIOR, Antônio Otaviano; MARTINS, Roberta Sauaia. Epidemia de sarampo e trabalho escravo no Grão-Pará (1748-1778). **R. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 32, n.2: 293-311, 2015.

XAVIER, Analucia R. et al. Diagnóstico clínico, laboratorial e profilático do sarampo no Brasil. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 390-401, 2019.

278

QUEIMADURAS NA INFÂNCIA: O QUE OS RESPONSÁVEIS NOS CONTAM SOBRE ESSE ACIDENTE?

Joseane Camila Duarte de Souza¹, Silvana Sagica de Vasconcelos¹, Cassilene Oliveira da Silva¹, Annela Isabell Santos da Silva¹, Maira Cibelle da Silva Peixoto¹, Aloma Sena Soares², Regina Ribeiro Cunha³.

RESUMO

Objetivo: Descrever os fatores ambientais e humanos relativos às queimaduras na infância. Método: Estudo qualitativo de caráter descritivo realizado com 12 pais de crianças vítimas de queimadura, internadas em um Centro de Tratamento de Queimados, em Belém, Pará. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada. A análise dos dados foi realizada por meio do método de análise do conteúdo, e organizados em quatro categorias: contexto em que ocorreram os acidentes; comportamento preventivo; condutas adotadas; e caminho percorrido até a unidade de tratamento. Resultados: A maioria dos participantes foram mães, com idade entre 18 a 32 anos, com baixo grau de escolaridade, residentes na região metropolitana de Belém. Já o público infantil vítima de queimadura, foi constituído principalmente por meninos. Em relação as categorias avaliadas, identificou-se por meio das falas que a maioria dos acidentes ocorreu no ambiente doméstico, por escaldadura, que os pais que estavam presentes momento do acidente, estes sabiam realizar os cuidados iniciais frente a queimadura e procuram o serviço de saúde. Considerações finais: A vigilância da criança no ambiente doméstico constitui elemento fundamental à proteção da criança, frente a situação de risco, para queimaduras. Assim, o enfermeiro é um profissional da área da saúde capacitado para orientação dos pais sobre medidas de prevenção para acidentes.

Descritores: Acidentes Domésticos. Saúde da Criança. Educação em Saúde. Enfermagem. Queimaduras.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.278-291

¹ Enfermeira. Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

² Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

³ Enfermeira Estomaterapeuta. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Magalhães Barata da Universidade do Estado do Pará e da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Membro do Grupo Intervenções de Enfermagem no Processo Saúde Doença – IENPSAD. Líder do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Estomaterapia da Amazônia- ENFESTA. Belém, PA, Brasil. reginaribeirocunha@gmail.com

CHILDHOOD BURNS: WHAT DO RESPONSIBLE TELL US ABOUT THIS ACCIDENT?

ABSTRACT

Objective: To describe the environmental and human factors related to childhood burns. Method: This is a descriptive qualitative study conducted with 12 parents of burned children admitted to a Burn Treatment Center in Belém, Pará. Data were collected through semi-structured interviews. Data analysis was performed using the content analysis method and organized into four categories: context in which accidents occurred; preventive behavior; adopted conducts; and path taken to the treatment unit. Results: Most participants were mothers, aged between 18 and 32 years old, with low education level, residing in the metropolitan region of Belém. The burned child population was mainly boys. Regarding the categories evaluated, it was identified from the statements that most accidents occurred in the home environment, by scalding, that parents who were present at the time of the accident, they knew how to perform the initial care in the face of burn and seek the service of Cheers. Final considerations: Child surveillance in the home environment is a fundamental element in protecting children from risk situations for burns. Thus, the nurse is a health professional trained to guide parents on accident prevention measures.

Keywords: Accidents. Home. Child Health. Health Education. Nursing. Burns.

INTRODUÇÃO

Os acidentes representam um problema de saúde pública mundial e constituem a primeira causa de morte entre crianças e adolescentes. A maioria dos acidentes na infância são causados por quedas, queimaduras, cortes, afogamentos e intoxicações e geralmente ocorrem na residência da criança (SANTOS, SÁ, 2015).

As queimaduras são feridas traumáticas causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. São classificadas quanto a profundidade e tamanho em: primeiro grau e/ou queimadura superficial, segundo grau e terceiro grau. As de primeiro grau atingem apenas a camada mais superficial da pele, denominada de epiderme. Já as de segundo comprometem a epiderme e derme e as de terceiro alcançam a epiderme, derme, mesoderme, músculos e ossos (MORAIS, DAGA, PRESTES, 2016).

A queimadura térmica, em especial as escaldaduras, é o tipo mais frequente de acidente por queimaduras em crianças no ambiente doméstico, e estão mais associadas à preparação das refeições. Os agentes agressores mais comuns são os alimentos, as bebidas, o óleo e outros produtos quentes os quais atingem, na maioria das vezes, o tronco, ombro, braço e antebraço (MESCHIAL, SALES, OLIVEIRA, 2016).

A profundidade e extensão da queimadura constituem como um dos principais critérios para definição de tratamento/internação em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ). A criança que sofre esse agravo traumático, necessita de tratamento especializado, o que pode acarretar sofrimento físico e psicológico na vida destas e de seus pais frente a essa situação de injúria (BARBIERI et al., 2016).

No Brasil cerca de um milhão de pessoas sofrem queimaduras a cada ano, e as crianças de baixa renda são as principais vítimas desse tipo de acidente. Em um estudo transversal realizado em Londrina, os autores concluíram que a maioria das crianças vítimas de queimadura é do sexo masculino, média de idade de 9,57 anos, principal agente etiológico foi o álcool, seguido de escaldadura (FRANCISCONI et al., 2016).

