

ISSN 1984-753X
ISSN (online) 2177-045X

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional
Volume 5 - Número 1 - Março 2013



Coren^{CE}
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

POLÍTICA EDITORIAL

A **REVISTA TENDÊNCIAS DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL - ReTEP** do Coren-CE é um periódico científico trimestral, revisado por pares, com distribuição gratuita, que tem como objetivo publicar artigos procedentes da realidade da prática (do cuidar, do ensinar e da pesquisa) de saúde e enfermagem e/ou teóricos (reflexão e revisão) e notícias institucionais pertinentes ao desenvolvimento da categoria, contribuintes para reconstrução da enfermagem como ciência. Tem como missão incentivar e incrementar a produção do conhecimento em saúde e enfermagem, visando fortalecer a qualidade do atendimento do cuidar em enfermagem.

O corpo editorial da ReTEP não se responsabiliza pelos dados e opiniões expressos nos artigos, bem como propagandas inclusas, sendo esses da inteira responsabilidade dos autores.

A **ReTEP** é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC

ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional – Vol. 1, n.1
(mai. 2009) – Fortaleza [CE]:
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, 2009 - v.: il.

Trimestral
ISSN 1984-753
ISSN (online) 2177-045x
1. Enfermagem

CDD 610.73

DIRETORIA COREN GESTÃO 2012/2014

Presidente: Celiane Maria Lopes Muniz • **Conselheira Secretária:** Mirna Albuquerque Frota • **Conselheira Tesoureira:** Luiza Lourdes Pinheiro • **Comissão de Tomada de Contas:** Carolina Maranhão Marques Lacerda - Raimunda de Fátima Dantas - Marli Veloso de Menezes • **Conselheiro Vogal:** Ricardo Costa de Siqueira • **Conselheiro Suplente:** Regina Cláudia Furtado Maia - Maristela Inês Osawa Vasconcelos - Geridice Lorna Andrade de Moraes - Fabiana de Sousa Alves - Ana Lúcia de Assis - Adailson Rodrigues de Moraes - Maria de Fátima Ferreira de Sousa

EQUIPE TÉCNICA

Projeto Gráfico e Editorial – E2 Estratégias Empresariais - www.e2solucoes.com - e2@e2solucoes.com
• Coordenação Editorial – Francílio Dourado Filho • Direção de Arte – Keyla Américo • Diagramação, Arte e Tratamento de Imagens – Augusto Oliveira • Revisão Gramatical – Aurilene Luz Sampaio • Revisão – Keyla Américo e Igor Aguiar • Assessoria de Comunicação do COREN-CE – Luana Gurgel • Impressão – Gráfica Tecnograf • Periodicidade – Trimestral • Tiragem – 3000 exemplares

ISSN 1984-753X
ISSN (online) 2177-045x

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

Volume 5 - Número 1 - 2013



Rua Mário Mamede, 609 · Bairro de Fátima
CEP 60.415-000 · Fortaleza-Ceará-Brasil
www.coren-ce.com.br
55 85 3105 7850

INDEXAÇÃO/INDEXATION
LATINDEX

Sistema Regional de Informação em Língua para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe – Espanha y Portugal - Dados: www.latindex.unem.mx

BDEF**REDALYC****EDITORA CHEFE/HEAD EDITOR**

Mirna Albuquerque Frota

EDITOR EXECUTIVO/EXECUTIVE EDITOR

Celiane Maria Lopes Muniz

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Iraci dos Santos – UERJ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Salette Bessa Jorge – UECE, Fortaleza/CE, Brasil

Raimunda Magalhães da Silva – UNIFOR, Fortaleza/CE, Brasil

Lorena Barbosa Ximenes – UFC, Fortaleza/CE, Brasil

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD**NACIONAL/NATIONAL**

Alacque Lorenzini Erdmann – UFSC, Florianópolis-SC

Ana Fátima Carvalho Fernandes – UFC, Fortaleza-CE

Ana Karina Bezerra Pinheiro – UFC, Fortaleza-CE

Andrea Gomes Linard – UFMA, São Luiz-MA

Antônia do Carmo Soares Campos – UNIFOR, Fortaleza-CE

Antonio Marcos Tosoli Gomes – UERJ, Rio de Janeiro-RJ

Augediva Maria Jucá Pordeus – UNIFOR, Fortaleza-CE

David Lopes Neto – UFAM, Amazonas-AM

Denise Guerreiro V. da Silva – UFSC, Florianópolis-SC

Dorisdaia Carvalho de Humerez – UNIFESP, São Paulo-SP

Eliany Nazaré Oliveira – UVA, Sobral-CE

Fátima Lunna P. Landim – UNIFOR, Fortaleza-CE

Francisca Lucélia Ribeiro de Farias – UNIFOR, Fortaleza-CE

Gelson Luiz de Albuquerque – UFSC, Florianópolis-SC

Isabel Cristina Kowal Oln Cunha – UNIFESP, São Paulo-SP

Isaura Setenta Porto – UFRJ, Rio de Janeiro-RJ

Ivan França Júnior – USP, São Paulo-SP

Karla Maria Carneiro Rolim – UNIFOR, Fortaleza-CE

Lorita Marlena Freitag Pagliuca – UFC, Fortaleza-CE

Lucilane Maria Sales da Silva – UECE, Fortaleza-CE

Luíza Jane Eyre de Sousa Vieira – UNIFOR, Fortaleza-CE

Márcia Maria Tavares Machado – UFC, Fortaleza-CE

Maria Albertina Rocha Diógenes – UNIFOR, Fortaleza-CE

Mariana Cavalcante Martins – FGF, Fortaleza-CE

Maria de Fátima A. S. Machado – UNIFOR, Fortaleza-CE

Maria de Jesus C. Sousa Harada – Coren, São Paulo-SP

Maria do Socorro Vieira Lopes – UNIFOR, Fortaleza-CE

Maria Itayra Padilha – UFSC, Florianópolis-SC

Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso – UFC, Fortaleza-CE

Maristela Inês Osawa Chagas – UVA, Sobral-CE

Marluce Maria Araújo Assis – UEFS, Salvador-BA

Mavilde de Luz Gonçalves Pedreira – UNIFESP, São Paulo-SP

Patrícia Neyva da Costa Pinheiro – UFC, Fortaleza-CE

Raimundo Augusto M. Torres – UECE, Fortaleza-CE

Rita de Cássia Chamma – COFEN, Brasília, DF

Rosimeire Ferreira Santana – UFF, Rio de Janeiro-RJ

Silvana Maria Mendes Vasconcelos – UFC, Fortaleza-CE

Sônia Maria Soares – UFMG, Belo Horizonte-MG

Thereza Maria Magalhães Moreira – UECE, Fortaleza-CE

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos – UNIFOR, Fortaleza-CE

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho – UFC, Fortaleza-CE

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Alcione Leite da Silva – Portugal/Brasil

Antonio José Nuñez Hernandez – Espanha

Denise Gastaldo – Canadá

Juan José Tirado Darder – Espanha

Maria Teresa Moreno Valdês – Espanha

Marta Lima Basto – Portugal

Sandra Haydée Petit – Suécia

SUMÁRIO



CONTENTS

827

Editorial

Oswaldo Albuquerque Sousa Filho

Artigos Originais

829

Metas Grupais e Adesão ao Controle da Hipertensão Arterial: Contribuição da Teoria de Imogene King
Group Goals and Adherence to Hypertension Control: Contributed by Imogene King's Theory

Lúcia de Fátima da Silva, Alexandre Araújo Cordeiro de Sousa, Ana Cleide da Silva Rabêlo, Fabíola Vlândia Freire da Silva, Marta Maria Coelho Damasceno, Maria Vilani Cavalcante Guedes

834

Discursos de Mulheres Idosas sobre sua Sexualidade

Speeches of Older Women on their Sexuality

Nascssária Regia Cavalcanti Diniz, Maria Cidney da Silva Soares, Aleksandra Pereira Costa, Maria Djair Dias, Cláudia Maria Ramos Medeiros

839

Mortalidade Materna por Causas Evitáveis: A Realidade do Alto-Oeste Potiguar

Maternal Mortality and Cause Preventable: The Reality of the Upper West Potiguar

Erionildes Lopes de Moura, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento, Eliana Barreto Fixina

843

Doenças Cardiovasculares: Fatores de Risco em Trabalhadores da Construção Civil

Cardiovascular Disease: Risk Factors in Construction Workers

Conceição de Maria Cid Pereira, Rosimeyre Anastácio da Silva, Liliâne Maria Martins Porto, Rafael de Oliveira Silva, Maria Irismar de Almeida, Tatiana Rocha Machado

849

Percepção de Idosos Institucionalizados sobre HIV/AIDS

Perception of Institutionalized elderly on HIV/AIDS

Aline Rodrigues Feitoza, Ana Débora Assis Moura, Adriano Rodrigues de Souza, Sunamita Batista de Oliveira Silva, Katiane Pinho Farias, Guldemar Gomes de Lima

854

Manipulação de Quimioterápicos: Conhecimento de Profissionais de Enfermagem

Manipulation of chemotherapeutic: Knowledge of professional nursing

Clarisse Gracielle Santos de Oliveira, Viviane Martins da Silva

861

Conhecimento dos Adolescentes Portadores de Câncer Acerca do Tratamento Quimioterápico

Knowledge of Cancer Patients With Teens About Chemotherapy

Fernanda Andréia Vasconcelos Solon, Edna Maria Camelo Chaves, Regina Cláudia Melo Dodt, Ana Érica de Oliveira Brito Siqueira, Maria José Muniz Filha

SUMÁRIO



CONTENTS

- 866 Aprendizagem Significativa e Teatro como Estratégias de Prevenção do HIV em Adolescentes: Relatando a Experiência
Learning how Meaningful and Theatre of HIV Prevention Strategies in Teens: Reporting Experience

Ronny Anderson de Oliveira Cruz

- 870 Visitas Intra-Hospitalares às Crianças com Câncer: Contribuição do Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará
Intra-hospital Visits for Children with Cancer: The Contribution of the Program Nursing Angels Center Ceará

Mirna Albuquerque Frota, Francisco Antonio da Cruz Mendonça, Antonia Aldenira de Freitas Araújo, Priscilla Solon Arruda Sampaio, George Jó Bezerra Sousa

Artigos de Revisão

- 873 Produção Científica sobre Infecções Hospitalares
Scientific Literature on Hospital Infections

Bárbara Marques de Moraes, Luciana Kelly Ximenes dos Santos, Maria do Carmo de Oliveira Citó, Giuliana Ignácio Teixeira Cavalcante, Jérsica Marques de Moraes

- 877 Uso das Tecnologias Leves no Cuidado de Enfermagem à Gestante na Estratégia Saúde da Família
Use of Soft Technologies in Nursing Care for Pregnant Woman on Family Health Strategy

Bruna Cavalcante Domingos, Dailon de Araújo Alves, Marcus Vinicius Dias Gadelha, Shayanny Gonçalves Andrade, Gláucia Margarida Bezerra Bispo

- 880 Análise da Produção Científica de Enfermagem sobre a Assistência no Parto Humanizado
Scientific Analysis of Production on Nursing Service in Humanized Childbirth

Thiago Rodrigo Cruz Farias, Liliane Gonzaga da Silva, Natanna da Conceição Viana

- 885 Institucional

- 886 Palavra da Presidente

- 887 Notícias

- 898 Normas de Publicação

EDITORIAL



Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

Mestre em Educação em Saúde; Enfermeiro do Instituto Dr. José Frota - IJF e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA e Vice-Presidente do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN

A Revista Tendências da Enfermagem Profissional – ReTEP com a missão de divulgar as diversidades de resultados de pesquisa presenteia a comunidade científica com mais um periódico sendo esse especial, pois nesse ano comemoramos 40 anos do Sistema COFEN/Conselhos regionais. Órgão que tem na essência normatizar e fiscalizar o exercício de todos os profissionais de Enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados à saúde brasileira.

A ReTEP faz parte desta história, sendo a primeira revista científica do Sistema COFEN/Conselhos Regionais e, apesar de ainda jovem, já registrou em suas laudas o labor e conhecimento científicos de inúmeros pesquisadores que diuturnamente se entregam em estudos afim de contribuir para o aperfeiçoamento da Enfermagem. Artigos Científicos, Trabalhos de Conclusão de Curso – TCC, Dissertações e Teses que revelam a realidade de um país que cresce e se desenvolve a cada dia. Realidade essa, aliás, que nas entrelinhas dos termos técnicos revela a prática de milhares de profissionais que celebram a vida.

Destarte, comemorarmos os 40 anos do COFEN/Conselhos Regionais é estarmos consciente da respon-

sabilidade de representamos de forma ética milhões de profissionais que executam a arte do cuidar. E assim sendo, é de bom alvitre que o interesse coletivo seja alçado como ápice da pirâmide, ou seja, em detrimento de qualquer interesse individual, pois é cediço que o Sistema COFEN/Conselhos Regional é de todos que fazem a Enfermagem. Nesses 40 anos, encerramos um ciclo marcado por muitos avanços políticos e administrativos, porém é imprescindível estarmos vigilantes para que a prática daqueles que representam a Enfermagem esteja pautado nos princípios basilares da democracia e respeito ao bem público.

Esperamos que o novo seja uma busca incessante por aqueles que, de certa forma, fazem parte do COFEN/Conselhos Regionais. Não podemos, ainda, olvidar que é indispensável a participação direta de todos para consolidação de uma saúde de excelência.

Por fim, desejamos a todos os profissionais de Enfermagem que se deleitem na leitura das páginas da Revista Tendências da Enfermagem Profissional – ReTEP e que essas sejam mais um instrumento de transformação e consolidação na garantia ao estímulo à pesquisa da ciência Enfermagem. ●

METAS GRUPAIS E ADEÇÃO AO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONTRIBUIÇÃO DA TEORIA DE IMOGENE KING

GROUP GOALS AND ADHERENCE TO HYPERTENSION CONTROL: CONTRIBUTED BY IMOGENE KING'S THEORY

Artigo Original

Lúcia de Fátima da Silva¹

Alexandre Araújo Cordeiro de Sousa²

Ana Cleide da Silva Rabêlo³

Fabíola Vlândia Freire da Silva⁴

Marta Maria Coelho Damasceno⁵

Maria Vilani Cavalcante Guedes⁶

RESUMO

Objetivou-se analisar a adesão de um grupo de pessoas ao tratamento para controle da hipertensão arterial. Estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação, desenvolvido com dez hipertensos atendidos em uma Unidade de Saúde, em Fortaleza, Ceará, entre agosto e outubro de 2009. Realizaram-se grupos focais. As informações foram organizadas pela análise de conteúdo e interpretadas à luz do referencial teórico. Os preceitos ético-legais foram respeitados. Os encontros possibilitaram interação, estabelecimento de metas de bem-estar coletivas e meios de alcançá-las. Constatou-se adesão às metas coletivas, efetivando transação. Considera-se que o espaço do grupo favorece a consecução de metas, por meio do compartilhamento de dificuldades e potencialidades dos sujeitos no processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Palavras-chave: Teoria de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Cooperação do Paciente; Hipertensão.

ABSTRACT

Aimed to analyze the adherence of a group of people to the treatment for hypertension control. Quantitative study, like research-action, carried out with hypertensive patients in a Health Unit, in Fortaleza-Ceará, between August and

October/2009. Focal groups were performed. The information was organized by content analysis and interpreted through the theoretical reference. The ethical-legal aspects were respected. The meetings allowed interaction and established goals of collective welfare and means to reach them. It was found adherence to collective goals, implementing transaction. It is considered that the group favors attaining the goals by sharing difficulties and potentials of the people in the process of adherence to the antihypertensive treatment.

Keywords: Nursing Theory; Nursing Care; Patient Compliance; Hypertension.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma ciência cujo foco é o cuidado com a saúde da pessoa humana. Neste sentido, o enfermeiro deve estar capacitado para desenvolver a habilidade clínica para diagnosticar situações de cuidado, intervindo de modo a conduzir a pessoa cuidada à sua melhor condição de bem-estar em saúde.

Na década de 1950 houve consideráveis avanços na elaboração de modelos conceituais sobre o cuidado de enfermagem, mediados por diversas correntes teóricas, embora centrados em conceitos comuns à prática profissional do enfermeiro, quais sejam, Enfermagem, ser humano, ambiente e saúde⁽¹⁾.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente dos Cursos de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Integrante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade. E-mail: lucia.fatima@uece.br.

² Enfermeiro. Aluno do Mestrado em Saúde Pública da UECE. Enfermeiro do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Bolsista FUNCAP. Integrante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade.

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Bolsista CAPES. Integrante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente dos Cursos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisadora do CNPq.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente dos Cursos de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade.

Hoje, o profissional de enfermagem detém saber construído por teorias que fundamentam a essência do cuidado à pessoa humana. Destarte, nos variados cenários de atuação do enfermeiro, constata-se que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ganharam enfoque. Ademais, a expressão clínica destes adoecimentos se evidencia após anos da exposição ao risco, somada à convivência assintomática do sujeito com a morbidade não diagnosticada.

Dentre essas enfermidades, destacam-se os adoecimentos cardiovasculares, que têm apresentado crescentes índices de morbimortalidade. Neste bojo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem destaque, pois também contribui na gênese de outras doenças cardiovasculares. O tratamento da HAS consiste em adaptações que o portador deve alcançar a partir do diagnóstico. A meta de controle dos índices pressóricos deve ser, no mínimo, inferior a 140x90 mmHg⁽²⁻³⁻⁴⁾.

A mudança no estilo de vida implica em modificações nos fatores de risco comportamentais, como padrões alimentares, atividades físicas, controle do estresse e terapêutica medicamentosa. Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento, podendo se relacionar ao paciente; à doença; às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais; ao tratamento; à instituição de saúde; e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde⁽⁵⁾.

Frente a essa realidade, faz-se necessária a ampliação do enfoque dado pelos profissionais da saúde (dentre eles os enfermeiros) sobre o processo de adoecimento por HAS, com vistas à promoção da saúde, prevenção, controle, cura e reabilitação desses sujeitos. Nesse contexto, as abordagens grupais ganham enfoque, pois é estratégia que possibilita interação entre enfermeiro e sujeito cuidado, assim como entre eles, possibilitando troca de vivências como espaço dialógico de aprendizado.

Diante do exposto, este estudo objetivou analisar a adesão de um grupo de pessoas ao tratamento para controle da hipertensão arterial, a partir da articulação dos seus discursos sobre os conceitos dos sistemas pessoal e interpessoal da Teoria de King.

REFERENCIAL TEÓRICO

Considera-se que cuidar clinicamente na Enfermagem requer fundamentação teórica. Dentre os modelos teóricos, destaca-se a Teoria do Alcance de Metas de Imogene King que, por meio da interação entre enfermeiro e clientela, permite o cuidar clínico de enfermagem, fomentando metas de bem estar, com vistas ao alcance de melhoria em saúde⁽⁶⁾.

O referencial capacita o enfermeiro com saber acerca de conceitos propostos e habilidades para interação com o paciente a fim estabelecer junto a ele metas a serem alcançadas com o tratamento⁽⁷⁾.

Desse modo, a Teoria de King é ferramenta relevante no cuidado a sujeitos em condições crônicas de saúde, as quais demandam mudanças de estilo de vida. Entendendo a complexidade destas situações, a adesão ao tratamento é um desafio para o portador da enfermidade, posto que implica em mudanças, visando compressão de co-morbidades associadas.