Em consonância, foi realizado um estudo documental na região nordeste do Brasil, em que foram analisados 92 prontuários de crianças com quadro de queimaduras. Nesta pesquisa, predominou-se o sexo masculino como o mais acometido pelo agravo, com ocorrência no período de 0 a 1 ano de idade, a escaldadura foi o principal agente causador, e o maior fator de risco foi o descuido dos adultos (MORAES et al., 2018).

Em outra pesquisa, do tipo transversal, descritiva, retrospectiva, foi realizado o estudo de 647 prontuários de pacientes com queimadura atendidos

no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, no estado do Pará. Em concordância com a literatura, os autores concluíram em sua pesquisa que maioria dos pacientes é do sexo masculino, residem na região metropolitana de Belém, o agente térmico foi o principal causador da queimadura, a região corporal mais atingida foram os membros superiores (SILVA et al., 2015).

Nesse contexto, verifica-se que a maioria dos pais desconhecem as características do desenvolvimento infantil, por isso as crianças ficam mais expostas as condições de riscos. O conhecimento da epidemiologia, fatores ambientais e humanos relacionados às queimaduras na infância se faz necessário para a elaboração de estratégias de prevenção desse tipo de acidente no ambiente doméstico.

Esta pesquisa justifica-se pela relevância, de relatar as experiências do pais durante o incidente com seu filho que sofreu uma queimadura, permitindo que estes por meio de suas falas identifiquem quais os fatores ambientais e humanos estão diretamente relacionados ao ocorrido. Bem como, justificase na importância e nos benefícios que os resultados trarão de informações para a formulação de atividades educativas de prevenção, promovidas pela equipe de enfermagem.

OBJETIVO

Descrever os fatores ambientais e humanos relativos às queimaduras na infância.

Propor estratégias de educação em saúde para prevenção de queimaduras na infância.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 12 pais/responsáveis por crianças internadas no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), de um hospital público, no munícipio de Belém, estado do Pará.

Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: pais/responsáveis com idade igual ou superior a 18 anos; de ambos os sexos e que estivessem com crianças, na faixa de zero a seis anos de idade, internadas no CTQ no período da coleta de dados. Foram excluídos desta pesquisa: pais/responsáveis de crianças com idade superior a seis anos e crianças internadas em outras clínicas do hospital.

A coleta de dados ocorreu mediante entrevista semi-estruturada a qual, visou identificar o perfil sociodemográfico dos pais e das crianças e contexto em que ocorreu a queimadura. A entrevista foi realizada pelas pesquisadoras

em um encontro individual com cada participante, com duração em média de 60 minutos, em uma sala da instituição de saúde. As falas dos participantes foram gravadas em aparelho de mídia digital, e identificadas com a sigla "Resp" acrescido de um número cardinal entre I a I2, conforme a ordem de entrevistas, após isso, foi realizada a transcrição fidedigna dos fatos relatados.

O material obtido foi analisado, segundo o método da Análise de Conteúdo, proposto por Bardin (2004), e em seguida agrupados em 4 categorias temáticas, para discussão: Contexto em que ocorreram os acidentes, Comportamento preventivo, Condutas adotadas e Caminho percorrido até a unidade de tratamento.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado do Pará (UEPA), com o Parecer 0087.0.321.000-11. Ressalta-se, que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo uma entregue ao participante e outra ficando em posse das pesquisadoras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 12 pais, destes 10 são do sexo feminino e dois do sexo masculino; com idade entre 18 a 32 anos; das 12 crianças, sete são do sexo feminino e 5 são do sexo masculino, com idade entre 1 a 6 anos de idade. Os resultados da coleta de dados foram distribuídos em perfil sociodemográfico destes pais (Quadro 1) e, posteriormente foram identificadas as categorias para discussão.

•	•		-		-				
PSEUD	Sexo	Idade	Estado Civil	Grau Escolar	Ocupação	Renda	PROC	Sexo da Criança	Idade da Criança
Resp I	F	22	União Estável	E.M.C	Dona de casa	I ½	RMB	М	la e 2m
Resp 2	М	32	União Estável	E.F.I	Ajudante de obra	I ½	RMB	М	8m
Resp 3	F	30	Solteira	E.F.I	Dona de casa	-1	Outros Municípios	М	5a
Resp 4	F	21	União Estável	E.M.I	Dona de casa	I ½	RMB	F	Im e I5d
Resp 5	F	26	União Estável	E.M.C	Dona de casa	I ½	RMB	F	2m
Resp 6	F	18	União Estável	E.F.I	Dona de casa	- 1	Outros Municípios	F	la e 3m
Resp 7	F	29	União Estável	E.F.I	Dona de casa	6 1/2	RMB	М	4 a
Resp 8	F	22	União Estável	E.M.C	Babá	I ½	RMB	F	la e 6m
Resp 9	F	19	Solteira	E.F.C	Dona de casa	-1	RMB	М	2a e I I m
Resp 10	F	23	União Estável	E.F.I	Dona de casa	I	Outros Municípios	F	6ª
Resp II	М	25	União Estável	E.M.C	Eletricista	2	RMB	М	la e 4m
Resp 12	F	18	Solteira	E.F.C	Dona de casa	I	RMB	М	8m

Legenda: PSEUD: Pseudônimo; M: Masculino; F: Feminino; EMC: Ensino Fundamental Completo; EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EMI: Ensino Médio Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo; Renda: Em salários mínimos (R\$622,00); PROC: Procedência; RMB: Região Metropolitana de Belém (Ananindeua, Belém, Marituba, Benevides, Santa Isabel e Santa Bárbara do Pará); I: Interior; a: anos; m: meses; d: dias.