A Teoria de King assinala os sistemas abertos pessoal, interpessoal e social como meio de compreensão dos principais conceitos humanos. O sistema pessoal, inerente ao sujeito, abarca os conceitos de percepção; ego; imagem corporal; crescimento e desenvolvimento; tempo e espaço. Os conceitos do sistema interpessoal, formado por díades, tríades e pequenos grupos, são papel, interação, comunicação, transação e estresse. Já o sistema social, como reunião de grupos com interesse comum, contém os conceitos de organização, autoridade, poder, status e tomada de decisão⁽⁷⁾. A compreensão destes conceitos possibilita, na prática do enfermeiro, ouvir a voz do ser cuidado, dando-lhe autonomia de decisão, incorporando seu querer ao plano terapêutico, despertando-lhe para a corresponsabilização no cuidado da saúde.

Assim, aventa-se a utilização da proposta de King, que propõem como objetivo do enfermeiro a possibilidade de co-laborador junto a sua clientela, no sentido de com ela elencar metas de saúde e estabelecer meios para efetivá-las através de interação proposital.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, posto que se relacionada aos significados atribuídos por pessoas às suas experiências do mundo social e ao modo como compreendem esse mundo. Dentre as abordagens, elegeu-se a pesquisa-ação, por se configurar como uma forma de pesquisa participante em que pesquisadores trabalham com, para e por pessoas, em vez de realizar pesquisa sobre elas⁽⁸⁾.

A pesquisa foi desenvolvida com hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde da Família, localizada na Secretaria Executiva Regional IV, em Fortaleza, Ceará, entre agosto e outubro de 2009. O grupo foi formado por dez participantes que, mediante convite realizado em visitas domiciliares, aceitaram participar do estudo.

O estudo viabilizou-se por meio de encontros grupais, discutindo o adoecimento cardiovascular, as limitações impostas pela doença, as exigências terapêuticas para o controle da hipertensão e as estratégias para o viver saudável com hipertensão arterial. Dessa forma, a partir das experiências compartilhadas, foram estabelecidas metas de saúde a serem alcançadas, e que era reavaliado a cada encontro.

Os dados foram coletados, sob anuência dos participantes, mediante gravação de suas falas durante os encontros, também com filmagem para a apreensão do contexto e da comunicação não-verbal.

Os dados dos discursos foram devidamente transcritos; após, foram organizados por análise de conteúdo, e interpretados com base no Modelo Conceitual de Sistemas Abertos Intertuantes e na Teoria de Imogene King⁽⁷⁻⁹⁾.

A realização da investigação considerou os preceitos ético-legais para realização de estudos com seres humanos⁽¹⁰⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), parecer nº 08133595-4, e os participantes assinaram termo de consentimento livre e

esclarecido. As falas dos participantes estão identificadas com a letra P de participante, seguida de um numeral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das dez pessoas que compuseram o grupo de hipertensos, oito eram do sexo feminino. A faixa etária predominante foi acima de sessenta anos; apenas um participante tinha 59 anos. Quatro dos participantes não eram alfabetizados, cinco estudaram o ensino fundamental incompleto e um o curso de ensino médio completo. Deles, seis referiram ser católicos e quatro evangélicos. Nenhum exercia atividade remunerada e, quanto ao estado civil, cinco eram casados ou mantinham união estável, três eram viúvos, uma divorciada e um solteiro.

Deles, sete referiram utilizar terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva. Não houve relatos de uso atual de tabaco ou álcool. Um tema alvo de discussão foi a prática de exercícios físicos, pois sua adesão parece ser uma das mais difíceis medidas de mudança no estilo de vida. Somente duas participantes referiram praticar alguma atividade física.

Apresentamos a seguir a análise e discussão dos resultados, obtidos dos discursos dos participantes e organizados de acordo com as proposições de King, inicialmente, no seu sistema pessoal.

No ser humano, percepção consiste na representação da realidade captada pelos sentidos, decodificadas e interpretadas mediante valores e crenças, registradas na memória⁽⁷⁾. A fala dos hipertensos permitiu análise de sua percepção sobre a pressão alta e conhecimentos sobre os fatores de risco para hipertensão arterial:

A gordura entope as veias e pode causar um ataque cardíaco. Aí vem a pressão para piorar [...] (P5)

Afinal, a pressão alta é uma doença que provoca doenças. (P9)

Consoante se constata, o grupo apresenta noção satisfatória sobre a doença. Tem ciência dos seus mecanismos de ação, fatores de risco constitucionais e comportamentais e fatores sobre sua gênese. Compreendem também a HAS como fator de risco para outros adoecimentos cardiovasculares.

Em geral, a percepção sobre hábitos de vida está relacionada ao contexto sociocultural⁽¹¹⁾. O ambiente também exerce influência nas escolhas, pois conviver com pessoas em condição de saúde saudável, dificulta a adesão a modos de viver saudáveis.

Se a pessoa come em pouca quantidade nem faz mal, mas se exagerar [...] *A comida lá de casa é para todo mundo [...]* (P4)

Conforme se observou os participantes já incorporaram hábitos de vida mais saudáveis em seu cotidiano. Dentre essas medidas, ressalta-se a redução referida no consumo de sal, consumo de verduras e leguminosas na alimentação, além do

uso de azeite de oliva e preferência pelas carnes brancas. Contudo, hábitos danosos ainda são percebidos no estilo de vida de muitos dos participantes:

Não gosto de verdura! Não sou nem camaleão para ficar só comendo folhas. (P1)

Às vezes, porém, não se trata apenas de hábitos danosos, mas da falta de boas condições financeiras. Várias dificuldades são enfrentadas pelos participantes no alcance dessa mudança efetiva de atitudes relacionadas ao estilo de vida e incorporação do plano terapêutico:

Mas azeite de oliva é muito caro, eu não tenho condição de comprar [...] (P6)

Os remédios são caríssimos, tem um que é quase 100 reais. (P7)

Infere-se que a condição socioeconômica dos hipertensos está imbricada ao processo de adesão. Os participantes encontram-se com baixo poder aquisitivo, logo têm dificuldades na compra de mantimentos e remédios.

O conhecimento do *self* é chave para conhecer a natureza humana, porque é o modo como cada um se define para os outros⁽⁷⁾. Assim, estudou-se a percepção que os participantes têm de si como portadores de pressão alta: *Sim, eu tenho pressão alta [...]* *Quando eu vou para o médico está alta e eu não estou sentido nada [...]* (P4)

Conforme se observa, uma das dificuldades enfrentadas no convívio com este adoecimento é o fato de não manifestar sintomas perceptíveis pelos hipertensos. Outro fator preocupante é a compreensão equivocada de que a ausência de sintomas corresponde a um acontecimento positivo em sua essência.

Os conceitos de crescimento e desenvolvimento estão relacionados às mudanças fisiológicas e psicológicas inerentes ao ciclo vital humano. São influenciados pelas relações interpessoais na família e na sociedade⁽⁷⁾. *Eu não sentia nada, aí de repente acabei tendo esse derrame [...]* *Mas, graças a Deus eu estou aqui [...]* (P1)

Tais questões se correlacionam com o conceito de imagem corporal, entendida como o processo de percepção que cada sujeito tem de seu próprio corpo⁽⁷⁾. *Todo mundo acha que, para a idade que eu tenho, sou muito conservada. [...]* *Não parece que eu tenho esse sofrimento todo.* (P3)

Nesse contexto, o conceito de tempo se faz pertinente para a compreensão das etapas percorridas no processo de mudança e adaptação às condições crônicas de saúde. Tempo como percepção subjetiva de uma sucessão de eventos do passado, que desembocam no presente em direção ao futuro⁽⁷⁾. Dentre os intervenientes à adesão relacionados ao tempo, enfatiza-se a dificuldade com o tratamento farmacológico, pela recorrente ingestão de comprimidos.

Eu entendo que é importante, mas, às vezes passa despercebido tomar o remédio. (P5)

Já espaço é um componente essencial na estrutura conceitual aberta, porque para suas relações de percepção de si e do mundo, imagem corporal, e do próprio tempo, os indivíduos estão inseridos num determinado espaço. Desta forma, compreender a concepção de espaço dos portadores de HAS se faz relevante, visto que este influencia no processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

Eu morava no meio do mato, não tinha para onde eu ir, era tudo muito difícil [...] Tinha que ir ao médico, mas como? Se a gente não tinha dinheiro nem para pagar a passagem quanto mais para pagar médico. Nada era de graça [...] (P3)

Quanto ao sistema aberto interpessoal, a teoria ensina que conforme aumenta o número de pessoas, aumenta também a complexidade das interações, que compreendem os fenômenos interativos⁽⁷⁾. O processo de interação consiste em uma sequência de ações e reações e necessitam de pelo menos dois sujeitos para se efetivar. Trata-se da representação de comportamentos verbais e não-verbais direcionados a um objetivo. Sobre a interação, as falas se comportaram conforme se segue:

Eu moro aqui na esquina, olhando para cá vi gente chegando. Pensei: será que não vai ter nosso encontro? Eu gosto de vir e participar. (P3)

Percebe-se que o grupo se transformou num lugar acolhedor, onde vínculos foram estabelecidos e fortalecidos entre participantes e pesquisadores. Um lugar para compartilhar anseios e angústias, bem como perspectivas de vida. Deve-se considerar que as intervenções de enfermagem para pessoas hipertensas devem priorizar a troca de informações entre profissionais e clientela. Neste sentido, as funções executadas são dinâmicas e mudam a cada situação⁽⁷⁻¹²⁾.

Ter consciência da necessidade de incorporação de novos hábitos de saúde, e permitir a mudança, foi algo citado como fator decisivo na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. A determinação e a força de vontade foram pontuadas como características necessárias para a efetivação desse processo. A fé também foi apontada como contribuidora.

Apreendeu-se o conceito de estresse, entendido como situação em que o ser humano interage com o meio para obter o balanço do crescimento, desenvolvimento e desempenho, envolvendo intercâmbio de energia e informação entre pessoa e meio⁽⁷⁾. Os participantes apontaram o estresse como desencadeador de crises hipertensivas, implicando negativamente na adesão ao controle da HAS.

É importante ressaltar ainda que o processo de interação estabelecido no grupo levou às transações, que são condutas direcionadas a metas, ou seja, pessoas se comunicando e interagindo de maneira intencional, para a consecução de objetivo comum. Com isso, a partir do terceiro encontro discutimos o estabelecimento de metas, elencadas pelos participantes com o auxílio dos pesquisadores. Também foram discutidos meios de alcançá-las.

As metas de bem-estar estabelecidas conjuntamente no grupo para o controle da PA foram: tomar a medicação nos horários determinados pelo médico; melhorar hábitos alimentares; incorporar a prática de exercícios físicos e minimizar situações de estresse.

Os meios para seu alcance foram: afixar os cartazes elaborados pelos pesquisadores com os horários e as medicações em local visível; associar o horário das medicações a atividades desenvolvidas rotineiramente; alimentar-se de três em três horas, em pequenas porções; diminuir o consumo de sal nas refeições; aumentar a ingestão de frutas, verduras e legumes; tomar quantidade maior de água por dia; preferir carnes brancas; reduzir gordura no preparo dos alimentos; em momentos de raiva e estresse, tentar se dedicar a algo prazeroso que o faça relaxar e tentar incorporar alguma prática de exercício físico pelo menos três vezes na semana, com duração de, no mínimo, trinta minutos.

Pode-se constatar na continuidade dos encontros que os sujeitos incorporaram o cumprimento das metas pactuadas pelo grupo: *como a soja no lugar da carne. Aí o outro restante é a verdura, cozida e crua. (P8)* Inferiu-se êxito na incorporação de novos hábitos alimentares, referindo o aumento no consumo de verduras, legumes e frutas, de proteínas vegetais, como a soja, além da preferência por carnes brancas, e a redução na quantidade de alimentos por refeição.

Sobre o rigor na utilização da terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva, também pudemos observar transações: *Eu não esqueço mais de tomar o remédio. Foi bom depois que ela pregou o cartaz, agora eu sempre lembro quando vejo. (P2)*

Quanto à prática de exercício físico, apesar de ter sido uma das metas com maior dificuldade de incorporação, devido às limitações impostas pela idade e outras morbidades associadas à HAS, foi mantida, pois poderia ser implementada por parte do grupo. Uma das participantes afirmou estar realizando exercícios físicos regularmente. O controle dos níveis de estresse também foi citado, como exemplo, uso de medidas de relaxamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da Teoria de King vem permitindo interação entre profissional de enfermagem e paciente, valorizando sua participação no cuidado recebido, fazendo com que contribua nas decisões do tratamento e nas mudanças no estilo de vida necessárias à sua recuperação. Entretanto, para que essa inte-

ração enfermeiro-paciente seja eficaz é necessário que ocorra troca de informações, participação nas decisões, definições de objetivos mútuos e implementação de planos, promovendo condições dignas de vida e saúde para o hipertenso.

Constatou-se que os participantes aderiram às metas estabelecidas coletivamente, efetivando processos de transação. Este fato nos faz considerar que o espaço do grupo permitiu, de modo

singular, favorecer a consecução de metas, por meio do compartilhamento de dificuldades e potencialidades apresentadas pelos sujeitos no processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Então, conclui-se que a utilização da Teoria de King no tratamento da HAS possibilita compreensão mais ampla dos fatores que influenciam na qualidade de vida dessas pessoas, subsidiando a prática efetiva do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Nóbrega, M. M. L.; Silva, K. L. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEn; 2008/2009.
2. Malta, D.C. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiol.ServSaúde*. 2006;15(3):136-45.
3. Passos, V. M. A.; Assis, T. D.; Barreto, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol.Serv Saúde*. 2006;15(1):112-26.
4. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(1):1-69.
5. Vitor, R. S.; Sakai, F. K.; Consoni, P. R. C. Indicação e adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial. *Revista da AMRIGS*. 2009;53(2):117-21.
6. Leopardi, M. T. Teorias e método em assistência de enfermagem. 2ª ed. Florianópolis: Soldasoft; 2006.
7. King, I. M. A theory for nursing: systems, concepts, process. New York: Wiley Medical Publications;1981.
8. Pope, C.; Meyer, J. Pesquisa-ação. In: Pope C. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed;2009.p.135-46.
9. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.
10. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde;1996.
11. Falcão, L. M. F.; Guedes, M. V. C.; Silva, L. F. Portador de hipertensão arterial: compreensão fundamentada no sistema pessoal de King. *Rev Paul Enfermagem*. 2006;25(1):46-51.
12. Fava, S. M. C. L.; Figueiredo, A. S.; Franceli, A. B.; Nogueira, M. S.; Cavalari, E. Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial. *Rev enferm UERJ*. 2010;18(4):536-40.

Recebido em: 17.01.2013

Aprovado em: 20.02.2013

DISCURSOS DE MULHERES IDOSAS SOBRE SUA SEXUALIDADE

SPEECHES OF OLDER WOMEN ON THEIR SEXUALITY

Artigo Original

Nascssária Regia Cavalcanti Diniz¹

Maria Cidney da Silva Soares²

Aleksandra Pereira Costa³

Maria Djair Dias⁴

Cláudia Maria Ramos Medeiros⁵

RESUMO

Objetivou-se compreender como a mulher idosa entende sua sexualidade e como percebe seu corpo com o avançar da idade. Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido com 10 idosas de um projeto de extensão intitulado “Envelhecendo com Saúde” de Campina Grande - PB, utilizando a entrevista semi-estruturada. Foram seguidas as observâncias éticas, tendo sido o projeto encaminhado ao comitê de ética, só sendo operacionalizado após anuência desse órgão. Os dados foram analisados através da análise categorial temática, as falas foram transcritas e apresentadas de forma narrativa. Constatou-se decréscimo da atividade e desejo sexual com avanço da idade, sendo evidenciada insatisfação com corpo, redução da libido, assim como priorização de outras atividades em substituição ao sexo. Portanto, há necessidade de aprimoramento e maior atenção com esse público no que diz respeito à orientação das mudanças ocorridas na sexualidade durante o envelhecimento. Esperamos que, a partir deste estudo, outros sejam elaborados com o intuito de quebrar barreiras sociais e tabus em relação à sexualidade da mulher, especialmente das idosas.

Palavras-chave: Envelhecimento; Sexualidade; Saúde da Mulher; Idoso.

ABSTRACT

Sexuality is fundamental element for a good quality of life, however we still need knowledge of how people perceive and experience. The elderly, as well as in other age groups, are victims of a social recovery of the perfect body, which often gets

in the way sexuality. This work aimed to understand how the elderly woman understands her sexuality and how you perceive your body with advancing age. A descriptive, exploratory qualitative approach, developed with an older 10 extension project entitled “Healthy Aging” of Campina Grande - PB, using semi-structured interview. The study followed the ethical observances, where the project was submitted to the ethics committee approval only after being operationalized this organ. Data we reanalyzed by thematic categorical analysis, the speeches were transcribed and presented in narrative form. It was found decreased activity and sexual desire with age, being evident dissatisfaction with body, reduced libido, as well as prioritization of other activities to replace sex. So there is need for improvement and greater attention to this audience with respect to the direction of the changes in sexuality during aging. We hope that from this study, others are developed in order to break social barriers and taboos regarding sexuality of women, especially elderly women.

Keywords: Aging; Sexuality; Women’s Health; Aged.

INTRODUÇÃO

O declínio da fecundidade e mortalidade são algumas das causas do aumento de idosos na população. Essa informação se deve ao fato de termos um povo mais esclarecido, o que acaba mudando o panorama de saúde do Brasil. Assim, o número da população idosa cresceu consideravelmente, visto que a expectativa de vida no início do século passado era apenas de 33,7 anos e passou a ser, em 2007, de 72,2 anos⁽¹⁾.

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM-CG).

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente da FCM-CG. E da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente da FCM-CG.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada I do programa de pós graduação da UFPB.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB. Brasil. E-mail: claudiaramos.enf@gmail.com

Contudo, o Brasil caminha para ser o sexto país mais velho em número de idosos. São dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), que faz a estimativa de que isso ocorra no ano de 2025. Portanto, com o aumento da população idosa e a desinformação de como atuar com essa faixa etária, surge um problema de saúde pública, que carece de políticas eficazes para acolher uma sociedade que já envelheceu⁽²⁾.

O intuito do ser humano foi de sempre viver mais, e os dados epidemiológicos mostram que se conseguiu chegar a tal fato ou estamos a caminho. No entanto, percebe-se também que não se esperava por esse feito, visto que não houve um preparo da sociedade para isto, nem foram feitas políticas eficientes que beneficiem essa faixa etária⁽³⁾.

Tivemos de fato essa conquista que tanto se almejava, porém, ela veio acompanhada de grandes desafios, o que acaba transformando a vontade de viver em um pesado fardo⁽²⁾. No entanto, no Brasil, as políticas destinadas a essa parcela da sociedade ainda são tímidas e irracionais⁽¹⁾.

A política de Saúde do Idoso, criada em 1999, tem pouca funcionalidade. A portaria 1.395/GM tem o propósito de promover o envelhecimento saudável, manter e melhorar a capacidade funcional dos idosos, prevenir doenças e recuperar a saúde daqueles que adoecem, para que os mesmos tenham autonomia em suas funções na sociedade⁽²⁾.