Fonte: Entrevista

Contexto em que ocorreram os acidentes

Observaram-se as causas e ambientes que englobaram o acidente, agente causador e presença ou ausência dos pais no momento do acidente, identificou-se que a maioria dos acidentes foi ocasionada, pelo contato direto de líquido superaquecido (escaldadura) com a criança, os quais ocorreram no ambiente doméstico e na presença de um adulto, conforme observado nos relatos dos pais:

[...] ela puxou o papeiro de cima do fogão. (Resp. 6)

[...] tirei a vasilha do forno a lenha e botei em cima de um banquinho, e ele já quer se levantar, se escorando nas coisas, tudinho [...] e puxou o pano aonde veio a vasilha e derramou sobre ele. (Resp. 2)

Era picadinho, eu ia escaldar, né? Aí virou por cima dela. Tava fervendo [...] amoleceu logo a pele, ela tentou esfregar a mão. A metade da pele do seio dela veio tudo na blusa, colou logo na blusa. (Resp. 10)

[...] ele foi tentar pegar a xícara com a pontinha do dedo a xícara "tombo" e o café caiu todo no rosto e no corpo dele. (Resp. 11)

Estes achados corroboram com a literatura que apresenta como principais agentes causadores de queimaduras em crianças internadas, os líquidos aquecidos, como café, mingau, leite, água fervente e óleo, ocasionando escaldadura. Assim como, apresenta a queimadura térmica como o tipo mais frequente de queimadura em crianças no ambiente doméstico, acometendo principalmente crianças do sexo masculino (MORAIS, DAGA, PRESTES, 2016).

Outro relato destacado na fala dos pais refere-se às condições de moradia, pois grande parte dos participantes reside em casas com poucos cômodos, favorecendo, assim, proximidade entre a cozinha/quartos/sala/quintal, e consequentemente, aglomerado de eletrodomésticos, o que pode dificultar a visualização da criança nesse ambiente. Como descrito nos discursos abaixo:

O quarto fica perto da cozinha, porque lá é tudo compartimento, mas é tudo perto assim. O quarto é um perto da sala e outro perto da cozinha. (Resp. 6)

[...] porque a geladeira fica bem perto da porta do quarto, né? Ai quem vem do quarto não dá pra ver quem vem aqui do fogão. (Resp. 10)

Assim, observa-se que os acidentes acontecem principalmente em algum ambiente doméstico, seja na cozinha, no quintal ou no pátio. Consoante

a literatura, verifica-se que condições de moradia, condições financeiras da família, aglomeração de pessoas em um mesmo cômodo doméstico, utilização de fogões improvisados, o livre acesso da criança à cozinha e a utilização de toalhas de mesa com o alimento no centro, são fatores que aumentam as chances de a criança sofrer um acidente, contexto o qual pode ser evitado (SANTOS, SÁ, 2014).

Em relação a atividade realizada pelos pais no momento do acidente, notamos a partir do discurso dos pais, que a maioria estava exercendo algum tipo de atividade doméstica ou em horário da refeição (almoço ou café da tarde), conforme trechos da entrevista:

[...] ela saiu pra jogar o óleo fora, aí ele deu de contra junto com ela. Aí o óleo virou em cima dele. (Resp. 9)

Eu coloquei a xícara bem assim na beirinha da mesa, ele tentou pegar aí ela tombou ai o café caiu no rosto dele[...] nós tava conversando, ele estava brincando no chão. (Resp. 11)

Nesse estudo, o público infantil tem entre 0 a 6 anos de idade, logo estes ainda não têm a destreza/habilidade cognitiva e neuromuscular necessária para realizar atividades domésticas, dependendo exclusivamente de um adulto para preparar e servir o alimento em um lugar livre de risco. Nesta perspectiva, a literatura aborda que estes acidentes acontecem devido a criança possuir imaturidade física e mental, curiosidade em realizar tarefas, inexperiência para evitar situações de perigo, assim como a tendência de repetir comportamentos dos pais (COPETTI et al., 2014).

Comportamento preventivo

Quanto à atitude dos pais em relação à prevenção da queimadura, identificou-se que, dos 12 participantes, seis encontravam-se no local do acidente e o outros seis não. Entre os participantes presentes na hora do acidente, os relatos mostram que, apesar de estarem fisicamente no local, não estavam atentos à proteção da criança frente à situação de risco para queimaduras, como evidenciados nos depoimentos a seguir:

[...] quando de repente a gente olhou, ela voltou pra tentar subir na moto e ela colocou as duas mãozinhas na descarga. (Resp. 8)

Como eu tava falando ainda agorinha pra ela, que parece que foi ainda agora que a gente tava lá em casa se preparando pra tomar café e por um descuido causou todo esse "embaraço"... essa simples displicência nossa, vamos dizer assim. (Resp. 11)

Os acidentes domésticos em crianças são potencializados pela inobservância, ausência de comportamento preventivo por parte das famílias e falha na vigilância do adulto responsável. Dessa forma, para prevenir as queimaduras infantis, deve-se ter a participação efetiva dos pais, responsáveis e familiares, levando em consideração a cultura, os costumes e as crenças familiares, bem como as condições de moradia e o conhecimento destes responsáveis no que concerne aos fatores que desencadeiam o acidente (MESCHIAL, SALES, OLIVEIRA, 2016).