No entanto, desafios como aspectos socioeconômicos, distribuição de renda, pobreza e desemprego, gênero feminino como predominante, aposentadoria, base familiar e estado civil, relação de gerações, migração e urbanização e atenção integral à saúde do idoso são todos aspectos que tornam difícil a possibilidade de que se coloque em prática o que prega a portaria 1.395/99 da Política Nacional da Saúde do Idoso⁽⁴⁾.

A literatura indica que qualidade de vida está atrelada à autoestima, à capacidade funcional, ao nível socioeconômico, às emoções, à interação social, ao cuidado com o próprio corpo, à capacidade intelectual e a valores éticos, culturais e religiosos. Porém, o que se percebe é que não há ainda estratégias eficientes para que a população com 60 anos ou mais envelheça ativamente⁽⁵⁾.

Com um medo desmedido de chegar à velhice, pelos preconceitos que sofrem as pessoas com mais de 60 anos, veem-se sem utilidade para a sociedade, o que acaba os afastando da busca por um envelhecimento ativo, uma vez que a qualidade de vida deve ser buscada pelo sujeito e garantida pelo Estado ao longo da vida⁽⁶⁾.

A expectativa de vida a partir dos 60 anos acompanha o sexo, pesquisa realizada⁽¹⁾ afirmou que as mulheres fazem sexo até aproximadamente 79,3 anos e os homens em média até 76,8 anos, desmontando os argumentos dos que afirmam que a mulher não tem mais desejo ou não deve fazer sexo no período da velhice.

Isso pode estar atrelado às questões de gênero fortemente arraigadas na sociedade. O conceito de gênero surge nas Ciências Sociais enquanto referencial teórico para análise e compreensão da desigualdade entre o que é atribuído à mulher e ao homem⁽⁷⁾. Os papéis de gênero nos são ensinados como práticos da condição de ser homem ou mulher, configurando-se

como imagem idealizada do masculino e do feminino, de modo que não percebemos sua produção e reprodução social⁽⁸⁾.

Os resultados das transformações na intimidade minimizam o abismo entre os sexos, bem como a emancipação da mulher e a não necessidade de romantismo. Essa mudança, permitindo novas configurações nos relacionamentos, também se refere aos cuidados corporais⁽⁹⁾.

Pelo fato do homem estar representado socialmente como ser viril, chefe de família, autoridade maior enquanto a mulher, em contrapartida, é vista como ser sensível, frágil e submisso, muitas vezes a mulher não tinha direitos nem sobre o próprio corpo, pois ele, o provedor do lar e da esposa/companheira, coordenava tudo, inclusive a vontade feminina.

Existe a necessidade de que se reconheça que a sexualidade da mulher idosa deve ser discutida e divulgada, para que possam viver sem medo de demonstrar sua sexualidade e para que não venham a adoecer por esse motivo.

O estudo teve por objetivo identificar como a mulher idosa entende sua sexualidade e a sua percepção do corpo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida no Grupo de extensão denominado "Envelhecendo com Saúde" da Fundação Pedro Américo com sede no Centro de Ensino superior e Desenvolvimento no Município de Campina Grande - PB. Participaram da pesquisa 10 mulheres idosas selecionadas a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser participante do grupo e aceitar de forma voluntária participar do estudo.

Conforme recomenda a Resolução nº. 196/96 sobre diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos, a coleta de dados ocorreu após autorização formal da coordenação do grupo e parecer de aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

A coleta dos dados se deu através de entrevista individual, dirigida às idosas que se encontravam nas reuniões semanais do grupo em estudo. O processo foi orientado por um instrumento semiestruturado elaborado pela pesquisadora. A pesquisa foi realizada no período entre setembro e outubro de 2010, sendo as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

A técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, foi utilizada na pesquisa por permitir uma sequência de etapas que inclui dissociar os dados de suas fontes e das condições gerais que o produziram⁽¹⁰⁾.

O corpus das comunicações foi construído observando os seguintes critérios: exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados nas comunicações), representatividade (que contém a apresentação do universo pretendido), homogeneidade (que obedece a critérios precisos de escolha dos temas) e pertinência (os documentos devem se adequados aos objetivos do estudo).

Analisando as unidades de significados, os elementos foram agrupados com base na semelhança semântica, a partir das quais

foram identificadas subcategorias empíricas, reagrupadas em torno de categorias analíticas centrais, numa lógica unificadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percepção do Corpo após o Processo de Envelhecimento

O comportamento evidenciado pelos idosos com relação à vivência de sua corporeidade é modelado representacional e socialmente. É óbvio e percebermos, com o olhar do senso comum, que eles ostentam posições e condutas que advêm da dimensão socialmente vista de seus corpos, especialmente no caso das mulheres.

Os limites corporais e a consciência da temporalidade são problemáticas fundamentais durante o envelhecimento, sendo necessária a aceitação das diversas mudanças decorrentes do processo de envelhecimento. Esse processo pode ser observado de forma reiterada no discurso das idosas, que se mostram satisfeitas com sua estética embora o tempo tenha lhes causado várias alterações.

“Me considero, eu só num sou satisfeita porque eu tenho problema de coluna, que hoje eu vivo quase aleijada e não posso trabalhar, mais tirando disso eu não sinto mais nada. Não sinto dor de cabeça, só a coluna que sinto dor no corpo todo”. (E-3)

“Eu sou satisfeita com tudo, Deus me fez perfeita, eu exerço direitinho, graças a Deus faço tudo sozinha”. (E-6)

“Fico satisfeita com o meu corpo graças a Deus”. (E-7)

Ainda que possam adquirir diferentes nuanças e intensidades dependendo da sua situação social e da sua própria estrutura psíquica, corpo e tempo se interligam no devir do envelhecimento. Das formas desse encontro nascerão as múltiplas velhices. Mas não podemos deixar de considerar que esta articulação ocorre em um determinado contexto social e político que influencia e determina nosso particular modo de abordagem. Das formas desse entrecruzamento nascerão às diferentes formas de envelhecer⁽¹¹⁾.

De acordo ainda com os discursos, é evidenciado que o contexto social e cultural no qual a idosa está inserida se reflete diretamente na forma de enfrentamento das modificações provocadas pelo envelhecer, pois a aceitação é excitada, na maioria dos casos, com base na religiosidade, numa espécie de conformação ao “querer divino”. Contudo, percebemos que, apesar do processo degenerativo intrínseco ao processo de envelhecimento, há em algumas idosas a cumplicidade com o espelho, que corrobora uma vida senil sem frustrações.

O envelhecimento é um processo fisiológico e não está necessariamente ligado à idade cronológica. Habitualmente, ele está unido a mudanças do corpo, como o aparecimento das rugas, dos cabelos brancos e diminuição das capacidades físicas. A mulher idosa relata que o passar dos anos desfaz sua beleza, deforma-lhe o corpo, como o espelho mostra a cada dia, não

tendo mais o direito de sonhar ou despertar interesse. Ela encara seu pior inimigo, o tempo, carregando todos os preconceitos e restrições que o meio social impõe à velhice, principalmente no que diz respeito à sexualidade⁽¹²⁾.

“Não acho que hoje em dia não adianta mais de jeito nenhum, a respeito do corpo fica desse jeito mesmo”. (E-2)

“Não, não sinto nada não. Sou conformada, nem lembro dessas coisas. Eu achei ruim porque engordei que eu não era desse jeito, mudou meu corpo por isso achei ruim que engordei muito”. (E-3)

As alterações nas dimensões corporais ocorrem à proporção em que acontece o aumento da idade, evidenciando-se na faixa etária mais envelhecida, na qual os riscos à saúde são potencializados. Dentre as alterações destacam-se: a redistribuição da gordura localizada nos membros à parte central do corpo, a diminuição da massa magra bem como o aumento da massa gordá⁽¹³⁾.

“O corpo, a pele ficou mais caída, fiquei mais preguiçosa, fiquei uma velhusca”. (E-4)

Com o envelhecimento as fibras colágenas e elásticas que dão elasticidade e firmeza à pele alteram-se. A elastina torna-se porosa, perdendo, então, a elasticidade e dando o aspecto da pele do idoso, o que é evidenciado pelas rugas. As espessuras da pele e do subcutâneo diminuem, os vasos sanguíneos rompem-se com facilidade e de forma mais frequente, propiciando o aparecimento de equimoses aos menores⁽¹⁴⁾.

“Agora tá parecendo que tô perdendo quilo, eu tinha mais corpo, mas agora tô me achando menos”. (E-5)

Na terceira idade o corpo é afetado de um modo geral. O metabolismo se torna mais lento, fazendo com que os processos fisiológicos ocorram com menos eficácia, afetando, dessa forma, os sistemas corporais, acarretando mudanças indesejadas e involuntárias ao corpo. Isso faz com que as idosas tornem-se insatisfeitas com suas novas formas. Um dos fatores relacionados à ausência de sexualidade da mulher idosa seria a imagem que esta mulher possui do seu próprio corpo e das modificações que ocorrem, fazendo-as acharem-se menos atraentes e incapazes de conquistar seu marido, o que gera conflitos emocionais⁽¹²⁾.

Sexualidade da Mulher Idosa

A sexualidade na velhice é um tema comumente negligenciado pela medicina, pouco conhecido e menos entendido pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais da saúde⁽¹⁵⁾. A atividade sexual humana depende das características físicas, psicológicas e biográficas do indivíduo, além da existência de um companheiro (de suas características) e do contexto sociocultural onde se insere o idoso.

“Olhe o que a gente não se sente bem, é quando a pessoa envelhece os órgãos da gente ficam ressecado”. (E-5)

“Sim, por causa da menopausa, ela deixa a vagina ressecada, é falta de apetite pra o sexo, a gente quando vai chegando essa idade, tem ter mais diálogo, conversa, porque a vagina ressecada fica dolorido ai a gente tem que ir no ginecologista pra ela passar uma pomada pra ajudar nas dor porque fica muito ressecada”. (E-10)

Na última década, alguma mudança com respeito à sexualidade tem mostrado um aumento do número de idosos que buscam conselho e tratamento para suas eventuais disfunções sexuais⁽¹⁶⁾. Nos idosos, a função sexual está comprometida pelas mudanças fisiológicas e anatômicas do organismo produzidas pelo envelhecimento. São mudanças fisiológicas que podemos distinguir das alterações patológicas na atividade sexual, causadas pelas diferentes doenças e/ou por seus tratamentos. Os estudos médicos mostram que a maior parte das pessoas de idade avançada é perfeitamente capaz de realizar atividades sexuais e de sentir prazer nas mesmas atividades que se entregam as pessoas mais jovens. Portanto, é necessário trabalhar com a mulher idosa sobre essas possibilidades durante a consulta de enfermagem, possibilitando a elas um maior entendimento de seu corpo e das mudanças fisiológicas ocorridas normalmente durante o envelhecimento.

A diminuição da libido e a falta de repetição das relações sexuais no climatério pós-menopáusico estariam ligadas principalmente à maior prevalência de dispareunia e arrebatamentonesse período⁽¹⁷⁾. Entre as causas da redução da atividade sexual no climatério, está a maior ocorrência de dispareunia decorrente de atrofia urogenital e a diminuição do desejo sexual⁽¹⁸⁾. No climatério, a frequência das relações sexuais teria sofrido influência do próprio processo de envelhecimento, manifestado principalmente pela idade. O envelhecimento feminino é acompanhado por uma maior oscilação de humor, com ocorrência mais acentuada de quadros depressivos, ansiedade, irritabilidade e sintomas vasomotores que, somados a fatores psicossociais e culturais, podem intervir na atividade e desejo sexual⁽¹⁹⁾. A maior prevalência de disfunções sexuais no climatério torna necessária a atenção dos ginecologistas para a ocorrência de dificuldades na condição sexual a cada consulta médica. No entanto, é reconhecido que estes, não raramente, encontram-se pouco habilitados para abordar eventuais dificuldades relacionadas à sexualidade feminina, sobretudo entre as mulheres mais idosas⁽²⁰⁾.

Ao serem perguntadas sobre a presença de libido, a maioria das idosas informaram que este é pouco presente ou mesmo ausente.

“Não, sinto não. Uma porque eu penso assim no tempo que era moça eu não era tão quente como diz o povo, ai já na idade que eu vivo eu não tenho esse avoroço. É uma coisa que a gente não sente, ai não sabe nem responder”. (E-6)

“Sentia, mas era diferente da mocidade e muita”. (E-2)

Contudo, é confirmado um decréscimo geral da atividade e prazer sexual com a idade. Porém, existe importante variação individual, dependendo das circunstâncias, tais como o aparecimento de doenças e ausência de parceiros. Muitas pessoas conservam uma atividade sexual satisfatória e relativamente frequente por volta dos 60 e 70 anos, porém com muito menos intensidade, como comprovado com a pesquisa.

Uma pesquisa⁽²¹⁾ remete à questão da assexualidade feminina na velhice, deixando-nos concluir que o nosso olhar ocidental confere a essas mulheres uma vida voltada quase que exclusivamente ao âmbito da família, às atividades domésticas, religiosas e/ou filantrópicas. Atribui-se, assim, a essas mulheres uma imagem de “velhinhas encantadoras”, de cabelinhos brancos, muito religiosas e comportadas, respeitáveis e piedosas, dedicadas aos netos e à esfera privada, voltadas única e exclusivamente para o âmbito doméstico. A mulher velha que foge a essas regras é considerada, muitas vezes, pela nossa sociedade preconceituosa, como velha “assanhada” e “saeca”. Outras vezes, é uma velha “gagá”. Por terem sido adultas criadas na mesma sociedade preconceituosa em questão, as próprias idosas se policiam contra o desejo sexual, tornando-se vítimas dos pudores que lhe foram ensinados e tornando a terceira idade uma época na qual se deve esquecer a sexualidade e ocupar-se de outras atividades.

“Não, agente fica feito uma criança, nem lembra dessas coisas, mais lembra de outras atividades, passear, conversar com os amigos, mas esse negócio já ficou pra lá”.

“Não senhora, conheço o meu lugar”.

Uma senhora de idade demonstrando um interesse evidente pelo sexo, é frequentemente considerada como alguém que sofre de problemas “emocionais”⁽²²⁾. Se ela demonstra que está na posse de suas faculdades mentais e ativa sexualmente, pode ser chamada “depravada” ou, de maneira mais delicada, ouvir que está assegurando sua juventude perdida.

A sexualidade na velhice é um tema pouco conhecido e compreendido pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais de saúde⁽¹⁵⁾. Ao contrário do que se pode pensar, a velhice é uma idade com tanto potencial quanto qualquer outra, no que se refere à vivência do amor e à questão da prática da sexualidade. Muitas mulheres são reprimidas sexualmente, porém, com o passar dos anos, ganham experiência, mais confiança em si mesmas e no parceiro, podendo usufruir de maior prazer na relação sexual do que quando eram jovens⁽²³⁾. Os estudos médicos demonstram que a maioria das pessoas de idade avançada é capaz de ter relações e de sentir prazer em toda a gama das atividades a que se entregam as pessoas mais jovens. Uma pesquisa⁽⁴⁾, realizada com 456 mulheres, com faixa etária dos 45 aos 60 anos, constatou que 68% das mulheres entrevistadas mantêm atividade sexual e que, dentre estas, 88% têm prazer na relação, o que corrobora com nosso estudo, no qual as idosas que ainda possuem parceiros afirmam realizarem normalmente atividade sexual.

“Ainda realizo e gosto muito, não sei por que acham que a gente não faz mais (risos)”. (E-7)

“Claro que sim, por que não?” (E-5)

O desejo, com relação à atividade sexual, permanece normalmente com o passar dos anos, derrubando a crença de que a idade interfere na continuidade da vida sexualmente ativa ou a prejudica, contribuindo para a qualidade de vida nos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o crescimento da população idosa mundial seja um dos principais indicativos da melhoria da qualidade de vida, é importante ressaltar que o processo de envelhecimento está atrelado a perdas importantes em diversas categorias fisiológicas, corroborando inevitavelmente para perdas motoras significativas, reduzindo a independência do idoso.

Assim se faz necessária a elaboração de projetos e programas que contribuam para uma melhor compreensão da lógica de promoção da saúde do idoso, na tentativa de resgatar seu valor social. Tal resgate passa, inevitavelmente, por assegurar sua cidadania plena. Para que esse estágio seja alcançado, são necessários estudos que avaliem a eficiência dos programas que propiciam uma melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Para tanto, reconhecer que cada um tem sua própria maneira de expressar sua sexualidade, sobretudo as idosas, oferece-lhes a oportunidade não somente de expressar paixão, mas também afeto, carinho, estima e lealdade. Trazendo embutida a possibilidade de

emoção, romance e alegria de estar vivo, favorecendo para que haja uma maior qualidade de vida dessas pessoas consideradas idosas.

A falta de desejo sexual foi referida por elas como um entrave na realização de relações sexuais. É necessário, portanto, trabalhar isto para que possam aprender a conhecer seu corpo e aflorar melhor o desejo, além de identificar e trabalhar com aspectos próprios do envelhecimento, tais como o ressecamento vaginal, citado pela maioria delas como empecilho.

As idosas percebem seu corpo como algo diferente, talvez pela cobrança social, do culto ao corpo perfeito. É necessário aqui refletir sobre o processo de envelhecer e fazer essas mulheres acreditarem que as rugas são somente linhas que expressam uma vida de lutas e conquistas até aqui, não algo anormal. Trata-se de algo que é característico do envelhecimento.

Outras idosas mostraram que tentam substituir o sexo por outras atividades, por acharem que o sexo é algo de jovem e não de pessoas idosas. É preciso desconstruir, portanto, alguns tabus sociais em relação à sexualidade, pois não há data prevista para o fim da relação sexual.

Acreditamos que não é fácil trabalhar com um tema carregado de tabus e preconceitos social e historicamente perpetuados. No entanto, devemos desfazer os nós que rodeiam a questão para que ações sejam efetivadas no intuito de trazer à tona o problema e melhorar a qualidade de vida, procurando desenvolver ações que possam promover um envelhecimento ativo em todos os sentidos.

REFERÊNCIAS

1. Garrido, R.A.B.; Menezes, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *RevBras Psiquiatr.* 2002.
2. Brasil. Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. Ministério da Saúde. 2005.
3. Smethurst, W. S. Envelhecimento Ativo: da intenção à ação. Anais do I Seminário de Estudos Populacionais do Nordeste; 2004 Escola Superior de Educação Física. Universidade de Pernambuco.
4. Rosa, T. E. C. Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37(1):40-48.
5. Dalla Vecchia, R.; Ruiz, T.; Bochhi, S. C. M.; Corrente, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *RevBrasEpidemiol.* 2005; 246.
6. Ballone, G. J. O sexo nos idosos – em Psiqweb Psiquiatria Geral, internet, 2001.
7. Lopes, G. Sexualidade Humana. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1993. ISBN: 85-7199-058-1. 77-81
8. Capodieci, S. A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os 60 anos. Tradução de Antonio Angonese. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2000.
9. Gomes, L. Sexologia em Portugal. 1ª edição, I Volume Lisboa. Texto editora 1987. 94-100
10. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.
11. Goldfarb, D. C. Corpo, tempo e envelhecimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998
12. Risman, A. Atividade Sexual na terceira idade. Org. Renato Veras. Ed. RelumeDumará; 1995.
13. Bembem, M. G.; Massey, B. H.; Bembem, D.; Boileau, R. A.; Misner, J. E. Age-Related Patterns in Body Composition for MEN Aged 20-79 yr. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, EUA; 1995 27(2):264-9.
14. Souza, R. S. Anatomia do envelhecimento. In: Papaléo Neto M, Carvalho Filho ET. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 35-42.
15. Steinke, E. E. Sexuality in Aging: Implications for Nursing Facility Staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 1997; v. 28, n.2. p. 59-63.
16. Schiavi, R. C.; Rehmam, J. Sexuality and Aging. *Impotence*. 1995; 22(4): 711-725.
17. Dennerstein, L.; Dudley, E.; Burger, H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *FertilSteril*. 2001; 76(4):456-60.
18. Santos, M. D. S.; Sala, M. G. Climatério y menopausia. Parte II. La sexualidad em el climatério. *Sexol Soc.* 1999; 5(3):17-9.
19. Avis, N. E.; Stellato, R.; Crawford, S.; Johannes, C.; Longcope. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*. 2000; 7(5):297-309.
20. Penteado, S. R. L.; Fonseca, A. M.; Assis, J. S.; Bagnoli, V. R.; Abdo, C. H. N. Sexualidade no climatério e na senilidade. *RevGinecol Obstet*. 2002; 11(3):188-92
21. Pires. De um corpo que se finda a um corpo que se faz: um estudo sobre a sexualidade feminina na velhice. [Dissertação] Mestrado em Educação e Cultura: Universidade do Estado de Santa Catarina; 2003.
22. Butler, R.; Lewis, M. I. Sexo e amor na terceira idade. 2ª ed. São Paulo: Summus; 1985.
23. Fraiman, A. P. Sexo e afeto na terceira idade. São Paulo: Gente; 1994.
24. Tadini, V. Sexo depois dos 45. *Jornal da Unicamp: Universidade Estadual de Campinas*. SP. 2000.

Recebido em: 07.02.2013

Approved em: 15.03.2013

MORTALIDADE MATERNA POR CAUSAS EVITÁVEIS: A REALIDADE DO ALTO-OESTE POTIGUAR

MATERNAL MORTALITY AND CAUSE PREVENTABLE: THE REALITY OF THE UPPER WEST POTIGUAR

Artigo Original

Erionildes Lopes de Moura¹

Ellany Gurgel Cosme do Nascimento²

Eliana Barreto Fixina³

RESUMO

Estudo de análise documental, abordagem qualitativa dos dados e da revisão bibliográfica, análise de todas as declarações de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) nos anos de 2006 a 2009 com foco nas mulheres que faleceram nos períodos gestacionais e ou puerperais por causas diretas. Os objetivos da pesquisa ficaram limitados, principalmente devido à falta de rigor nos registros encontrados, onde outras variantes poderiam estar corroborando para conclusões mais precisas. Mesmo diante desses entraves, percebe-se que o Alto-Oeste potiguar segue uma tendência nacional, tanto no que se refere às principais causas de óbitos maternos diretos, como nos fatores de risco como idade, grau de instrução, local de óbito, além da necessidade de melhoria no preenchimento dos dados.

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Cuidados de Enfermagem; Gravidez.

ABSTRACT

Documentary analysis, qualitative data and literature review, analysis of all death certificates of women of childbearing age (10 to 49) in the years 2006 to 2009 with a focus on women who died in the period of pregnancy and puerperal or by direct causes. The research objectives were limited, mainly due to lack of rigor found in the records where other variants could corroborating findings are more accurate. Even before these obstacles realizes that the High West potiguar follows a national trend, both with regard to the major direct causes of

maternal deaths, and risk factors such as age, education level, place of death, and the need for more complete data.

Keywords: Maternal Mortality; Nursing Care; Pregnancy.

INTRODUÇÃO

Devido aos altos índices de mortes provocadas por complicações da gravidez possíveis de serem evitadas e aos anseios pela emancipação da mulher na sociedade contemporânea, muitas políticas de saúde foram implantadas a fim de mudar o quadro de saúde da população feminina, que além de sofrer por (pré) conceitos relativos à sua “subalternidade”, eram afligidas por ausência de ações de saúde para que viessem mudar o quadro de morbimortalidade que existia no Brasil e no mundo.

As ações do governo brasileiro se legitimaram na implantação dos programas “Saúde Materno Infantil” e “Assistência à Saúde da Mulher”, mas, também elencamos que esses programas, principalmente o primeiro, abordavam a mulher apenas no seu ciclo gravídico puerperal. Ainda assim, com uma assistência de má qualidade⁽¹⁾.

A preocupação sobre as questões da mortalidade materna que se evidenciavam em toda a humanidade alicerçaram várias ações para mudar esse quadro não desejado. Foi na *International Conference on Safe Motherhood*, conferência realizada em Nairobi, Quênia, em 1987, quando a mortalidade materna passou a ser vista como grave problema de saúde da mulher e de saúde pública nos países em desenvolvimento. As estimativas de risco de morte materna nos países subdesenvolvidos variavam de uma morte para 15, até uma morte para 70 mulheres durante a gestação, ao passo que nos países desenvolvidos esses valores se situavam entre uma para três mil e uma para dez mil⁽²⁾.

¹ Enfermeiro. Graduado na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) - Pau dos Ferros.

² Enfermeira. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem na UERN - Pau dos Ferros e Doutoranda Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UERN - Natal. E-mail: ellanygurgel@hotmail.com

³ Enfermeira. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem na UERN - Pau dos Ferros e Doutoranda Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UERN - Natal.

Os índices de mortalidade materna indicam a inserção da mulher dentro do contexto social e suas formas de produção e reprodução, caracterizando quais assistências ela terá no seu ciclo gravídico e se os serviços são de qualidade ou não⁽³⁾.

Em pesquisas que mensuraram a qualidade de saúde das mulheres grávidas na década de 70-80, as mortes maternas aqui no Brasil chegavam a 300 para cada 100.000 mulheres grávidas, seja por problemas ocorridos antes ou após o parto, legitimando a precariedade de procedimentos e dos serviços de saúde em nossa nação. Esses estudos demonstraram que 30% eram decorrentes de problemas hipertensivos nos períodos que antecediam o parto; cerca de 20% relacionados a infecções adquiridas no pós-parto, sendo indicativo de que haveria possibilidades para se evitar pelo menos 50% dessas mortes com medidas simples⁽⁴⁾.

Assim, o presente ensaio analisa as causas e os perfis das mulheres que foram a óbito por causas maternas evitáveis no Alto Oeste Potiguar, descrevendo as principais causas de mortes no período gravídico e puerperal.

METODOLOGIA

Estudo de análise documental com abordagem qualitativa dos dados e da revisão bibliográfica. A coleta e análise transcorreu no período de novembro a dezembro de 2011 e se alicerçou na análise de todas as declarações de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) nos anos de 2006 a 2009, com foco nas mulheres que faleceram nos períodos gestacionais ou puerperais por causas diretas, elencando as situações financeiras, grau de instrução, estado civil, número de consultas pré-natais, problemas de saúde apresentados no decorrer das gestações e idade das mulheres no momento dos óbitos. A coleta de dados sobre a realidade do Alto Oeste Potiguar se deu na VI URSAP - Unidade Regional de Saúde Pública, situada no município de Pau dos Ferros/RN.

A presente pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UERN, CAAE 0102.0.428.000-10, em 07 de janeiro de 2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, os países da América Latina e do Caribe registram a cada ano um nível “vergonhoso” de mais de 23 mil mulheres mortas por complicações durante a gravidez ou no parto, sendo a maioria dessas mortes evitáveis, enquanto nos países desenvolvidos o risco de morrer por essas causas é de 01 para cada 7.750 mulheres. Na região latino-americana esse índice sobe para 01 para cada 130⁽⁵⁾.

As discrepâncias nos índices de mortalidade materna nas diferentes regiões brasileiras representam a diversidade de realidades num país continental, existindo situações como a de, em 2005, o Brasil ter média de 53,3, com 40,7 no Sudeste e 66,9 no Nordeste⁽⁴⁾.

Sendo um entrave no contexto social brasileiro, no qual, além de as políticas públicas de saúde serem ineficazes, são inexistentes em certas regiões ou com qualidade bem abaixo da média nacional, quando comparadas com as regiões Sul e Sudeste, evidenciando uma política não igualitária em sua qualidade na assistência à saúde da mulher. Assim, a morte materna no Brasil mantém a mesma lógica de equidade do desenvolvimento industrial, acesso a emprego, renda e escolaridade. Por isso é que encontramos maiores índices de mortalidade

materna no Nordeste e na Amazônia Legal⁽⁶⁾. Essa disparidade também fica evidente quando relacionamos mães com grau de instrução distinto. A baixa escolaridade está associada a um risco maior de mortalidade materna⁽⁷⁾.

Na realidade do estado potiguar, confirma-se que esta problemática de saúde pública aflige também está presente. O coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) atinge números considerados preocupantes nos períodos de 2005 a 2008 no Rio Grande do Norte, já que o país criou e efetivou ações visando a erradicação das mortes de mulheres em período de gestação, sendo elas de causas evitáveis. O coeficiente de mortalidade materna atingiu números como 57,59 em 2005, 74,4 em 2006, 53,3 em 2007 e 61,47 em 2008⁽⁸⁾. Vale salientar que esses números podem ser bem maiores devido à ineficiência dos Comitês de Mortalidade Materna, condicionados por diversos fatores, como a falta de equipes empenhadas exclusivamente na busca de resoluções nas investigações dos óbitos maternos, sendo um dos entraves percebidos na realidade pesquisada.

Na região do Alto Oeste Potiguar, revelam-se números de CMM preocupantes: 114% em 2006, 103% em 2007 e 50,9% em 2008⁽⁸⁾.

Percebe-se que o coeficiente do alto-oeste vai a patamares acima de 100 em dois anos consecutivos, constituindo o dobro do coeficiente estadual no ano de 2007. Tais números podem ser ainda maiores. Autores afirmam que os valores reais podem chegar ao dobro do que se vê nos dados oficiais, devido à subinformação.

Para uma melhor interpretação das análises dos dados coletados na VI Unidade Regional de Saúde Pública – URSAP vamos expor os consolidados (Tabelas) de cada ano separadamente, mensurar as principais causas e os condicionantes que interferem na qualidade de vida das mulheres nos períodos gestacionais.

Vários autores trataram em suas pesquisas dos Comitês de Mortalidade Materna nas regiões brasileiras em que a prevalência de óbitos se dá na faixa etária de menos de 20 e acima dos 35 anos de idade. Isso significa que essas pacientes são de risco e que precisam de uma atenção pré-natal de qualidade, com garantia de assistência ao parto por profissional qualificado, em uma unidade de serviço com recursos humanos e equipamentos que possam assistir de maneira integral a mãe e o neonato.

Mediante as dificuldades encontradas devido à omissão de informações nos prontuários, D.O. e fichas de investigações, ainda se percebe que há uma nítida relação entre o grau de escolaridade e o número de consultas pré-natais, nos casos onde há dados para análise, sendo um indicador das necessidades de saúde e de educação. Tais problemas evidenciam-se em mulheres com menor grau de instrução, devido principalmente à falta de compreensão quanto à importância do acompanhamento gestacional, pela dificuldade no entendimento das ações preventivas assentadas pelos profissionais de saúde e pelo fato de “tabus” ainda estarem presentes em pessoas de maior idade.

De acordo com a Secretaria de Atenção à Saúde do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, no Brasil vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulheres que realizam o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 em 2005. Em muitas regiões da nossa federação esses números são bem menores, não atingindo o mínimo de consulta preconizado pelo Ministério da Saúde⁽⁹⁾.

Mesmo com a tendência de uma maior cobertura e a própria aceitação por parte da mulher na atual conjuntura, estudos

Tabela 1

Idade	Escolaridade	Nº de Consultas	Local de Residência	Causas	Local do Óbito
2006					
39	2º Incompleto	09	Alexandria	Hemorragia Intraventricular, Choque Circulatório, HAS	Hosp. Regional Tarcísio Maia
38	1º Incompleto	03	José da Penha	Aneurisma, Assistolia, AVE-H	Hosp. Monsenhor Walfredo Gurgel
38	Ignorado	08	Pau dos Ferros	Desconhecida	Via Pública
35	Ignorado	Ignorado	Major Sales	Morte Súbita do grande mal epiléptico	Domicílio
2007					
44	Ignorado	Ignorado	Venha Ver	Falência orgânica múltipla, AVC e Eclâmpsia	Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade
21	2º Completo	08	Pau dos Ferros	PCR, IAM não especificado	Maternidade Santa Luiza de Marillac
37	1º Incompleto	Ignorado	Antonio Martins	IAM não especificado	Domicílio
35	Ignorado	Ignorado	Umarizal	PCR, Hemorragia uterina, Atonia Uterina	Via Pública
2008					
39	Ignorado	Ignorado	São Miguel	Hemorragia, Aneurisma de localização não especificado	Domicílio
42	Ignorado	Ignorado	São Miguel	PCR, Embolias de origem obstétrica, HAS	Unidade Mista Hospitalar Aurea de Figueiredo

Fonte: VI Unidade Regional de Saúde Pública – URSAP

mostram que as consultas são muito rápidas, fazendo com que possíveis anormalidades não sejam percebidas, impedindo que as mulheres possam referir suas queixas, dúvidas e angustias intrínsecas à gravidez. São fatores determinantes dessa situação: a dificuldade de recursos humanos em unidades básicas de saúde, baixos salários e carente infra-estrutura, entre vários outros problemas, que incluem a atitude dos profissionais de saúde.

Muitas vezes as causas dos óbitos registrados são desconhecidas. No entanto, prevalecem os distúrbios circulatórios, seguindo o padrão encontrado em muitos estudos nacionais e internacionais. Dos óbitos que ocorrem nos períodos de 2006 a 2008, houve uma prevalência de 08 casos relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, os outros 02 foram ocorridos por outros problemas e ou por causas desconhecidas. Dos 10 casos, 05 faleceram em instituições de saúde, Desses, apenas 02 vieram a óbito nas suas cidades de residência, sendo possível trazer a discussão acerca da qualidade da assistência prestada pelos municípios de residência, se os mesmos são referências ou referenciados para instituições de outras cidades, bem como se as secretarias de saúde dão suporte e apoio para a transferência segura e de qualidade para as gestantes que precisem ser deslocadas para outras instituições.

Dentro dessas discussões, abrem-se infinitas possibilidades em relação à seriedade e qualidade da assistência prestada para as gestantes em suas cidades. É comum as instituições de saúde atrelarem a sua dinâmica serviços obstétricos. Porém, na maioria das vezes não existe apoio técnico para dar subsídios a partos de qualidade ou a alguma intercorrência. Simplesmente não existem insumos para estabilizar a paciente e evitar sua morte.

Houve 03 óbitos em hospitais fora do município de residência, sendo este um fator para o aumento do número de óbitos

maternos, já que na maioria das intercorrências não se dispõe de tempo e nem de transporte adequado para transferi-las para outras localidades melhor equipadas para atender as suas necessidades de saúde.

Devido aos desafios na coleta de dados e perante toda problemática da inatividade do Comitê Regional, percebeu-se a necessidade de confrontamos os dados coletados com os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, no qual existe uma discrepância em relação ao período investigado. No ano de 2006, os registros do Sistema de Informação de Mortalidade apresentam apenas 01 óbito, em 2007 apenas 02 e em 2008 01 óbito notificado, percebendo que essas diferenças podem ter acontecido pela própria dificuldade da equipe técnica em dar continuidade às transferências de informações para as instâncias superiores, o que se constitui como mais um ponto que requer a tomada de medidas para a legitimação do Comitê Regional.

As contribuições que os comitês propõem para melhorias na assistência à mulher são possíveis com um trabalho árduo, cansativo e de muita dedicação. A realidade dos comitês são quase as mesmas em muitos estados brasileiros, onde as equipes estão atreladas ao serviço de vigilância epidemiológica, não sendo instituições com pessoal exclusivamente para a investigação de óbitos em mulheres em idade gestacional e ou puerperal⁽⁶⁾.

Como os comitês têm datas estabelecidas para fechar a investigação dos óbitos ocorridos e muitas vezes são necessárias fazer outras investigações epidemiológicas, as datas não são respeitadas ou, quando são, a investigação não tem uma abordagem de qualidade. Sem falar em todo choque emocional que pode haver quando os profissionais vão até a residência da falecida depois de 3 a 4 meses, para investigar o caso, relembrando todo o sofrimento

mento de perder um ente querido, o que é muito constrangedor para a equipe técnica e para os familiares entrevistados.

Frente a esses problemas percebidos nos comentários dos próprios profissionais que compõe os Comitês de Mortalidade Materna, legitimam-se novos paradigmas para equiparar as regionais de saúde com profissionais exclusivos para investigações de óbitos maternos, dando rigor em seus trabalhos e resultados, contribuindo decisivamente para a diminuição e erradicação da morte materna por causas evitáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os coeficientes de mortalidade materna decresceram em proporções consideráveis, ficando inegáveis suas contribuições na institucionalização do parto, mas ressaltamos a necessidade de repensarmos os procedimentos realizados em nossos dias, pois, mesmo com as propostas de sua institucionalização, de uma assistência de qualidade e humanizada defendidas pelo SUS, de acompanhamento em todo o período gestacional, a partir das singularidades e necessidades de cada gestante, ainda vivenciamos índices inaceitáveis de mortes maternas.

Levando em conta as disparidades regionais, a oscilação verificada ao longo dos anos no país pode atentar para vários fatores que colaboram para perpetuação do problema.

Tecnicamente, as propostas que subsidiam as políticas de saúde são de valor inestimável, sempre objetivando ações de qualidade. Porém, percebe-se que as propostas simplesmente se dissolvem antes de sua efetivação. Portanto é provável que os problemas decorrentes dos altos índices de morte materna tenham também motivos gerenciais, e não apenas econômicos, pois, ao longo dos últimos vinte anos, a qualidade de vida melhorou nas regiões mais pobres mas os coeficientes não decresceram, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. É evidente que, enquanto as ações não forem efetivadas de acordo com suas bases pragmáticas, as gestantes continuarão morrendo por causas simples e, na maioria das vezes, evitáveis. Continuarão as discrepâncias regionais em nossa nação.

Frente a isto, percebemos a importância dos comitês para redução da morte materna, pois é legítima sua contribuição

para demonstrar quais setores estão mais inoperantes dentro dos serviços de saúde, bem como quais regiões necessitam de maiores investimentos, sempre aspirando mudanças nas ações em saúde, contribuindo para uma assistência de qualidade em todos os níveis de complexidade. Todavia, faz-se necessário repensarmos a necessidade de novos paradigmas no que compete aos comitês, pois é comum em nossa realidade equipes com limitações, devido à falta de capacitação técnica e limitação de recursos financeiros, mostrando-se como fatores que irão contribuir para mascarar a realidade investigada.

Observa-se uma discrepância nos dados devido à precariedade dos registros, legitimando-se como fator que contribui para ocultar a realidade de óbitos maternos. Alguns casos notificados na regional sequer foram transmitidos para o SIM, falseando os índices de mortes maternas no Estado. São questões que devem ser abordadas em reuniões de nível estaduais, junto aos gestores locais, para torna-se público esse grave problema e, acima de tudo, para que metas possam ser cumpridas com o intuito de evitar mais mortes maternas em nossa realidade.