Entre os pais que não estavam presentes no momento do acidente, identificamos por meio da fala, que estes se ausentaram por apenas alguns minutos, deixando a criança vulnerável às situações de risco, como podemos observar a partir das falas dos participantes:

É que eu fiz o café, coei, e ele tava dormindo e ele se acordou e puxou a toalha da mesa e se queimou... eu estava no banheiro. (Resp. 1)

Eu coloquei o café na xícara e ela tava no banco sentada. Eu tirei ela do banco e fui rápido na casa da minha cunhada comprar uma comida pra botar no fogo, aí eu não sei se foi ela que abriu a garrafa ou se foi o irmãozinho dela e o café derramou... ela trepou na mesa. (Resp. 5)

[...] eu fui reparar o nenê que tava chorando, fui botar o pipo na boca dele lá... quando eu escutei o grito dela ai eu curri, ai ela já tinha derramado água. (Resp. 6)

Nesse contexto, a literatura aborda que os Enfermeiros são profissionais capacitados para realizar medidas educativas de prevenção de queimaduras infantis aos pais e responsáveis pela criança, desde o contexto doméstico até o escolar. Este profissional pode realizar ações de promoção da saúde sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como orientar os responsáveis sobre as fases do crescimento em que a criança pode estar, quais as medidas de prevenção de queimaduras, quais os cuidados imediatos frente a um acidente, promovendo desta forma o emponderamento dos pais e responsáveis com informações e conhecimentos adequados (ARAÚJO et al., 2017).

Condutas adotadas

Diante de uma situação de queimadura, notou-se que a maioria dos pais/responsáveis entrevistados detinha informações de como iniciar os primeiros cuidados na área queimada, e ainda afirmaram não ter utilizado medicamentos sem orientação de um profissional da saúde ou uso de receita caseira para tratar a pele queimada. Estes pais declararam ter realizado o resfriamento do corpo da criança com água, e procuraram imediatamente o serviço de saúde. No entanto, dois participantes afirmaram ter aplicado produtos caseiros direto na pele da criança.

[...] ai o pai dela que pegou ela primeiro [...] só deu banho. (Resp. 5)

Não[...] não passemos nada. Ai a gente "levemos" para esse posto de saúde lá perto de casa. (Resp. 7)

Não [...] tirei a roupa dele, levei primeiro pra emergência do PAAR, de lá me transferiram pro VI e de lá me trouxeram pra cá. (Resp. 1)

A minha mãe, ela colocou remédio da terra, assim feito da terra. Era umas folhas que bate no liquidificador, tira aquele líquido bem grosso e passa por cima pra tirar a dor. E também colocava casca travosa, lavava com casca travosa. (Resp. 3)

A gente "passemo" só mel nela, que é bom pra queimadura, pra não doer. (Resp. 6)

A respeito dos cuidados dos pais diante do acidente, a literatura refere que pais bem informados, que conhecem as condutas necessárias ao cuidado imediato da queimadura, possuem facilidade em cuidar do filho durante o tratamento no hospital, tendo segurança e tranquilidade durante o processo terapêutico. Os pais desinformados, ou com condutas culturais, podem acarretar prejuízos ao prognóstico da criança, bem como podem apresentam sentimentos de desconfiança e de medo, frente à internação do filho (OLIVEIRA et al., 2015).

Caminho percorrido até a unidade de tratamento

Verificou-se que todos os pais/responsáveis das crianças procuraram o serviço de saúde público para receber atendimento imediato logo após o acidente. Esse fato demostra que todos os responsáveis compreendem a importância de um atendimento especializado no tratamento de queimadura.

[...] levei primeiro pra emergência do PAAR, de lá transferiram pro 6 e de lá me trouxeram pra cá. (Resp. 1)

[...] aí eu peguei ela e levei pro hospital, pro Abelardo. Ai lá eles limparam ela, deram banho, limparam, passaram uma pomada e encaminharam pra cá. (Resp. 5)

Lá do Hospital de Curuçá. Ela veio. Nós veio de ambulância. Lá aplicaram remédio pra dor. Transferiram logo ela pra cá, na mesma hora a gente veio. Té porque eu veio com ela tudo preparada, né. (Resp. 10)

A procura por atendimento de saúde é fundamental para um bom prognóstico, tendo em vista que as queimaduras infantis representam a segunda causa de morte por acidentes na fase infantil. A literatura revela que, no Brasil, ocorre I milhão de acidentes de queimaduras por ano, sendo que apenas 100 mil dos casos procuram atendimento hospitalar e 2500 morrem em decorrência de suas lesões (SANCHES et al., 2016).

O tratamento da queimadura em crianças é um desafio para os profissionais da saúde e para saúde pública, devido ao tempo que os indivíduos levam para procurar atendimento especializado, a gravidade da lesão, bem como as complicações como retrações e déficit na qualidade de vida das crianças e dos familiares. Outro fator que os estudos abordam como problema para realização do tratamento com eficácia e qualidade, diz respeito ao escasso número de profissionais capacitados para prestação dos cuidados frente as queimaduras (SANCHES et al., 2016).

Por tanto, os pais devem estar atentos ao cuidarem de seus filhos menores de 6 anos de idade, pois estes são vulneráveis a acidentes domésticos, sendo importante entender que a queimadura de crianças está relacionada com a negligência dos responsáveis nos cuidados com o filho. Assim, estes acidentes podem ser evitados com simples medidas de prevenção, como afastar as crianças da cozinha, não deixar estas manipularem líquidos quentes, não deixá-las ter acesso a interruptores e fios condutores de eletricidade, como também as panelas devem ter seus cabos voltados para o centro da mesa e fogão, evitar o uso de toalhas de mesa longas para criança não puxar (MORAIS, DAGA, PRESTES, 2016).