Os objetivos da pesquisa ficaram limitados, sobretudo devido à falta de rigor nos registros encontrados, sendo que outras variantes poderiam estar corroborando para conclusões mais precisas. Mesmo diante desses entraves, percebe-se que o Alto-Oeste potiguar segue uma tendência nacional, tanto no que se refere às principais causas de óbitos maternos diretos (hipertensivas) como nos fatores de risco: idade, grau de instrução, local de óbito, além da necessidade de melhoria no preenchimento dos dados.

Evidenciam-se pressupostos para a necessidade de novos paradigmas, com objetivos de desmascarar a real situação de saúde das mulheres no período gravídico-puerperal por meio de melhor qualidade nos registros, na busca de casos de mortes materna mascaradas, na união de forças dos profissionais que compõem os comitês, dos atores que compõem os serviços de saúde, dos nossos representantes locais que têm o poder decisório de propor ações de qualidade, além das sociedades civis organizadas que, mediante controle social, podem efetivar novas propostas e fiscalizar a continuidade para a melhoria da assistência à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Brêtas, A. C. P.; Pereira, A. L.; Saporoli, E. C. L.; Ratto, M. L. R. Política do planejamento familiar no Brasil: um problema de saúde pública. *Acta Paulista de Enfermagem*, 1990. 3(2):59-63
2. Laurenti, R.; Mello-Jorge, M. H. P. Gottlieb, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cad. Saúde Pública*, 2000.16(1):23-30.
3. Silva, K. S. Mortalidade materna: avaliação da situação no Rio de Janeiro, no período de 1977 a 1987. *Cad. Saúde Pública*, 1992.8(4):442-453.
4. Morse M. L.; Fonseca S. C.; Barbosa M. D.; Calil M. B.; Eyer F. P. C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(4): 623-638.

5. Mirta R. Estratégia Regional para a redução da mortalidade e morbidade maternas, OMS/OPAS, 2005.
6. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010.
7. Haidar, F. H.; Oliveira, U. F.; Nascimento, L. F. Costa. Escolaridade materna: correlações com indicadores maternos. *Cad. Saúde Pública*. 2001. 17(4):1025-1029
8. Comitê Estadual de Mortalidade Materna. Natal, Secretaria Estadual de Saúde Pública- RN, 2009.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde área técnica de saúde da mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, 2002.

Recebido em: 15.02.2013

Aprovado em: 05.03.2013

DOENÇAS CARDIOVASCULARES: FATORES DE RISCO EM TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL

CARDIOVASCULAR DISEASE: RISK FACTORS IN CONSTRUCTION WORKERS

Artigo Original

Conceição de Maria Cid Pereira¹

Rosimeyre Anastácio da Silva²

Liliane Maria Martins Porto³

Rafael de Oliveira Silva⁴

Maria Irismar de Almeida⁵

Tatiana Rocha Machado⁶

RESUMO

Objetivou-se estimar a prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em trabalhadores da Construção Civil e oferecer à empresa pesquisada um diagnóstico da saúde dos trabalhadores, com foco na prevenção das doenças não transmissíveis. Estudo quantitativo, descritivo e transversal. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada e verificações de pressão arterial, peso e altura. Os resultados apontam população com fatores de risco: obesidade (15,2%), fumo (33,4%) e uso abusivo de álcool (9,5%). Não consomem frutas e verduras diariamente, 89% e não praticam nenhuma atividade física, 51,9%. Apresentam pressão arterial alterada, 42,4%. As empresas devem adotar programas de promoção da saúde, visando melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores. A prática da Educação em Saúde, ao ser desempenhada pelo enfermeiro do trabalho, contribuirá com o processo de ensino e aprendizagem de maneira eficiente e eficaz, utilizando o conhecimento e a arte de educar.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Prevalência; Trabalhadores.

ABSTRACT

The objective was to estimate the prevalence of the risk factors for cardiovascular diseases in Civil Construction workers and to offer the investigated company a diagnosis of the worker's health, focusing on the prevention of noncommunicable diseases. A quantitative, descriptive and transversal study. The

data collection occurred by means of structured interviews and the verification of arterial pressure, weight and height.

The results indicate a population with risk factors: obesity (15,2%), smoke (33,4%) and abusive use of alcohol (9,5%). Do not consume fruits and vegetables daily, 89% and do not practice any physical activity, 51,9%. Exhibit altered arterial pressure, 42,4%. The companies must adopt health promotion programs, to improve the quality of life of its workers. The practice of the Education in Health when performed by the nurse at work will contribute to the process of teaching and learning in a efficiently and effectively way, using the knowledge and art of education.

Keywords: Cardiovascular Diseases; Revalence; Workers.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, tanto no Brasil como no mundo vem aumentando cada vez mais as pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, obesidade e as doenças cardiovasculares. Tais patologias são responsáveis pelas principais causas de internamento hospitalares, incapacidade e morte no mundo⁽¹⁾.

Estas doenças são determinadas basicamente pelo estilo de vida. Um estilo de vida saudável traz benefícios em qualquer época da vida, reduzindo a probabilidade de ocorrência de câncer, doenças cardiovasculares e diabetes.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde⁽²⁾, a cada ano em média 4,9 milhões de pessoas morrem em decorrência do consumo de tabaco, 2,6 milhões de pessoas morrem

¹ Especialista em Saúde e Segurança do Trabalho. Enfermeira do Trabalho do Serviço Social da Indústria (SESI). E-mail: conceicaoacid@hotmail.com

² Especialista em Enfermagem do Trabalho. Coordenadora do Serviço de Enfermagem do SESI.

³ Especialista em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira do SESI.

⁴ Especializando em Enfermagem do Trabalho. Enfermeiro do SESI.

⁵ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Enfermeira da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e professora da Universidade Estadual do Ceará.

⁶ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Enfermeira do SESI.

por estarem acima do peso ou serem obesas, 4,4 milhões de pessoas morrem em decorrência de níveis totais de colesterol elevados e 7,1 milhões de pessoas morrem por causa de pressão sanguínea elevada.

No Brasil, a atividade da construção civil é reconhecida como uma das atividades laborais que mais produz doenças ocupacionais⁽³⁾. A referida atividade, em todo o mundo, devido às suas características, é considerada perigosa e expõe os trabalhadores a variados riscos com especificidades e intensidades que dependem do tipo da construção, da etapa da obra e da forma de conduzir os programas e ações de segurança e saúde no trabalho.

No Ceará, o Serviço Social da Indústria oferece serviços de Saúde e Segurança do Trabalho para trabalhadores da indústria. Dentre os trabalhadores atendidos, grande parte são oriundos da construção civil.

Na construção civil são encontrados trabalhadores com as mais diversas atividades: pedreiros, auxiliares de pedreiros, serventes, pintores, carpinteiros, mestre de obras e engenheiros; que quando estão expostos ao estresse, substâncias tóxicas, riscos de acidentes, manuseio de cargas pesadas, alimentação inadequada, dentre outros fatores de risco, podem também estar vulneráveis às doenças cardiovasculares.

O Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida, é um programa existente no SESI utilizado para evidenciar a situação de saúde do trabalhador e contribuir nas intervenções de prevenção e promoção de saúde dos trabalhadores da indústria.

A mudança de alguns hábitos e comportamentos é fundamental para reduzir os riscos a estas doenças. Algumas destas modificações incluem alimentação adequada, atividade física, controle do tabagismo e alcoolismo.

O estímulo à educação e, conseqüentemente, à construção do conhecimento pode guiar os trabalhadores da construção civil por um caminho saudável, onde eles consigam efetivamente

ter uma melhor qualidade de vida no local de trabalho e na comunidade em que vivem.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em março de 2011. A amostra foi composta por 264 trabalhadores, considerando os seguintes critérios de inclusão: ser trabalhador de empresa contribuinte do SESI, trabalhar na construção civil, ter idade superior a 18 anos.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada, em uma construtora de Fortaleza. Ao final da entrevista foram realizadas as medições do peso e altura, para cálculo de IMC e também a verificação da pressão arterial. A equipe foi composta por duas auxiliares de enfermagem e uma enfermeira.

Foram considerados hipertensos os trabalhadores com pressão arterial maior ou igual a 140x90mmHg, de acordo com a orientação da Sociedade Brasileira de Cardiologia⁽⁴⁾. Ao final do circuito de saúde, o trabalhador recebeu o cartão com os resultados de suas medições, e também folders educativos sobre alimentação, diabetes, hipertensão e atividade física. Neste momento foram intensificadas as ações de educação em saúde.

No intuito de atender aos aspectos éticos, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará deu parecer favorável de acordo com o processo N° 104601109-4. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar do estudo. Ainda como determinado, foi garantido o anonimato na divulgação das informações e a liberdade de participar ou não do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os fatores de risco para doenças cardiovasculares analisados neste estudo foram: Nível de atividade física; Tabagismo

Tabela 1 – Distribuição proporcional segundo grau de escolaridade em trabalhadores da construção civil. Fortaleza, 2011.

Item	Frequência	%
Nunca estudou	9	3,4
1ª série do ensino fundamental	14	5,3
2ª série do ensino fundamental	10	3,8
3ª série do ensino fundamental	22	8,3
4ª série do ensino fundamental	39	14,8
5ª série do ensino fundamental	24	9,1
6ª série do ensino fundamental	22	8,3
7ª série do ensino fundamental	13	4,9
8ª série do ensino fundamental	43	16,3
1ª série do ensino médio	15	5,7
2ª série do ensino médio	13	4,9
3ª série do ensino médio	36	13,6
Superior incompleto	1	0,4
Superior completo	1	0,4
Não sabe ou não respondeu	2	0,8
Total	264	100

Tabela 2 – Atividade física praticada e nível de interesse em realizar em trabalhadores da construção civil. Fortaleza, 2011.

Item	Frequencia	%
Não e não estou interessado(a) em realizar	86	32,6
Não mas estou interessado(a) em realizar	51	19,3
Sim, 1 ou 2 vezes por semana	46	17,4
Sim, e ou 4 vezes por semana	25	9,5
Sim, 5 ou mais vezes por semana	56	21,2
Total	264	100

atual; Consumo excessivo de álcool (conforme o consumo de 15 ou mais doses por semana); Alimentação inadequada (ausência de consumo frutas e verduras diariamente); Obesidade (índice de massa corporal maior ou igual a 30,0 Kg/m²) e hipertensão arterial (pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos).

Em relação ao grau de instrução, foi verificado que 54,5% dos trabalhadores não concluíram o ensino fundamental e, ainda, foram identificados trabalhadores que nunca estudaram (3,4%). Estudos demonstram que a maioria dos operários da Construção Civil são pessoas de baixa escolaridade, que atuam nesta profissão há muitos anos, e que aprenderam o ofício com outras pessoas mais experientes, sem terem feito qualquer curso profissionalizante⁽⁵⁾. Apesar da existência de programas para a educação do trabalhador em alguns canteiros de obras, ainda percebe-se a ausência de políticas educacionais que abranjam esta parcela de trabalhadores, dificultando o acesso para uma educação continuada.

Quando questionados sobre atividade física realizada no lazer, 51,9% não praticam nenhuma atividade física, dentre estes 32,6% responderam que não realizam e não têm interesse em realizar. A jornada diária de 8 horas, em geral cansativa, pode interferir no comprometimento destes trabalhadores em realizarem exercícios físicos. Algumas empresas incentivam a prática de atividade física dentro e fora do local de trabalho, para diminuir o sedentarismo. A ginástica laboral é um exemplo, que pode melhorar o desempenho do trabalhador durante a jornada de trabalho e estimular para o início de alguma atividade física. Outro exemplo é o programa SESI Lazer Ativo, que tem o objetivo de informar e criar oportunidades para que os trabalhadores da indústria conheçam, experimentem e incorporem ao seu estilo de vida hábitos mais saudáveis e atividades de lazer mais ativas⁽⁶⁾.

Um dos fatores que contribui para o incremento dos riscos para doenças cardiovasculares é a alimentação inadequada. Neste estudo avaliou-se a frequência de frutas e verduras consumidas. Observando-se as tabelas 4 e 5, pode-se verificar que

Tabela 3 – Distribuição proporcional conforme frequência de frutas consumidas por trabalhadores da construção civil. Fortaleza, 2011.

Item	Frequencia	%
5 ou mais vezes ao dia	1	0,4
1 ou 2 vezes ao dia	28	10,6
5 ou mais vezes na semana	13	4,9
3 ou 4 vezes na semana	102	38,6
1 ou 2 vezes na semana	98	37,1
1 ou 3 vezes por mês	22	8,3
Total	264	100

Tabela 4 – Distribuição conforme frequência de verduras consumidas por trabalhadores da construção civil. Fortaleza, 2011.

Item	Frequencia	%
5 ou mais vezes ao dia	2	0,8
1 ou 2 vezes ao dia	27	10,2
5 ou mais vezes na semana	19	7,2
3 ou 4 vezes na semana	95	36
1 ou 2 vezes na semana	99	37,5
1 ou 3 vezes por mês	17	6,4
Raramente ou nunca	2	0,8
Não sabe ou não respondeu	3	1,1
Total	264	100

a alimentação desta população é pouco saudável, pois apenas 11% dos trabalhadores consomem frutas e verduras de 1 a 5 vezes ao dia, sendo que 89% não consomem frutas e verduras diariamente. Estes resultados sinalizam para a necessidade de programas nutricionais nas empresas e direcionar os trabalhadores para hábitos alimentares mais saudáveis, alertando-os para os riscos decorrentes de uma alimentação inadequada. Atualmente, os trabalhadores da construção civil recebem café da manhã, almoço e lanches dentro do próprio canteiro de obras.

Os resultados apresentados relacionados ao índice de massa corporal – IMC são inquietantes, principalmente a proporção com sobrepeso, onde foi detectado quase na metade dos trabalhadores avaliados, 45,5%. Quando confrontados com os resultados das Tabelas 3, 4 e 5, observa-se que a ausência de atividade física e alimentação inadequada podem ser fatores desencadeantes para a obesidade grau 1, 2 ou 3. O somatório de trabalhadores com obesidade foi 15,2%. O índice de massa corporal (IMC) é calculado pela divisão do peso (quilogramas) pelo quadrado da altura (metros)⁽⁷⁾. Santana⁽⁸⁾ analisou a saúde dos trabalhadores da construção civil em Salvador e encontrou 32,6% com sobrepeso.

Em relação ao consumo de tabaco, foi analisado que 33,4% dos entrevistados fumam atualmente. Observa-se uma alta prevalência para o fator de risco relacionado ao fumo. Os resultados da pesquisa mostram que os trabalhadores precisam ser sensibilizados para uma mudança de comportamento em relação ao hábito de fumar. Reconhecendo os malefícios causados pelo cigarro, a empresa necessita implantar programas para manter o ambiente da construção civil livre da fumaça do cigarro. Nos ambientes de trabalho que não contam com regulamentação de segurança e de proteção à saúde, os efeitos do tabagismo passivo são identificados quando seus trabalhadores se expõem involuntariamente à fumaça do tabaco correspondendo com frequência a terem fumado de 4 a 10 cigarros, por jornada de trabalho⁽⁹⁾.

Analizamos que entre os 264 entrevistados, quase a metade, 44,3%, responderam que não consomem nenhuma bebida alcoólica. Porém a ingestão excessiva de álcool foi referida por 9,5% dos trabalhadores. Verificamos que um total de 55,7% dos trabalhadores pesquisados fazem uso de bebidas alcoólicas, seja em menor ou maior dose. Percebe-se a necessidade de implementação de ações educativas nessa população, bem como tratamento e acompanhamento dos dependentes visando mudanças de comportamento relacionadas ao consumo de álcool.

Tabela 5 – Índice de massa corporal em trabalhadores da construção civil. Fortaleza, 2011.

Item	Frequencia	%
Abaixo do peso (IMC < 18,5)	2	0,8
Peso normal (IMC > 18,5 até 24,9)	102	38,6
Sobre peso (IMC > 25 até 29,9)	120	45,5
Obesidade grau 1 (IMC > 30 até 34,9)	34	12,9
Obesidade grau 2 (IMC > 35 até 39,9)	5	1,9
Obesidade grau 3 (IMC > = 40)	1	0,4
Total	264	100

Tabela 6 – Distribuição proporcional conforme consumo de cigarros em trabalhadores da construção civil. Fortaleza, 2011.

Item	Frequencia	%
Nunca fumou	136	51,5
Parou de fumar há mais de 2 anos	32	12,1
Parou de fumar há menos de 2 anos	8	3
Fuma menos de 10 cigarros por dia	49	18,6
Fuma de 10 a 20 cigarros por dia	24	9,1
Fuma mais de 20 cigarros por dia	15	5,7
Total	264	100

Tabela 9 – Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, por dose em trabalhadores da construção civil. Fortaleza, 2011.

Item	Frequencia	%
Nenhuma, eu não bebo	117	44,3
1 a 7 doses	79	29,9
8 a 14 doses	43	16,3
15 ou mais doses	25	9,5
Total	264	100

Quando os trabalhadores foram questionados se usavam atualmente algum medicamento para tratar hipertensão, apenas 3,8 % responderam que faziam uso de anti-hipertensivo, comparando-se com os resultados das aferições da pressão arterial, podemos observar que 42,4 % apresentaram aumento da pressão arterial e que estes podem ter o diagnóstico de hipertensão arterial, sem fazer o tratamento.

CONCLUSÃO

Os indicadores mostraram as características e as condições de saúde dos trabalhadores que participaram do Diagnóstico de Saúde e Estilo de Vida em uma obra da construção civil. A partir destes indicadores, será possível dimensionar os problemas relacionados às doenças crônicas não-transmissíveis e seus fatores de risco.

Os resultados evidenciaram a necessidade de desenvolver programas de treinamento que sensibilizem os trabalhadores, possibilitando a construção de conhecimentos e a reflexão, propiciando mudanças de atitudes. Assim como a elaboração de algumas observações e recomendações de ações que podem ser úteis para a empresa pesquisada.

A maioria dos trabalhadores da indústria da construção tem baixa escolaridade. A sugestão é que a empresa possa incentivar a elevação da escolaridade dos seus trabalhadores, por meio de programas, tais como o Projeto de Alfabetização no Canteiro de Obras e o SESI Educa, nas vertentes SESI Alfabetização e Educação de Jovens e Adultos, no Ensino Fundamental e no Ensino Médio para o setor da construção.

Quanto aos resultados relacionados ao sobrepeso e a obesidade, seja grau 1, 2 ou 3 e diante da pequena quantidade de trabalhadores que consomem com frequência frutas e verduras, sugerimos à empresa a direcionar a dieta dos seus operários, norteados para que tenham uma alimentação mais saudável e investindo assim em programas nutricionais e de reeducação alimentar.

Um dos resultados preocupantes foi a alteração da pressão arterial em uma parcela significativa de trabalhadores, neste sentido recomendamos à empresa monitorar a pressão arterial para que seja possível diagnosticar os trabalhadores com hipertensão e encaminhá-los para tratamento, bem como fazer

investigação clínico-laboratorial, para outras doenças, tais como diabetes e dislipidemias.

Outra ação que poderá ser implantada na empresa é programa SESI Lazer Ativo e a Ginástica Laboral como forma de estimular os trabalhadores a terem hábitos de vida mais saudáveis, incorporando alguma atividade física ao dia a dia. Neste estudo, encontramos mais da metade dos pesquisados que não realizam exercícios físicos.