Diante desse estudo, observa-se a prevalência de queimaduras na quadra infantil proveniente do descuido no ambiente doméstico, dados os quais permitirão melhor entendimento sobre a temática e promoção de políticas de prevenção contra esse acidente. No entanto, é válido ressaltar que esta pesquisa apresenta a limitação de ter uma amostra pequena, devido a disponibilidade dos pais para participar do estudo, pois não queriam deixar seus filhos sozinho, esta amostra pode não se equiparar a dados de outras regiões, mas que, conforme visualizado na literatura, corrobora com os dados já publicados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, identificou-se que a maioria dos acidentes ocorreu no ambiente doméstico, por escaldadura, que os pais estavam presentes momento do acidente, que estes sabiam como realizar os cuidados iniciais e procuram o serviço de saúde. Bem como, que apesar do baixo grau de escolaridade dos pais, a maioria não utilizou nenhum produto na área queimada, seja caseiro ou industrial, podendo inferir, deste modo, que os participantes em algum momento de sua vida receberam orientações de profissionais da saúde, sobre primeiros socorros diante de uma situação que envolva queimaduras.

Outro ponto a ser enfatizado, é que apesar de vivermos em uma região onde o conhecimento popular é associado ao uso de ervas e outros produtos naturais, o qual é tido como prática comuns, notamos que apenas dois pais fizeram uso destes, no entanto todos os responsáveis procuraram o servico de saúde.

É fundamental o desenvolvimento de novos estudos com foco no discurso/relatos de pais de crianças vítimas de queimadura, para que assim esse evento seja compreendido no núcleo familiar e social e a prevenção seja centrada nesses responsáveis, respeitando sempre suas peculiaridades e o contexto social, a qual estão inseridos. Este estudo contribui cientificamente por possibilitar alguns esclarecimentos e reflexões sobre os fatores ambientais e humanos associados a queimadura entre crianças, bem como fornece informações sobre medidas preventivas, as quais são subsídios para os cuidados e orientações de Enfermeiros durante suas consultas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Alline Ramos; GUBERT, Fabiane do Amaral; TOMÉ, Marcela Ariadne Braga Gomes; MARTINS, Mariana Cavalcante; FONTENELE, Nágila Lima; BARROS, Êmile Costa. Prevenção de acidentes em uma creche: experiência com pais, professores e pré-escolares. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine.[Internet]**, v. 11, n. Supl 4, p. 1671-8, 2017.

BARBIERI, Mayara Caroline; TACLA, Mauren Teresa Grubisich Mendes, FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta, SANT'ANNA, Flávia Lopes. Cotidiano de pais de crianças vítimas de queimadura após a alta hospitalar. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediátricos**, v. 16, n. 1, p. 21-7, 2016.

BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2004.

COPETTI, Claudia Lopes; MACIEL, Gabriela Wagner; DAMINELLI, Camila Rodrigues Teixeira; GUALTIERI, Patricia Dias; SOUZA, Rozilda Lopes de. Atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de acidente domiciliar em um hopital materno infantil no sul de Santa Catarina. **Inova Saúde**, v. 3, n. 2, p. 1-15, 2014.

FRANCISCONI, Mari Hellen Gonçalves; ITAKUSSU, Edna Yukimi; VALEN-CIANO, Paola Janeiro; FUJISAWA, Dirce Shizuko; TRELHA, Celita Salmaso. Perfil epidemiológico das crianças com queimaduras hospitalizadas em um Centro de Tratamento de Queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 3, p. 137-41, 2016.

MESCHIAL, William Campo; SALES, Camila Cristiane Formaggi; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Fatores de risco e medidas de prevenção das queimaduras infantis: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 4, p. 267-73, 2016.

MORAES, Maria Goretti Lins Moraes; SANTOS, Emilenny Lessa dos; COSTA, Alenilza Bezerra; SILVA, Maria Rosa da; OLIVEIRA, Keila Cristina Pereira Nascimento; MACIEL, Maria da Piedade Gomes de Souza. Causas de queimaduras em crianças atendidas m um hospital público de Alagoas. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 17, n. 1, p. 43-9, 2018.

MORAIS, Igor Henrique; DAGA, Henrique; PRESTES, Manoel Alberto. Crianças queimadas atendidas no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba: perfil epidemiológico. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 4, p. 256-60, 2016.

OLIVEIRA, Valdira Vieira de; FONSECA, Ariadne da Silva; LEITE, Maísa Tavares de Souza; SANTOS, Luciana Soares dos; FONSECA, Adélia Dayane Guimarães; OHARA, Conceição Vieira da Silva. Vivência dos pais no enfrentamento da situação de queimaduras em um filho. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 2, p. 201-209, 2015.

SANCHES, Pedro Henrique Soubhia; SANCHES, José Antonio; NOGUEIRA, Marília de Jesus; PERONDI, Natália Maria; SUGAI, Murilo Henrique; JUSTU-LIN, Ariane Fernanda; VANTINE, Guilherme Ramos; THOMÉ NETO, Orlando. Perfil epidemiológico de crianças atendidas em uma Unidade de Tratamento de Queimados no interior de São Paulo. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 4, p. 246-250, 2016.

SANTOS, Tainan Patury; SÁ, Sumaia Midlej Pimentel. Ocorrência de queimaduras em crianças em um centro de referência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 524-538, 2015.

SILVA, José Antônio Cordero da; LIMA, Ana Victória Martins; BORBOREMA, Cynthia Pereira Lopes de; CUNHA, Louise Menezes da; MARTINS, Marina Matos Perfil dos pacientes atendidos por queimaduras em um hospital de referência no norte do Brasil. **Rev Bras Queimaduras**, n. 3, p. 197-202, 2015.



RASTREAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS ENTRE IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA EM TUCURUÍ-PA

¹ Daniele Lima dos Anjos Reis, ² Kátia Simone Kietzer, ³ Carlos André de Souza Reis, ⁴ Soly Guedes de Oliveira, ⁵ Ana Caroline de Oliveira Coutinho, ⁵ Rafael Vulcão Nery, ⁵ Maria Yasmin da Silva Moia, ⁵ Patrick Nery Igreja.

RESUMO: A cronicidade da doença é considerada como uma das principais causas de morbimortalidade na terceira idade, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida dos idosos, que cada vez mais habitam em Instituições de Longa Permanência (ILP). Esta pesquisa objetivou rastrear as doenças crônicas e os agravantes diagnosticados entre os idosos residentes em uma ILP em Tucuruí-PA e detectar as alterações de saúde entre esses idosos, como sinais sugestivos de morbidades crônicas não diagnosticadas. Tratase de uma pesquisa de caráter quantitativo, delineamento transversal descritivo e documental, conduzido no "Lar São Vicente de Paula", em Tucuruí-PA, no ano de 2011. A amostra foi composta por 92% da população de idosos. A avaliação dos prontuários permitiu o rastreamento das doenças crônicas e de outros agravantes já diagnosticados entre os idosos, sendo a hipertensão e a catarata as enfermidades mais incidentes. Utilizou-se a Avaliação Multidimensional Rápida para avaliar os aspectos Físicos e os Aspectos Psicossociais dos idosos institucionalizados. Pelos aspectos físicos analisou-se diversas áreas: sistema sensorial (visão e audição), incontinência urinária, atividade sexual, estado nutricional, queda, capacidade funcional e outros sistemas. Pelos aspectos psicossociais avaliou-se as seguintes áreas: os funcionamentos afetivo e cognitivo do idoso. Evidencia-se que maior importância deve ser dada a sinais e sintomas sugestivos de morbidades relevantes apresentados pela maioria dos institucionalizados, com vistas ao rastreamento, sobretudo de doenças crônicas, ainda não diagnosticadas.

Palavras-chave: Geriatria. Atenção Integral ao Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

DOI: 10.31792/isbn.978-85-8458-045-3.292-303

ABSTRACT:

The chronicity of the disease is considered as one of the main causes of morbidity and mortality in the elderly, significantly compromising the quality of life of the elderly, who increasingly live in long-term care institutions (LTC). This research aimed to track the chronic diseases and aggravated diagnoses among the elderly living in an ILP in Tucuruí-PA and detect health changes among these elderly, as signs suggesting undiagnosed chronic morbidities. This is a quantitative research, descriptive and documentary cross-sectional design, conducted at "Lar São Vicente de Paula", Tucuruí-PA, in 2011. The sample was composed of 92% of the elderly population. The evaluation of the medical records allowed the tracking of chronic diseases and other aggravating diseases already diagnosed among the elderly, with hypertension and cataract being the most common diseases. The Rapid Multidimensional Assessment was used to evaluate the Physical and Psychosocial Aspects of institutionalized elderly. By physical aspects, several areas were analyzed: sensory system (vision and hearing), urinary incontinence, sexual activity, nutritional status, fall, functional capacity and other systems. Psychosocial aspects evaluated the following areas: the affective and cognitive functioning of the elderly. It is evident that greater importance should be given to signs and symptoms suggestive of relevant morbidities presented by most institutionalized patients, with a view to screening, especially chronic diseases, not yet diagnosed.

Keywords: Geriatrics. Comprehensive Care for the Elderly. Long Term Care Institution for the Elderly.

A cronicidade da doença é considerada como uma das principais causas de morbimortalidade na terceira idade, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2006). Paralelamente ao aumento da incidência de doenças crônicas, cresce também o número de idosos atendidos em Instituições de Longa Permanência (ILP), sendo estas conceituadas como "instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania" (BESSA; SILVA, 2008, p.259). Eliopoulos (2011) afirma que os residentes destas instituições são, na maioria, idosos com idade média de 85 anos, sendo que mais da metade destes passará o restante de sua vida nesse local. Esses residentes, normalmente, são funcionalmente dependentes de cuidados a longo prazo, em decorrência de alguma condição crônica. De acordo com Brasil (2006), existem estudos que revelam que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos e para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos.

É inserida nesse contexto que a atuação da enfermagem ganha posição de destaque, ajudando os residentes e suas famílias a enfrentarem os desafios da adaptação a um local desse tipo. Além disso, o foco das ações de enfermagem, direcionado a ajudar os idosos a lidar com a doença crônica efetivamente, já que não ficarão livres dela.

O interesse em realizar estudos com grupo de idosos surgiu na ocasião da efetuação de extensões universitárias envolvendo idosos institucionalizados no município de Tucuruí – PA, em que foi possível notar a grande necessidade e importância dos cuidados voltados à melhoria da qualidade de vida do desse grupo

OBJETIVO

Esta pesquisa objetivou rastrear as doenças crônicas e os agravantes diagnosticados entre os idosos residentes em uma ILP em Tucuruí-PA e detectar as alterações de saúde entre esses idosos, como sinais sugestivos de morbidades crônicas não diagnosticadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, delineamento transversal descritivo e documental, conduzido no "Lar São Vicente de Paula", em

Tucuruí-PA, no ano de 2011. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, sob o Parecer nº: 0044.0.321.000-11.