É relevante assinalar que os trabalhadores da construção civil referiram o uso de tabagismo e alcoolismo. Reconhecendo que os operários passam grande parte do dia no ambiente de trabalho, espera-se que a empresa desenvolva atividades educativas e preventivas com o objetivo de reduzir ou eliminar o consumo do tabaco e do álcool, bem como encaminhar para tratamento os dependentes que manifestarem interesse.

Outro aspecto a ser considerado é a relevância do estudo como fonte de informação e orientação para profissionais da Saúde e Segurança no trabalho e de outras áreas relacionadas à engenharia, mais especificamente os que trabalham em obras da construção civil, suprimindo desta forma a lacuna que existe em torno deste tema, visto que são raros os estudos na construção civil.

Evidenciamos a importância da Educação em Saúde para os trabalhadores da construção civil carentes de informações relacionadas à saúde. Esta prática poderá ser desempenhada pelo enfermeiro do trabalho que, por meio do conhecimento e a arte de educar, irá contribuir com este processo de ensino e aprendizagem de maneira eficiente e eficaz.

Os achados deste estudo devem ser ponderados com os cuidados que exigem as estimativas baseadas em dados referidos, porém esse importante e numeroso ramo de atividade, passa a contar com informações necessárias sobre os trabalhadores da indústria da construção civil e que uma efetiva atuação dos gestores adotando medidas apropriadas com programas de promoção da saúde, de prevenção e controle de doenças cardiovasculares, poderá melhorar a qualidade de vida de todos, a partir do momento que estes trabalhadores colocarem em prática as modificações necessárias dos seus hábitos e comportamentos.

Tabela 10 – Distribuição proporcional conforme uso de anti-hipertensivos em trabalhadores da construção civil. Fortaleza, 2011.

Item	Frequencia	%
Sim	10	3,8
Não	254	96,2
Total	264	100

Tabela 11 – Distribuição proporcional conforme aferição da pressão arterial em trabalhadores da construção civil. Fortaleza, 2011.

Item	Frequencia	%
Normal	152	57,6
Aumentada (PA >= 140/90 mmHg)	112	42,4
Total	264	100

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação (Relatório Mundial). Brasília: 2003.
2. _____. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Geneva: 2005.
3. Pinheiro et al. Riscos à saúde do trabalhador da construção civil em trabalho a céu aberto: uma revisão de literatura. 2010. Disponível em: <http://cpd1.ufmt.br/eest/index2.php?option=comdocman&task=doc_view&gid=96&Itemid=99>. Acesso em: 10/06/2011.
4. Revista Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Vol 17, n.1. Rio de Janeiro. 2010.
5. Vargas, C. L. S. et al. Conscientização e treinamento dos trabalhadores da construção civil aplicando a norma regulamentadora 18 do MTE. In: Encontro de Engenharia e Tecnologia dos Campos Gerais, 4, 2008, Ponta Grossa. Anais Eletrônicos. Ponta Grossa, 2008. Disponível em: <http://www.4eetcg.uepg.br/oral/22_1.pdf>. Acesso em: 03/08/2011.
6. SESI – Serviço Social da Indústria. Manual de Segurança e Saúde no Trabalho: Indústria da Construção Civil – Edificações. São Paulo. 2008.
7. Sarno, F. e Monteiro, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. Revista Saúde Pública [online]. 2007, vol. 41, n.5, pp. 788-796. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6017.pdf>>. Acesso em 28/07/2011.
8. Santana, V. S. e Oliveira, R. P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. Caderno Saúde Pública [online]. 2004, vol.20, n.3, pp. 797-811. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n3/17.pdf>>. Acesso em: 02/05/2011.
9. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Manual de Orientações do Dia Mundial sem Tabaco. 2005.

Recebido em: 03.02.2013

Aprovado em: 06.03.2013

PERCEÇÃO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SOBRE HIV/AIDS

PERCEPTION OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY ON HIV/AIDS

Artigo Original

Aline Rodrigues Feitoza¹

Ana Débora Assis Moura²

Adriano Rodrigues de Souza³

Sunamita Batista de Oliveira Silva⁴

Katiane Pinho Farias⁴

Guldemar Gomes de Lima⁵

RESUMO

Objetivou-se analisar o conhecimento acerca do HIV/AIDS em grupo de idosos institucionalizados. De abordagem qualitativa, realizado em grupo focal com dez idosos institucionalizados em Fortaleza-CE, cuja coleta de dados ocorreu a partir de duas dinâmicas grupais: colcha de retalhos e mural de risco. Os resultados mostraram desconhecimento e conceitos distorcidos acerca da doença e visão preconceituosa do grupo. É necessária melhoria da assistência à saúde do idoso, sobretudo na prevenção e educação em saúde, de modo a tornar o idoso útil e participativo na convivência em instituição.

Palavras-chave: Idoso; Promoção em Saúde; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Conhecimento; Saúde do Idoso Institucionalizado.

ABSTRACT

Aimed to analyze the knowledge on HIV/AIDS in a group of institutionalized elderly. A qualitative study carried out in a focus group with ten institutionalized elderly in Fortaleza-CE, Brazil, whose data collection happened from two group dynamics: patchwork and mural of risks. The results revealed lack of knowledge and distorted concepts about the disease and prejudiced view of the group. Thus, it is necessary to improve the health care of elderly, especially in prevention and health education, in order to make the elderly useful and participatory in the life in institution.

Keywords: Aged; Health Promotion; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Knowledge; Health of Institutionalized Elderly.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, percebem-se problemas que afetam a população brasileira, molestando diretamente a saúde das pessoas. Dentre estes, mencionam-se o desemprego, a fome, a escassez de saneamento básico, a pobreza; sem se fazer referências às doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão, o diabetes, o câncer e a aids, que a cada ano atingem e matam centenas de pessoas⁽¹⁾.

O mundo está envelhecendo. Estima-se que a população idosa no Brasil em 2025 será de aproximadamente 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, ocupando assim o sexto lugar do mundo na população de crescimento da terceira idade. Com o envelhecimento populacional, o número de mortes por doenças crônico-degenerativas aumentará, necessitando de alternativas para prevenir e retardar essas doenças e suas consequências, melhorando a expectativa de vida ativa desses idosos e proporcionando saúde e bem-estar, por meio de ações que visem à promoção da saúde da população⁽²⁾.

No Brasil, as políticas destinadas aos idosos foram reforçadas pela Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que tem como objetivo principal conseguir a manutenção de um estado de saúde, com a finalidade de atingir um máximo de vida ativa,

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Enfermeira da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) e da Estratégia Saúde da Família - Fortaleza/CE. Mestre em Enfermagem pela UFC. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade das Ciências Empresariais e Sociais (UCES) - Buenos Aires/Argentina.

³ Enfermeiro da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza. Mestre em Enfermagem pela UFC. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. E-mail: adrianorsouza@gmail.com.

⁴ Enfermeira. Graduada pela UNIFOR.

⁵ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

na comunidade, junto à família, com o maior grau possível de independência funcional de autonomia⁽³⁾.

A Política Nacional do Idoso surgiu da necessidade de prestar-lhe assistência após estudos que constataram a transição demográfica pela qual se está passando, principalmente ao se analisar as mudanças nos perfis de saúde do país, os custos e a inadequação dos modelos atuais de saúde destinados a essa população específica.

O Programa de Atenção Integral ao Idoso tem como foco principal, no que diz respeito à saúde, a prevenção aos agravos da hipertensão e do diabetes. Contudo, não é citada a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e à aids.

Dentre os agravos e doenças aos quais idosos encontram-se vulneráveis, hipertensão e diabetes, e mais recentemente o mal de Alzheimer, têm tido atenção no que diz respeito a ações de promoção à saúde.

Com o crescimento dessa população na terceira idade, torna-se necessária atenção ao idoso institucionalizado, pois em instituições asilares urge intervenções que proporcionem melhor qualidade de vida aos idosos, uma que vez são, muitas vezes, esquecidos quando inseridos nesses ambientes. Os idosos se deparam com mudança radical do estilo de vida, por consequência de abandono familiar ou ausência desta, ocasionando, assim, sentimento de perda de liberdade, aproximação da morte e ansiedade quanto à modificação do estilo de vida⁽⁴⁾.

A institucionalização no processo de envelhecimento acarreta em um resultado negativo à saúde e às condições socioeconômicas dos idosos. O modelo das instituições no Brasil apresenta um aspecto negativo, por sua vez, conhecido como asilo. Há alguns anos, as instituições se preocupavam com a alimentação e habitação no atendimento aos idosos, cujos fundadores eram pessoas, na maioria, religiosas, e os recursos eram fornecidos pela comunidade, que não conhecia as condições dos internos.

A sexualidade do idoso torna-se fator cada vez mais relevante, principalmente após o uso de medicamentos que estimulam o desempenho da função sexual masculina, tornando estes mais ativos sexualmente⁽⁵⁾. O preconceito que sofrem os idosos com relação à atividade sexual advém de mitos e tabus culturais de que ser idoso é ter incapacidade sexual; este preconceito priva o idoso de chegar à velhice de forma saudável.

A despeito do preconceito relacionado à sexualidade, cada vez mais pessoas idosas estão sendo acometidas pelo HIV/AIDS, seja por desinformações ou pelo fato de o idoso não desejar fazer uso do preservativo. Os idosos apresentam resistência quanto ao uso deste método, pois estes quando jovens não tinham o hábito de usá-lo e agora não ponderam a necessidade. Por isso, é importante que os profissionais de saúde orientem os idosos quanto à importância do uso do preservativo.

Com a escassez de estratégias de educação e prevenção voltadas para os idosos, estes permanecem menos informados sobre a doença e assim mais suscetíveis à infecção. O número de pessoas maiores de 50 anos com AIDS aumentou: 47.437 casos

foram notificados até junho de 2008, no Brasil. Apresentando crescente em todas as regiões, ocupando a região Nordeste o terceiro lugar, com 5.037, e o estado do Ceará com 801 casos diagnosticados. Em relação ao sexo, observou-se decréscimo entre as razões: de 1986 tínhamos 19:1 homens/mulheres, para 2006, 16:10, respectivamente⁽⁶⁾.

É preciso que sejam inclusos nos planos de ações metas significantes que visem educação e prevenção da AIDS entre idosos, para que assim se consiga realmente a atenção integral à saúde do idoso, e não somente em algumas interfaces, como nas doenças crônico-degenerativas próprias da idade.

Ao considerar essa realidade, surgiu a cogitação central deste estudo: qual o conhecimento de idosos institucionalizados sobre o HIV/AIDS?

METODOLOGIA

Com objetivo de analisar o conhecimento acerca do HIV/AIDS em grupo de idosos institucionalizados, adotou-se a abordagem qualitativa, uma vez que é a mais congruente e compatível com o objeto deste estudo, considerando que a multiplicidade de perspectivas, ou de forma de entender e significar, é parte da realidade dos que se ocupam destes tipos de estudos qualitativos⁽⁷⁾.

A fim de atender aos objetivos do estudo, optou por pesquisar uma instituição que abrigava idosos no município de Fortaleza-CE, a qual era mantida pelo Governo do Estado do Ceará e possuía em torno de 100 idosos de ambos os sexos. Utilizou-se o conceito de idoso na dimensão cronológica, que classifica o idoso como todos aqueles com mais de 60 anos⁽⁸⁾, critério adotado pela Organização Mundial de Saúde para os países em desenvolvimento.

Dentre os idosos da instituição, formou-se grupo focal que teve, em média, de 10 a 12 idosos, escolhidos de acordo com critérios pré-definidos, como: ter interesse e aceitar participar da pesquisa, ser maior de 60 anos e estar no abrigo há mais de um ano.

Devido à baixa ou quase nenhuma escolaridade dos idosos brasileiros, sobretudo os nordestinos, não se considerou prudente a aplicação de instrumentos formais, optou-se, então, por trabalharmos com duas dinâmicas grupais: a "Colcha de Retalhos" e o "Mural do Risco", ambas aplicadas anteriormente por uma das pesquisadoras em outro grupo de idosos com a mesma finalidade. As dinâmicas foram realizadas em agosto de 2008, na instituição locus do estudo.

A dinâmica da Colcha de Retalhos teve por finalidade identificar o conhecimento sobre o HIV/AIDS entre idosos, possibilitando análise do conhecimento individual e coletivo. Esta técnica consiste em distribuir retalhos de tecido (algodãozinho) de tamanho 20 x 20cm, pincéis e tintas para tecido de cores diversas. Assim, foi solicitado que os participantes expressassem o conhecimento acerca da doença através de desenho.

O Mural do Risco, utilizado anteriormente para o mesmo fim, parte do princípio de que para que os idosos pudessem avaliar seu risco para AIDS, foram necessárias referências de

situações do cotidiano, que eventualmente os mesmos consideraram de risco para a AIDS na visão do grupo. Essa referência foi procedida através de um grande mural, contendo figuras de situações de risco e mitos sobre a transmissão do HIV.

Antes de ser solicitado que cada idoso permanecesse ao redor do mural e observasse as situações encontradas nas figuras, elaborou-se uma atividade de educação em saúde acerca da doença, em que se esclareceu seu conceito, transmissão e prevenção. Logo após, os participantes classificaram as figuras através das cores vermelha (retângulo), amarelo (círculo) e verde (triângulo), se as mesmas eram situações de muito, pouco ou nenhum risco, respectivamente.

Durante cada dinâmica as falas foram gravadas e transcritas após autorização dos participantes. A fim de preservar o anonimato dos idosos sujeitos do estudo, as falas foram identificadas pela letra I (idoso) e números arábicos sequenciais. Para melhor análise dos dados, as falas foram agrupadas e analisadas em categorias temáticas que tiveram por base outros estudos e literaturas condizentes ao assunto.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, como parte integrante de um projeto maior intitulado Sexo/Sexualidade x DST/AIDS. A abordagem do tema nos grupos de idosos, conforme protocolo de nº 254/08, seguiu a conformidade das normas que regulamentam pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde⁽⁹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para organização e compreensão de análise dos dados, agruparam-se as falas em duas categorias: o que sabem sobre a AIDS, baseado na dinâmica Colcha de Retalhos; e esclarecendo sobre o HIV/AIDS, por meio do Mural do Risco.

O que sabem sobre a AIDS?

Solicitou-se ao grupo de idosos que desenhassem em uma colcha de retalhos o que entendiam sobre o significado da AIDS, em seguida cada um detalhou sobre o desenho e discorreu acerca do que ele representava. As falas foram gravadas e transcritas.

O conhecimento da doença acarreta a prevenção e com isso a diminuição da transmissão, porém ao abordar sobre o conhecimento dessa temática, evidenciou-se que alguns idosos desconheciam sobre o assunto ou nunca ouviram falar.

Sei nada não, não sei como se pega e nunca vi na televisão (I1).

Nunca compreendi o que é AIDS (I3).

Não sei dizer, não (I7).

O que passa na televisão eu não gosto de assistir, essas coisas de doença. Porque é muita doença (I10).

O desconhecimento sobre a AIDS é preocupante, uma vez que o índice de idosos acometidos pela doença vem crescendo

cada vez mais. Devido a poucas informações, desinteresse em conhecer a doença ou até mesmo por não quererem falar sobre o assunto, já que existem preconceitos por se tratar de doença sexualmente transmissível.

A educação em saúde não é prática fácil de ser realizada. Embora o termo “educação em saúde” seja utilizado de forma inapropriada para definir todo e qualquer tipo de ação que leva o conhecimento a alguma população, principalmente pelos profissionais de saúde, e mais especificamente pelos enfermeiros; é sabido que são inúmeras as dificuldades em se alcançar os objetivos aos quais ela se propõe⁽¹⁾.

Dentre as dificuldades, a mudança de comportamento a partir da educação em saúde é o maior entrave nesse processo, pois esta esbarra na cultura das pessoas, mudança de valores e comportamentos. Uma das formas mais eficazes de se promover saúde é mediante a educação. A educação em saúde é um processo de capacitação das pessoas, proporcionado pela abordagem socioeducativa que assegura conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social, incluindo políticas públicas e reorganização de serviços⁽¹⁰⁾.

O meio de comunicação mais utilizado na maioria das campanhas educativas é a televisão, sendo que estes idosos institucionalizados, na maioria das vezes, se reprimem a este meio, por o mesmo ser de uso único e coletivo, e outros já não se identificam, por acharem que atualmente existe grande número de doenças.

A incipiência de campanhas de educação e prevenção da AIDS destinadas aos idosos faz com que esta população esteja geralmente menos informada sobre o HIV que os jovens, e menos conscientes sobre como se proteger da infecção⁽¹¹⁾.

Outra visão do grupo foi a associação da doença com a morte, de quem tem, obviamente morre. *Eu desenhei um negócio aqui feio que só... A AIDS? É feia sim, não mata a gente? Ouvi sim, que o Adriano já morreu de AIDS. Adriano é um rapazinho do Parque Araxá, ele morreu de AIDS (I8).* Antigamente, a AIDS era associada a uma doença incurável, sem tratamento, e que na maioria das vezes causava a morte dos pacientes, deixando essa visão de quem estava contaminado não tinha condições de sobrevivência. Atualmente, não existe cura para AIDS, mas existem medicamentos que controlam e melhoram a qualidade de vida da pessoa acometida, fazendo com que a visão de morte seja minimizada e que a expectativa de vida cresça nessa população acometida pela doença.

Estudo mostra que a letalidade da AIDS tem sido decrescente, o que provavelmente decorre de fatores ligados à precocidade do diagnóstico e acesso às drogas antirretrovirais no setor público de saúde⁽⁵⁾. As falas de alguns idosos sinalizaram que existe conhecimento superficial, ainda não o suficiente para compreender a doença, como transmissão e prevenção.

Essa aí já é outra doença. Essa aí é do pessoal que faz sexo, essa aí é uma doença que não sei nem informar... (I2).

A AIDS é uma doença de casal. O casal transa, aí está doente, e transforma em AIDS. É transmitida pelo casal (I9).

O conhecimento insuficiente dos idosos participantes da pesquisa pode implicar em grandes consequências, pois nesse grupo existem pessoas com vida sexual ativa e que não tem a percepção do que é a doença. O grupo relatou ainda que a transmissão ocorre somente por via sexual, esquecendo que existem outras formas de contágio.

Estudo realizado com um grupo de idosos revelou realidade semelhante com relação ao conhecimento sobre a AIDS: concluiu-se que mesmo após décadas da epidemia e divulgações na mídia, alguns idosos nunca ouviram falar sobre a doença ou tinham pouco conhecimento sobre a temática⁽¹²⁾. Vale ressaltar que o referido estudo foi realizado com idosos participantes de um grupo vinculado a uma unidade de saúde, que tinham vida social, acesso à televisão e convívio com pessoas mais jovens, o que teoricamente poderiam ter conhecimentos mais precisos sobre a doença.

Desse modo, os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, devem potencializar programas de educação em saúde específicos para essa população, com a finalidade de melhor esclarecimento e compreensão acerca da AIDS. Urgem Políticas de Saúde voltadas para idosos institucionalizados, em sua maioria esquecidos nas ações de desenvolvimento para terceira idade, não somente envolvendo diabetes e hipertensão.

O grupo de idosos apresentou conceito distorcido da AIDS, confundindo-a com outras doenças, devido à baixa escolaridade, déficit de assimilar e compreender informações que não são condizentes com o seu cotidiano. O idoso sente-se recuado para aceitação de um novo conhecimento, tudo o que não faz parte de sua cultura e história de vida; na maioria das vezes, promove negação em absorver o conhecimento.

Já, ouvi falar na televisão, é negocio de mosquito... Todo mundo fala que é um mosquito, mas acho que mosquito é o da dengue. (I4)

Desenhei uma casa... Porque ela tem que ser limpa, varrida pra evitar a doença, a AIDS. (I9)

Outro fator importante foi a relação de transmissão com a limpeza da casa, em que associaram a sujeira com a doença e quando se compartilham assentos de cadeiras e sanitários, mostrando, assim, uma visão equivocada acerca da AIDS. A AIDS se pega pelo assento da pessoa. A pessoa senta, aí transmite para a outra (I10). Devido à cultura e conhecimentos precários, o idoso relatou que a transmissão ocorre até mesmo por assento, citando o assento sanitário e de bancos.

Esclarecendo sobre o HIV/AIDS

Pelo pouco ou quase nenhum conhecimento dos idosos sobre a AIDS, elaborou-se atividade de educação em saúde acerca da doença, na qual se esclareceu sobre seu conceito, causa, transmissão, prevenção e tratamento.

No Mural de Risco, apresentaram-se figuras com algum modo de transmissão, onde o grupo determinou, através de cores, o grau de risco para a doença.

De acordo com o grupo de idosos participantes, ocorreram respostas unânimes para o uso de agulhas compartilhadas, sendo este fator de risco elevado para transmissão da doença. Na gravidez, ocorreram divisões de opiniões, em que a maioria expressou que havia grande risco, e outros que não havia risco nenhum; já na amamentação, houve uma confusão de ideias, em que foi possível destacar todos os graus de risco, citando para ambos que, se a mãe estiver doente, ocorre a transmissão.

Na transmissão perinatal, seja ela adquirida antes, durante e após o parto, o período da amamentação ainda é considerado fator de risco importante para a transmissão. Apesar da oferta do exame de sorologia para anti – HIV, com a finalidade de um diagnóstico precoce, e da existência de uso antirretrovirais na gestação, as crianças continuam sendo infectadas por falta de acompanhamento e orientações durante o pré-natal ou até mesmo por omissão do exame.

Atualmente, o número de contaminação por transfusão sanguínea e seus derivado vem diminuindo, fato que se confirma pela qualidade de triagem do sangue coletado e plasmas doados, pois os mesmos passam por várias sorologias específicas, e entre elas o anti – HIV. Em relação ao uso de agulhas compartilhadas, o índice é bastante elevado, entretanto, o assunto não é muito debatido, já que o uso de drogas injetáveis ainda é pouco comentado, pois as drogas mais citadas são o álcool e maconha, sendo as injetáveis utilizadas em menor proporção, porém, com grau maior de risco para a doença⁽¹³⁾.

Em estudo realizado com a dinâmica do Mural de Risco, observou-se unanimidade quando foi mostrado para os idosos ações que podem ser risco para transmissão da AIDS⁽¹²⁾. Isto se deve ao fato de serem idosos que convivem com a realidade, e que tem um convívio familiar, pois os mesmos participam de grupos da comunidade, mostrando que são ativos na sociedade, ao contrário do grupo de idosos institucionalizados, que não tem esse convívio e nem participação na sociedade, tendo sido abandonados por seus familiares, e convivem em um mundo onde não existem informações suficientes para o entendimento da doença.

Em relação às figuras indicativas de que não há transmissão da doença, o grupo de idosos deixou prevalecer o preconceito acerca da AIDS, ao afirmar que beijos e abraços, uso compartilhado de copos e talhares, espirro, tosse e picada de inseto são fatores de maior vulnerabilidade para contágio. E que quanto ao assento de banco e banho de piscina não há risco, já em relação ao assento sanitário ocorreu divisão de opiniões, evidenciando dúvidas em relação a essa hipótese.

Os idosos participantes aduziram visão preconceituosa quanto à doença. Devido a crenças e culturas já estabelecidas, torna-se difícil a aceitação, mesmo quando se expõem ações educativas para melhor compreensão da doença.

A ideia de que todo contato constitui risco foi fato presente no início da epidemia da AIDS, sendo ela a força responsá-

vel por atitudes de discriminação e até de exclusão presentes, mesmo após a identificação das formas de transmissão do HIV/AIDS⁽¹⁴⁾.

Esse preconceito continua atuando até os dias de hoje. Apesar dos idosos não serem institucionalizados, e conviverem com mais informações atualizadas sobre a AIDS, nota-se que, ao invés das pessoas estarem procurando meios de prevenção, estão mais preocupadas em expressar seus preconceitos e culpar as vítimas por suas condutas⁽¹²⁾.

O grupo de idosos participantes estava suscetível a adquirir a doença, em virtude do desconhecimento, pois ao concluir as dinâmicas descritas anteriormente, vários idosos do grupo procuraram a equipe de saúde para melhor esclarecimento da doença e seu contágio, mostrando que estavam ativos sexualmente e que faltavam incentivos para os mesmos buscarem conhecimentos sobre o HIV/AIDS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AIDS continua sendo desafio para saúde pública, apesar da repercussão mundial e melhoria da qualidade de vida de portadores soropositivos com os avanços do tratamento, ainda há muito que evoluir em ações direcionadas para a terceira idade.

Os desenhos produzidos durante a dinâmica Colcha de Retalhos não contribuíram para os resultados, tendo em vista que não condiziam com as descrições do grupo. As falas foram de fundamental importância, pois através delas reconheceu-se conhecimento precário, desinformações, associações a outras doenças e entendimento errôneo da doença.

O grupo estava vulnerável, pois ao analisar a dinâmica Mural de Risco, evidenciaram-se preconceitos e crenças culturais, como vista no início da epidemia da AIDS, em que esta era considerada doença incurável e fatal. É necessário a busca por meios de educação e ações em saúde voltadas para terceira idade, mudanças de atitudes preconceituosas frente a AIDS, uma vez que tais medidas é de fundamental importância para prevenção, possibilitando, assim, o conhecimento sobre a doença.

Idosos institucionalizados são, muitas vezes, excluídos da sociedade pelos familiares, ficando assim, reféns da instituição que há muito que evoluir e crescer em busca de melhor assistência para terceira idade, principalmente no que diz respeito à prevenção e educação em saúde.

É importante ressaltar a atuação do enfermeiro em medidas voltadas para terceira idade, contribuindo com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, melhorando, assim, a qualidade de vida, pois cabe a este promover o conhecimento, a conscientização e o aconselhamento da população, principalmente voltadas também para idosos institucionalizados, que não têm convívio familiar, necessitando, assim, de maior assistência dos profissionais de saúde, a fim de suprir e buscar envolver esse idoso em projetos e grupos sociais, tornando o idoso participativo e valorizado.

Espera-se contribuir para a reflexão não somente de profissionais de saúde, como também dos gestores que atuam na saúde pública, promovendo políticas de saúde voltadas para terceira idade, incluindo recursos necessários para que esses profissionais possam oferecer atendimento integral à saúde do idoso, visualizando essa população como pessoas ativas na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Feitoza AR, Moura ADA, Barroso MGT. Campanhas educativas de prevenção ao HIV/AIDS: Como a epidemiologia está inserida em suas escolhas? DST J Bras Doenças Sex Transm. 2006; 18(1):41-8.
2. Litvoc J, Brito FC. Envelhecimento: prevenção e promoção de saúde. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.
3. Brasil. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, janeiro de 1994.
4. Freire Júnior RC, Tavares MFL. A Saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2005; 9(16):147-58.
5. Feitoza AR, Sousa AR, Araújo MFM. A magnitude da infecção pelo HIV-AIDS em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-C. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2004; 16(4): 32- 7.
6. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico – AIDS. Brasília: CNDST/AIDS; ano V.
7. Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis. RJ: Vozes; 2004.
8. Moragas R. Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida /Social. São Paulo; Paulinas; 1997.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
10. Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMC (organizadoras). Educação em Saúde no contexto da Promoção Humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003.
11. Decarlo P. Que necesitan las personas mayores de 50 en la prevención Del HIV? [Internet] University of California; 1998 [citado 23 jan. 2002]. Disponível em <http://www.caps.ucsf.edu/mayores.html>.
12. Feitoza AR. A cultura do idoso e sua influência no risco perante o HIV/AIDS [tese]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.
13. Feitoza AR. AIDS em maiores de 50 anos: Um estudo epidemiológico descritivo do município de Fortaleza [dissertação]. Fortaleza (CE): Programa de Pós- Graduação da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2003.
14. Paulilo MAS, Jeolás LS. AIDS, drogas, risco e significados: Uma construção sociocultural. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(1):175-84.

Recebido em: 07.02.2013

Aprovado em: 20.03.2013

MANIPULAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS: CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

MANIPULATION OF CHEMOTHERAPEUTIC: KNOWLEDGE OF PROFESSIONAL NURSING

Artigo Original

Clarisse Gracielle Santos de Oliveira¹

Viviane Martins da Silva²

RESUMO

O objetivo do estudo foi investigar o conhecimento de profissionais de enfermagem quanto à manipulação de quimioterápicos e aos riscos e medidas de segurança frente a este procedimento. Estudo descritivo com abordagem quantitativa. Dados coletados entre novembro e dezembro de 2009, por meio de questionário aberto. Participaram 21 profissionais que desenvolvem atividades nas unidades de quimioterapia de um hospital de referência em oncologia da cidade de Fortaleza, Ceará. Dados foram categorizados, agrupados e consolidados no software EPINFO versão 6.0, sendo apresentados em tabelas e analisados descritivamente. Observou-se que apenas 1 (4,761%) profissional pertencia ao sexo masculino, havendo predominância (76,19%) de adultos jovens (25 – 36 anos), de enfermeiros (38,09%), com 1 a 19 anos de formação e no mínimo 1 ano de atuação em Oncologia. Verificou-se que a maioria demonstrou conhecimento sobre a manipulação de quimioterápicos, assim como as medidas de controle de riscos frente ao procedimento e em caso de derramamento.

Palavras-chave: Enfermagem; Oncologia; Quimioterapia.

ABSTRACT

The objective was to investigate the knowledge of nurses regarding the handling of chemotherapeutic agents and the risk and security measures against this procedure. Descriptive study with quantitative approach. The data was collected between November and December of 2009, through an open questionnaire. Attended by 21 nurses who carry out activities in the units of chemotherapy oncology in a hospital of reference in Fortaleza - Ceará. The data were categorized, grouped and bound in EPINFO software version 6.0. After, they

were presented in tables and analyzed descriptively. It was observed that only 1(4.761%) belonged to the professional male predominance, 76.19% young adults (25-36 years), nurses (38.09%) with 1 and 19 years of training and at least 1 year of practice in oncology. It was also shown that majority of the nurses manifested knowledge about the handling of chemotherapeutic agents, as well as risk control measures against this procedure and in case of spillage.

Keywords: Nursing; Oncology; Chemotherapy.

INTRODUÇÃO

Os quimioterápicos são drogas utilizadas nos mais diversos tipos de câncer. Os primeiros registros de tratamento quimioterápico surgiram no final do século XIX, com a descoberta da solução de Fowler (arsenito de potássio), por Lissauer, em 1865, e da toxina de Coley (combinação de produtos bacterianos), em 1890⁽¹⁾. Porém, foi a partir da observação dos efeitos da explosão de um depósito de gás mostarda em Bari, Itália, durante a Segunda Guerra Mundial, que ocasionou mielodpressão intensa e morte por hipoplasia de medula óssea entre soldados expostos, é que estas substâncias passaram a ser administradas em pacientes com linfoma de Hodgkin e leucemia crônica, em um projeto de pesquisa desenvolvido por farmacologistas do Pentágono⁽²⁾.

A quimioterapia é uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer, porém seu ataque carece de especificidade, ou seja, sua ação tóxica é exercida não apenas sobre o tecido neoplásico, mas também sobre células normais. Pela não-especificidade é que são comuns os indesejáveis efeitos colaterais, tão temidos pelos indivíduos que necessitam submeter-se ao tratamento⁽¹⁾. Os efeitos adversos mais co-

¹ Enfermeira da Quimioclinic. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Enfermagem Oncológica pela Escola Cearense de Oncologia (ECO).

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: viviane.silva@ufc.br

mumente vistos em pacientes tratados são alopecia, diarreia, vômitos, irritabilidade das membranas e outros efeitos mais graves que podem ocorrer em órgãos como a medula óssea (leucopenia, trombocitopenia, anemia), fígado, rins e pulmões⁽³⁾.

Os profissionais que manipulam estas drogas podem enfrentar riscos consideráveis para sua saúde. Os efeitos potenciais da exposição ocupacional a citostáticos estão baseados na toxicidade destes fármacos inerentes a extensão da manipulação. A contaminação pode ocorrer por contato direto (inalação, contato e absorção através da pele, ingestão ou perfuração) ou indireto (fluidos corporais e excretas de clientes nas últimas 72 horas que receberam a medicação)⁽⁴⁾.

Dentre os danos, os trabalhadores expostos a estas drogas podem apresentar sintomas agudos, tais como irritabilidade da pele, dor de garganta, tosse, enjoos, vertigem, dores de cabeça, reações alérgicas, além de alterações no ciclo menstrual, ocorrência de aborto, malformações congênitas, danos no DNA, entre outros)⁽⁵⁾.

Assim, fica evidente a necessidade da utilização de medidas de segurança pelos profissionais que manipulam antineoplásicos, quer seja no preparo, administração, descarte de material ou manuseio de excretas dos pacientes⁽²⁾.

A agência norte-americana Occupational Safety and Health Administration (OSHA) preconiza normas relativas à manipulação de citostáticos, determinando a utilização obrigatória de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) durante esta prática. Quanto aos EPI, esta normatização estabelece o uso de luvas grossas de látex ou prolipropileno, aventais, máscaras com proteção de carvão ativado e óculos de proteção. Para os EPC, especifica o uso de capela de fluxo laminar vertical classe II, tipo B⁽⁶⁾.

Evidências dos perigos da manipulação destas substâncias químicas foram comprovadas cientificamente por meio de estudos que alertam para a mutagenicidade dos quimioterápicos. Investigação sobre danos em linfócitos de enfermeiras envolvidas no preparo e administração da droga revelou que o número de linfócitos com danos no DNA foi maior no grupo de enfermeiras que não faziam o uso de EPI ou os utilizavam incorretamente⁽²⁾.

No Brasil, a Lei nº 9.782/1996 outorgou à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) competência para estabelecer normas e padrões sobre limites de contaminantes, resíduos tóxicos, entre outros que envolvam risco à saúde⁽⁴⁾. Com base nesta competência, a ANVISA tem editado diversos regulamentos técnicos, como por exemplo, a RDC nº 220/2004, a qual aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.

Além da ANVISA, alguns conselhos profissionais também emitiram regulamentos técnicos relacionados a citostáticos. Dentre eles, destaca-se a Resolução nº 257/2001, expedida pelo Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos e a Resolução nº 210/98, voltada à

administração de citostáticos, visando promover a segurança desses trabalhadores⁽⁷⁾.

Para uma posição mais segura e equilibrada por parte dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, é indispensável o conhecimento das evidências de riscos, além das normas preconizadas para o manuseio seguro dos quimioterápicos⁽¹⁾.

Um estudo encontrou que o desrespeito às referidas normas parece estar mais relacionado à falta de disponibilidade de recursos materiais e às falhas organizacionais das unidades hospitalares do que ao nível de conhecimento, de desinteresse e/ou desestímulo dos profissionais de enfermagem⁽⁸⁾. Outro estudo evidenciou que enfermeiros possuíam informações parciais sobre a finalidade do tratamento quimioterápico, sobre os riscos potenciais a que estão expostos quando da manipulação dessas drogas e sobre as medidas de segurança que devem ser adotadas no sentido de minimizar a exposição dos profissionais⁽²⁾.

Esta falta de conhecimento em relação à referida atividade entre os trabalhadores de enfermagem tem oportunizado negligência em relação à normalização preconizada e necessária à segurança do profissional na execução de suas atividades laborais⁽⁵⁾. Portanto, é fundamental que todos os envolvidos sejam adequadamente informados, treinados e supervisionados no cumprimento das medidas de proteção disponíveis, além de manterem-se sempre atualizados sobre as condições seguras para o preparo, aplicação e descarte dessas drogas. Assim, acidentes poderão ser prevenidos, tornando o trabalho mais seguro.

Com base nisso, surgiram tais questionamentos: Qual o conhecimento que profissionais de enfermagem possuem quanto à manipulação de quimioterápicos? Que informações estes profissionais têm acerca dos riscos e das medidas de segurança com relação a esta atividade? Neste sentido, este estudo foi elaborado e tem como objetivo: investigar o conhecimento de profissionais de enfermagem quanto à manipulação de quimioterápicos e aos riscos e medidas de segurança frente a este procedimento.

METODOLOGIA

O estudo do tipo descritivo foi realizado nas unidades de tratamento quimioterápico de um hospital de referência em oncologia na cidade de Fortaleza, Ceará. Nesta instituição, a administração dos citostáticos pode ser feita tanto ambulatorialmente como nas clínicas de internamento. Atualmente existem 02 ambulatórios de quimioterapia e 04 unidades de internamento no referido hospital. Em cada unidade referida, trabalham de um a dois enfermeiros e cerca de quatro técnicos e ou auxiliares de enfermagem por turno.

A amostra foi composta por 21 profissionais de enfermagem lotados nas unidades de tratamento quimioterápico e que estavam, no mínimo, a seis meses desempenhando suas atividades na área oncológica.

A coleta dos dados foi realizada no período de novembro e dezembro de 2009, por meio de questionário aberto contendo questões referentes ao conhecimento que os profissionais de enfermagem possuíam acerca da manipulação de quimioterápicos, como: finalidade das drogas citostáticas, danos destas

drogas frente aos profissionais, vias de exposição dos quimioterápicos, sinais e sintomas decorrentes da manipulação, medidas preventivas para controle dos riscos da manipulação, procedimentos em caso de derramamento. Os questionários foram entregues aos profissionais nos seus locais de trabalho. Cada profissional levou em média 15 minutos para devolução.

Após a coleta dos dados, estes foram categorizados, agrupados e consolidados no software EPINFO, versão 6.0. Os dados foram apresentados em tabelas, contendo medidas estatísticas simples (valores numéricos e absolutos) e ainda analisados descritivamente.

A investigação foi desenvolvida dentro dos padrões éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução no 196 de 10 de outubro de 1996, do Comitê Nacional de Pesquisa⁽⁹⁾. Não houve oferecimento de risco, por parte da investigação, participando desta somente aqueles que consentiram com a mesma, sendo garantidos os seus anonimatos. No momento das entrevistas, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa aos profissionais para que eles percebessem o quanto a sua participação era importante. Foi explicado que essa participação era livre, podendo desistir a qualquer momento. Vale ressaltar que antes do início da coleta de dados, o projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Cearense de Oncologia do Instituto do Câncer do Ceará (Parecer nº 044/2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram agrupados em categorias, segundo os conteúdos manifestados a partir dos questionamentos da investigação centrada no conhecimento de profissionais de

enfermagem, quanto à manipulação (preparo, administração, descarte, etc.) de quimioterápicos.

Os Profissionais de Enfermagem Investigados

Fez-se necessário levantar dados referentes à identificação destes profissionais enquanto sujeitos da pesquisa, de forma a apresentar caracterização dos mesmos. Estes se encontram apresentados na Tabela 1.