A amostra foi constituída por 13 idosos institucionalizados (92% da população). Os dados foram coletados em 02 momentos:

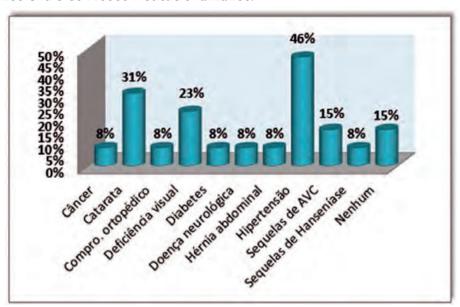
- I° momento questões relacionadas às morbidades diagnosticadas: nesta etapa foi realizada a leitura do Termo de Compromisso para a Utilização dos Dados e solicitada a assinatura do responsável pelo arquivamento dos dados na instituição, pois este momento referiu-se à pesquisa documental nos prontuários dos idosos institucionalizados.
- 2º momento questões relacionadas aos dados de identificação e avaliação do idoso: nesta etapa os idosos (ou o seu responsável) foram esclarecidos sobre os propósitos desta pesquisa através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo solicitada a sua participação e assinatura do termo. Utilizou-se um formulário contendo questões relacionadas à Avaliação Multidimensional Rápida no Idoso, instrumento adaptado de Brasil (2006), que representa uma avaliação que pode ser utilizada para identificar problemas de saúde condicionantes na terceira idade através da análise de 10 áreas principais: nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor/depressão, cognição e memória, atividades diárias, queda e outros sistemas orgânicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O envelhecimento, de acordo com Vono (2007), é um processo que ocorre com mudanças graduais e contínuas, sendo que as adaptações a estas darão origem a senilidade, o que pode contribuir para o surgimento das doenças que têm maior prevalência nessa fase da vida humana, lembrando que a maioria delas pode e deve ser evitada ou controlada.

A avaliação dos prontuários permitiu o rastreamento das doenças crônicas e de outros agravantes já diagnosticados entre os idosos, conforme apresentado a seguir:

Figura 01: Distribuição das prevalências dos problemas de saúde diagnosticados entre os idosos institucionalizados.



Fonte: Prontuários do Lar São Vicente de Paula.

Analisando a figura I, observa-se que 8% dos pesquisados é portador de câncer, 8% é portador de comprometimento ortopédico, 8% é portador de diabetes, 8% é portador de doença neurológica, 8% é portador de hérnia abdominal, 8% é portador de sequelas de hanseníase, 15% são portadores de sequelas de AVC (paraplégicos, usuários de cadeira de rodas), 23% são portadores de deficiência visual, 31% são portadores de catarata, são portadores de hipertensão e apenas 15% não possuem nenhuma doença crônica ou agravante diagnosticado.

Assim, verificou-se que, com exceção de hérnia abdominal e sequelas de hanseníase, todos os problemas de saúde rastreados podem ser enquadrados como doenças crônicas comuns na terceira idade.

É imprescindível enfatizar que, dos 06 portadores de hipertensão, 05 possuem, pelo menos, mais uma comorbidade, sendo o 1° também portador de sequelas de AVC, o 2° também portador de diabetes e câncer de próstata, o 3° também portador de deficiência visual e sequelas de AVC, o 4° também portador de hérnia abdominal e o 5° também portador de catarata, deficiência visual e doença neurológica. Enfatiza-se ainda que 01 dos portadores de catarata também sofre de deficiência visual.

Tais achados confirmam a afirmação de Vono (2007) quando diz que a população idosa é a que mais adoece e, frequentemente, é acometida por uma ou mais doenças, estando a morbidade múltipla entre idosos associada às doenças crônicas, bem como às condições precárias de vida ligadas à baixa renda.

Contudo, ao se respeitar o tamanho da amostra estudada, pode-se concluir também que não é irrelevante o número de portadores de catarata, deficiência visual e sequelas de AVC.

Ao analisar a incidência de diabetes, foi identificado apenas 01 indivíduo com tal morbidade, o que não é estranho quando se analisa o exposto por Brasileiro (2005, p. 07) quando relata que o número de portadores desta doença atinge valores próximos a 20% na população acima de 70 anos, sendo que a metade dessas pessoas não sabe que possui a enfermidade em decorrência do seu caráter silencioso, efetuando-se o diagnóstico somente com o surgimento das complicações crônicas que incomodam o doente.

No que diz respeito aos 02 sujeitos da pesquisa que não possuem nenhum problema de saúde diagnosticado, vale ressaltar que 01 deles está passando por avaliações neurológicas em virtude de apresentar rotineiramente alteração de humor repentina com episódios de agressividade, o que pode ser sugestivo de alguma doença neurológica crônica.

Os dados obtidos pela aplicação do formulário foram distribuídos em 02 grupos relacionados aos domínios da Avaliação Multidimensional Rápida: Aspectos Físicos e Aspectos Psicossociais. Por meio dos aspectos físicos, analisaram-se diversas áreas: sistema sensorial (visão e audição), incontinência urinária, atividade sexual, estado nutricional, queda, capacidade funcional e outros sistemas.

298

Tabela I: Avaliação segundo os domínios visão, audição, incontinência urinária, atividade sexual, nutrição e queda.

	CATEGORIAS	RESPOSTAS		
DOMÍNIOS		Valor absoluto	Valor per- centual	
Visão	Com dificuldades para enxergar objetos, ver televisão ou fazer outras atividades	6	46%	
n*= 13	Sem dificuldades para enxergar objetos, ver televisão ou fazer outras atividades	7	54%	
Audição	Com dificuldades para ouvir em ambos os ouvidos	3	23%	
n= 13	Com dificuldades para ouvir em apenas 01 dos ouvidos	2	15%	
Incontinência urinária	Sem dificuldades para ouvir	8	62%	
	Perde urina com facilidade	2	17%	
n= 12	Não perde urina com facilidade	10	83%	
Atividade sexual n= 13	Possui vida sexual ativa sem problemas para desfrutar prazer nas relações sexuais	3	23%	
	Possui vida sexual ativa com problemas para desfrutar prazer nas relações sexuais	I	8%	
	Não possui vida sexual ativa	9	69%	
Nutrição n= 09	Baixo peso (IMC** <= 22)	3	33%	
	Normal (IMC 22, I – 26,9)	5	56%	
	Sobrepeso (IMC >= 27)	I	11%	
Queda n= 13	Sofreu 01 queda	3	23%	
	Sofreu 02 quedas	I	8%	
	Sofreu 03 quedas ou mais	2	15%	

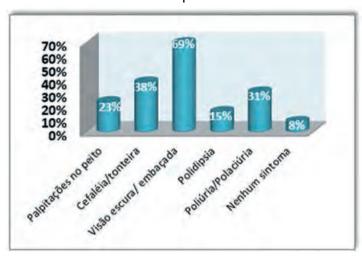
Legenda: * = Total de participantes. ** = Índice de Massa Corporal. Fonte: Dados da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se na figura acima que 30% apresentaram-se com alguma incapacidade funcional para realização das atividades da vida diária (AVDs): 15% dependentes parcialmente e 15% totalmente dependentes, podendo estar relacionado com a alta ocorrência de comorbidades entre os idosos estudados, dado este evidenciado na anamnese e análise de prontuários.

Figura 3: Sinais e sintomas referidos pelos idosos institucionalizados.



Fonte: Dados da pesquisa.

Percebe-se na figura acima que o percentual mais elevado de sinais e sintomas relatados pelos idosos refere-se à visão escura/embaçada, seguido de cefaleia/tonteira. Para Roach (2009) estes achados correspondem a alguns dos sintomas gerais referidos por indivíduos portadores de hipertensão arterial, indo ao encontro do elevado número de idosos diagnosticados com a doença.

No que se refere aos aspectos psicossociais, foram avaliadas 02 áreas principais: os funcionamentos afetivo e cognitivo do idoso.

Tabela 2: Resultado da avaliação segundo o domínio humor/depressão.

DOMÍNIO	CATEGORIAS	RESPOSTAS <i>N</i> * = <i>13</i>	
	CATEGORIAS	Valor absoluto	Valor percentua
Humor/ Depressão	Frequentemente sente-se sozinho, triste e com alterações de humor	2	15%
	Convive com pessoas legais, mas não se relaciona/comunica muito com elas, prefere ficar mais reservado	I	8%
	Sente que não é mais útil, por isso fica a maior parte do tempo isolado	I	8%
	Gosta das pessoas com quem convive e se relaciona bem com elas	5	38%
	Tem a idade mais avançada, mas sabe que ainda é útil e pode fazer muitas coisas	0	0%
	Apesar de tudo, acha sua vida boa e se sente forte, com energia e esperança para continuar vivendo	4	31%

Legenda: * = Total de participantes.

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Infere-se que a maior parcela dos idosos afirmou ter relações interpessoais e nível de esperança de vida satisfatórios, correspondendo esses pontos aos aspectos positivos do domínio humor/depressão. Verifica-se uma relação entre esse dado e o percentual dos idosos que se apresentaram independentes para a realização das AVDs, já que a literatura revela estreita relação entre a presença de sinais depressivos e a capacidade funcional de idosos. Embora o diagnóstico de depressão em idosos seja muitas vezes difícil, é relevante uma avaliação clínica aprofundada entre os idosos que começam apresentar humor deprimido.

Tabela 3: Resultado da avaliação segundo o domínio cognição/memória.

DOMÍNIO	CATEGORIAS	RESPOSTAS N* = 13	
		Valor absoluto	Valor percentual
Cognição/ Memória	Consegue lembrar e repetir as palavras solicitadas	5	38%
	Não consegue lembrar e repetir as palavras solicitadas	8	62%

Legenda: * = Total de participantes.

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

A Tabela 3 revela a redução da capacidade cognitiva, em especial a de reter informações e de lembrá-las dentro de um curto espaço de tempo. 38% dos entrevistados responderam satisfatoriamente ao teste realizado, lembrando e repetindo as palavras solicitadas, e 62% não o fizeram. Embora o comprometimento cognitivo possa estar estreitamente relacionado ao processo de envelhecimento, encontram-se na literatura associações que mostram relação de causa e efeito entre doenças crônicas e déficit cognitivo (BRASIL, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que maior importância deve ser dada a sinais e sintomas sugestivos de morbidades relevantes apresentados pela maioria dos institucionalizados, com vistas ao rastreamento, sobretudo de doenças crônicas, ainda não diagnosticadas, para que, se estabelecido o diagnóstico, seja realizado o devido tratamento e direcionamento dos cuidados de enfermagem, a fim de que se promova a minimização de sequelas que uma infinidade de patologias, principalmente as silenciosas, pode ocasionar.

REFERÊNCIAS

BESSA, M.E.P; SILVA, M.J. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 258-265, abr-jun, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/06.pdf.Acesso em: 18 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica – n° 19. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASILEIRO, M. Enfermagem na saúde do idoso. Goiânia: AB, 2005.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROACH, S.S. **Introdução à enfermagem gerontológica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VONO, Z.E. **Enfermagem gerontológica:** atenção à pessoa idosa. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2007.