O grupo de participantes foi formado por 21 profissionais de enfermagem, havendo predominância de adultos jovens, visto que 16 (76,19%) profissionais encontravam-se na faixa etária de 25 a 36 anos.

Em relação à variável sexo, apenas 1 (4,761%) profissional pertencia ao sexo masculino. Este resultado já era esperado, pois faz parte do contexto profissional. Um estudo realizado sobre os recursos humanos em saúde no Mercosul concluiu que a enfermagem ainda continua sendo essencialmente feminina⁽¹⁰⁾.

Observamos também que grande parte dos profissionais (38,09%) pertencia à categoria de enfermeiro, tendo entre 1 e 19 anos de formação e no mínimo 1 ano de atuação em Oncologia.

O Conhecimento acerca da Manipulação dos Quimioterápicos

Vários foram os questionamentos que cercaram esta indagação. Estes foram direcionados à finalidade da terapia anti-neoplásica, bem como aos danos destas drogas frente aos profissionais, às vias de exposição dos quimioterápicos, aos sinais e sintomas decorrentes da manipulação, às medidas preventivas para controle dos riscos da manipulação e aos procedimentos em caso de derramamento.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem* segundo idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação e tempo de atuação em Oncologia. Instituto do Câncer do Ceará – Fortaleza-Ceará. Nov./Dez., 2009.

Variáveis	Nº	%	
Idade (anos)	25 – 30	8	38,09
	31 – 36	8	38,09
	37 – 42	4	19,04
	> 42 (43 anos)	1	4,761
Sexo	Feminino	20	95,23
	Masculino	1	4,761
Categoria Profissional	Enfermeiro	8	38,9
	Téc. de Enfermagem	7	33,33
	Aux. de Enfermagem	6	28,57
Tempo de formação (anos)	1 – 6	8	38,09
	7 – 12	9	42,85
	13 – 18	3	14,28
	> 18 (19anos)	1	4,761
Tempo de atuação em Oncologia	1 – 5 anos	14	66,66
	6 - 10 anos	6	28,57
	> 10 (11 anos)	1	4,761

*n=21

Verificou-se que havia profissionais de enfermagem que não possuíam conhecimento sobre a finalidade do tratamento quimioterápico, visto que apenas 14 relataram algo a respeito, sendo que 12 (57,14%) afirmaram que o significado desta terapia é a de “destruição de células malignas”.

Um quimioterápico é um composto químico utilizado no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos⁽⁵⁾. Quimioterapia antineoplásica significa a utilização de agentes químicos, isolados ou em combinação, com o objetivo de tratar os tumores malignos⁽¹⁾. Além disso, a terapia busca impedir que as células cancerosas se multipliquem, invadam estruturas, venham a se metastizar e, em última instância mate o hospedeiro (paciente)⁽¹¹⁾.

As drogas citostáticas são substâncias utilizadas especificamente para causar dano celular, interferindo no seu processo de crescimento e divisão⁽¹²⁾. Entretanto, a maioria dos agentes quimioterápicos atua de forma não-específica, lesando tanto células malignas quanto sadias, particularmente as de rápida proliferação, como as gastrintestinais, capilares e as do sistema imunológico⁽¹³⁾.

Quanto à indagação acerca dos efeitos colaterais oriundos das drogas antineoplásicas, as respostas apontaram para o conhecimento de reações adversas relacionadas à toxicidade gastrointestinal, dermatológica e hematológica, neurotoxicidade, reação alérgica e anafilaxia, cardiotoxicidade e outros, demonstrados na Tabela 2.

Como citado, as toxicidades decorrentes da quimioterapia relacionam-se à não-especificidade destas drogas e os profissionais de enfermagem participantes desta pesquisa identi-

caram os principais efeitos colaterais oriundos da terapia anti-neoplásica, sendo que os mais relatados foram os relacionados à toxicidade gastrointestinal (Tabela 2).

Os principais efeitos adversos são: toxicidade hematológica (mielodepressão – anemia, leucopenia, trombocitopenia – pancitopenia), toxicidade gastrointestinal (náuseas e vômitos, mucosite, anorexia, diarreia, constipação), cardiotoxicidade (alterações eletrocardiográficas transitórias, insuficiência cardíaca congestiva, falência cardíaca), hepatotoxicidade (icterícia, elevação das enzimas hepáticas, ascite), toxicidade pulmonar (tosse não-produtiva, dispneia, taquipneia, febre, fadiga), neurotoxicidade (encefalopatia aguda, neuropatia periférica – parestesias, formigamento, dormência em extremidades, cefaleia, sonolência, insônia, tontura, agitação), toxicidade renal e vesical, toxicidade dermatológica (flebite, urticária, alopecia, alterações nas unhas, hiperpigmentação), reações alérgicas e anafilaxia e fadiga⁽¹⁾.

Quando questionados sobre o conhecimento acerca do risco ocupacional, grande parte dos profissionais de enfermagem (42,85%) conseguiu defini-lo como sendo “risco à saúde do profissional ao estar exposto a uma situação em exercício profissional” (Tabela 3).

Risco ocupacional pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um evento não desejado (acidente de trabalho) relacionado aos procedimentos específicos à profissão desempenhada⁽¹⁴⁾. As drogas antineoplásicas são as que causam maior número de doenças de origem ocupacional na área hospitalar⁽¹⁵⁾.

Os profissionais de enfermagem avaliados descreveram enfermeiros, farmacêuticos e auxiliares de enfermagem como aqueles profissionais que estariam potencialmente expostos

Tabela 2 – Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre efeitos adversos decorrentes da quimioterapia. Instituto do Câncer do Ceará – Fortaleza-Ceará. Nov./Dez., 2009.

Efeitos Adversos	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Relacionado à toxicidade gastrointestinal	Náuseas/Vômitos	20	95,23	1	4,761
	Mucosite	13	61,90	8	38,09
	Diarreia/Constipação	10	47,61	11	52,38
	Anorexia	8	38,09	13	61,90
	Alteração no paladar	3	14,28	18	85,71
Relacionado à toxicidade hematológica	Leucopenia (neutropenia)	5	23,80	16	76,19
	Pancitopenia	2	9,523	19	90,47
	Plaquetopenia	1	4,761	20	95,23
Relacionados à toxicidade dermatológica	Alopecia	14	66,66	7	33,33
	Alteração nas unhas	5	23,80	16	76,19
Relacionados à neurotoxicidade	Convulsão	3	14,28	18	85,71
	Cefaleia	2	9,523	19	90,47
Relacionados a reações alérgicas e anafilaxia	Rash Cutâneo	3	14,28	18	85,71
	Alergia	1	4,761	20	95,23
Relacionados à cardiotoxicidade	Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	2	9,523	19	90,47
Outros	Fadiga	2	9,523	19	90,47
	Debilidade Emocional	2	9,523	19	90,47

Tabela 3 – Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca de risco ocupacional e profissionais potencialmente expostos. Instituto do Câncer do Ceará – Fortaleza-Ceará. Nov./Dez., 2009.

Variáveis		Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Risco ocupacional (Definição)	Risco à saúde do profissional frente à exposição a uma situação em exercício profissional	9	42,85	12	57,14
	Risco decorrente do trabalho desempenhado	6	28,57	15	71,42
	Não sabe	5	23,80	16	76,19
Profissionais expostos	Enfermeiro	16	76,19	5	23,80
	Farmacêutico	14	66,66	7	33,33
	Auxiliar de Enfermagem	13	61,90	8	38,09
	Técnico de Enfermagem	6	28,57	15	71,42
	Profissional da limpeza	5	23,80	16	76,19
	Médico	1	4,761	20	95,23
	Não sabe	3	14,28	18	85,71

Tabela 4 – Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os danos dos quimioterápicos à saúde do trabalhador, sinais e sintomas e vias de exposição. Instituto do Câncer do Ceará – Fortaleza-Ceará. Nov./Dez., 2009.

Danos Relatados		Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Efeitos no sistema hematopoiético (leucopenia, leucemia)		4	19,04	17	80,95
Carcinogenicidade		3	14,28	18	85,71
Mutagenicidade		2	9,523	19	90,47
Problemas dermatológicos		2	9,523	19	90,47
Não sabe		10	47,61	11	52,38

Variáveis		Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Já observou		11	52,38	10	47,61
Sinais e Sintomas relatados	Alopecia	4	19,04	17	80,95
	Cefaleia	2	9,523	19	90,47
	Dermatite	2	9,523	19	90,47
	Hiperpigmentação cutânea	2	9,523	19	90,47
	Prurido	2	9,523	19	90,47
	Irritação nos olhos	1	4,761	20	95,23

Vias de exposição relatadas		Sim		Não	
		Nº	%	Nº	%
Pele		15	71,42	6	28,57
Inalação/Aspiração		13	61,90	8	38,09
Mucosa		8	38,09	13	61,90
Percutânea		4	19,04	17	80,95
Não sabe		3	14,28	18	85,71

aos riscos decorrentes da manipulação de quimioterápicos, citando ainda técnicos de enfermagem, pessoal da limpeza e médicos. Vale destacar que a exposição de profissionais pode ocorrer durante a fabricação, preparação, distribuição e transporte, administração, transformação, poluição em acidental derrames, ou eliminação de resíduos e excretas⁽¹²⁾.

Portanto, evidencia-se que os riscos de exposição aos quimioterápicos não só abrangem os profissionais da saúde, mas também trabalhadores de indústrias, pacientes, visitantes, profissionais de outras áreas, professores, estudantes, pessoal de apoio (limpeza e manutenção), administrativo, dentre outros⁽¹⁶⁾.

Apesar de grande parte dos profissionais de enfermagem não saber identificar a que danos eles estariam susceptíveis, a maioria (52,38%) conseguiu relatar os principais efeitos à saúde decorrentes da exposição aos agentes quimioterápicos.

Dentre os principais danos, pode-se citar mutagenicidade, problemas reprodutivos, aumento da incidência de abortos espontâneos, carcinogenicidade, infertilidade, malformações congênitas, disfunções menstruais e problemas dermatológicos⁽²⁾. Há ainda efeitos sistêmicos, como os que ocorrem no sistema hematopoiético (leucopenia, anemia, aplasia medular) ou em diversos órgãos e tecidos (aparelho auditivo, fígado, pâncreas e rins)⁽⁵⁾.

Quanto à indagação acerca dos sinais e sintomas característicos de danos à saúde relacionados à manipulação dos quimioterápicos, verificou-se que a maioria (52,38%) já havia observado algum desses sintomas, apresentados na Tabela 4.

Entre as mais variadas reações em trabalhadores que manipulam antineoplásicos, encontram-se vertigem, fraqueza, desmaio, sonolência, convulsão, vômito, diarreia, depressão, cefaleia, perturbação na visão, tremor, tosse, lacrimejamento da conjuntiva⁽¹⁶⁾. Sintomas como hiperpigmentação cutânea, edema de mucosa, prurido, eritema ou erupções cutâneas, edema de pálpebra e dispneia podem ser respostas imediatas da presença dessas substâncias no organismo dos profissionais⁽¹⁵⁾.

Na tabela acima, pode-se observar que os profissionais de enfermagem estudados possuíam conhecimento acerca das rotas de exposição aos medicamentos antineoplásicos, dando maior evidência para a absorção através da pele (71,42%). A via percutânea é a principal via de absorção, sendo que se a

exposição for acompanhada de uma ação lesiva na pele, esta absorção é facilitada⁽¹⁷⁾. A inalação de pós e aerossóis, a ingestão acidental de agentes antineoplásicos em alimentos contaminados ou por meio do contato das mãos contaminadas com a mucosa oral e o manuseio de fluidos corpóreos (urina, fezes, vômito e sangue) constituem ainda vias de acesso ao contaminante⁽¹¹⁾.

É fundamental a existência de uma estrutura organizada⁽¹⁻¹⁸⁾. A área de manipulação deve ser centralizada e isolada, de acesso restrito aos profissionais responsáveis pelo procedimento, os quais devem estar adequadamente paramentados (avental tipo macacão de mangas compridas ajustadas nos punhos, propés com solado antiderrapante, luvas tipo cirúrgicas, estéreis e não talcadas, protetor respiratório contra matéria particulada fina da classe PFF2, dotado com filtro HEPA e protetor ocular)⁽¹⁶⁾.

Frente ao exposto e com base nos dados apresentados na Tabela 5, pode-se acreditar que os profissionais de enfermagem deste estudo demonstraram algum conhecimento a respeito das características de um ambiente de manipulação de citostáticos, apesar da maioria (52,38%) não ter conseguido identificar que procedimentos devem ser realizados antes, durante e depois da manipulação.

Isto mostra o quanto é fundamental que se defina e revise periodicamente as normas e os procedimentos sobre o uso dos agentes antineoplásicos em cada uma de suas etapas, a fim de minimizar os riscos para os profissionais envolvidos.

Ainda sobre os procedimentos de manipulação, os derramamentos acidentais podem ocorrer em qualquer dos processos nos quais se encontram presentes os citostáticos (armazena-

Tabela 5 – Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre características de ambiente de manipulação e medidas tomadas antes, durante e após a manipulação e cuidados diante de derramamento acidental com quimioterápicos. Instituto do Câncer do Ceará – Fortaleza-Ceará. Nov./Dez., 2009.

Variáveis	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Ambiente de Manipulação	Profissionais com EPI's	12	57,14	9	42,85
	Lavagem das mãos	7	33,33	14	66,66
	Fechado/De acesso restrito	6	28,57	15	71,42
	Limpo	4	19,04	17	80,95
	Organizado/Tranquilo	3	14,28	18	85,71
	Não sabe	5	23,80	16	76,19
Procedimentos realizados	Desinfecção com álcool 70%	5	23,80	16	76,19
	Descarte de resíduos em locais apropriados	5	23,80	16	76,19
	Lavagem das mãos	5	23,80	16	76,19
	Não sabe	11	52,38	10	47,61

Danos Relatados	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Disposição do Kit derramamento	9	42,85	12	57,14
Lavagem da área afetada	8	38,09	13	61,90
Uso de EPI's	7	33,33	14	66,66

mento, preparação, transporte e/ou administração)⁽⁴⁾. Portanto, o pessoal que manipula estes fármacos deve ter conhecimento dos procedimentos que se deve realizar para atuar de forma eficaz.

Neste estudo, 17 (80,95%) profissionais de enfermagem conseguiram identificar alguns cuidados que devem ser tomados frente aos acidentes com derramamento com antineoplásicos. É importante dispor de um kit de derrame situado nas diferentes unidades (manipulação, administração, armazenamento e transporte de quimioterápicos), sendo de fácil localização, de modo que todos os profissionais envolvidos devem estar informados de sua localização⁽¹⁹⁾.

O responsável pela descontaminação deve paramentar-se adequadamente antes de iniciar o procedimento e, após a identificação e restrição de acesso, o ambiente deve ser limitado com compressas absorventes (umedecidas para os pós e secas para os líquidos)⁽¹⁾. Relata ainda que a área deve ser limpa com água e sabão neutro em abundância e quando existirem fragmentos de vidro, estes devem ser recolhidos com pá e vassourinha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescente aumento do número de casos diagnosticados de neoplasias e a imposição de se dispor de novas formulações que ofereçam aos pacientes com câncer uma melhor qualidade de vida tem contribuído para a ampla utilização de quimioterápicos, expondo potencialmente o meio ambiente, os profissionais de saúde, o pessoal dos serviços de apoio, além dos familiares e pacientes.

Portanto é indispensável que todos os envolvidos no processo de manipulação de antineoplásicos estejam devidamente qualificados, preparados e cientes dos riscos, das precauções e das adequações nos procedimentos técnicos para que a prática de trabalho se torne mais segura.

O estudo permitiu verificar que dentre os profissionais que constituem a equipe de enfermagem oncológica do hospital referido, a maioria demonstrou conhecimento sobre a finalidade da terapia antineoplásica, bem como sobre danos destas drogas frente aos profissionais, as vias de exposição dos quimioterápicos, os sinais e sintomas decorrentes da manipulação, as medidas preventivas para controle dos riscos da manipulação e os procedimentos em caso de derramamento.

REFERÊNCIAS

1. Bonassa, E. M. A. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3ª ed. São Paulo(SP): Editora Atheneu; 2005.
2. Marziale, M. H. P.; Robazzi, M. L. C. C.; Rocha, F. L. R. R. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004. 12(3).
3. Derich, S. P.; Morales, I. R.; Valdés Y. C. Citostáticos: medicamentos riesgosos. *Rev. cubana med*. 2004. 43(2).
4. Clópes, A.; CORRALES E.; Rey, M.; Serra, M. A. *Manipulação e Administração de Citostáticos*. 1ª ed. Curitiba(PR): Ediciones Mayo; 2006.
5. Nicolete, M. G. P.; Marziale, M. H. P.; Montero, A. B. C.; Robazzi, M. L. C. C. Manuseio e Preparo de Quimioterápicos: uma colaboração ao processo reflexivo da conduta da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 1999. 7(5).
6. Yodaiken, R. E.; Bennett, D.; Osha. work-practice guidelines for personnel dealing with cytotoxic (antineoplastic) drugs. *Am. J. Hosp. Pharm* 1986. In: Marziale, M. H. P.; Robazzi, M. L. C. C.; Rocha, F. L. R. R. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004. 12(3).
7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução No 210 de 01 de julho de 1998. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos. Conselho Federal de Enfermagem. Documentos Básicos de Enfermagem. São Paulo(SP): COFEN; 2001.
8. Almeida, T. M. S. Segurança ocupacional da equipe de enfermagem no preparo de citostáticos endovenosos [tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem; 1988.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No 196/96 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasil; 1996.
10. Monticelli, M. A força do trabalho de enfermagem e sua inserção no sistema de alojamento conjunto. *Rev. Bras. Enferm*. 2000. 53(1).
11. Silveira, D. Câncer e Biossegurança. [acesso em 2009 Jun 18]. Disponível em: www.sbcc.com.br.
12. Garcia, M. I. G.; Garrido, P. S.; Iglesias, M. J. P.; Hermande, Z. V. D.; Losada, M. M. Protocolos específicos para a vigilancia da saúde. Ministério da Saúde e Consumo General Technical Centro de Publicações Pasco del Prado, Madrid, 2003.
13. Sergio, M. Câncer – Tratamento Quimioterápico do Câncer. [acesso em 2009 Jul 07]. Disponível em: www.pergunteaofarmaceutico.com.
14. Haas, V. J.; Marziale, M. H. P.; Robazzi, M. L. C. C.; Xelegati, R. Riscos Ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. 2006 mar-abril; 14(2).
15. Andolhe, R.; Borba, G. G.; Cesar, E. D.; Holzschuh, R. M.; Freitas, E. O. Os riscos dos agentes antineoplásicos à saúde do trabalhador de enfermagem. [acesso em 2009 Ago 03]. Disponível em: www.abennacional.org.br.
16. Silva, T. M. Biossegurança e Responsabilidade profissional dos trabalhadores de enfermagem no manuseio de quimioterápicos antineoplásicos sob a ótica da bioética [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
17. Martins, I.; Rosa, H. V. D. Considerações Toxicológicas da Exposição Ocupacional aos Fármacos Antineoplásicos. *Rev. Bras. Med. Trab*. 2004 abril-jun; 2(2).
18. Costa, L. C.; Costa, R. E. L. F. Central de quimioterapia: aspectos básicos de gerenciamento. *Rev. Soc. Bras. Câncer*. [acesso em 2009 Abril 09]. Disponível em: www.portalfarmaceuticon.com.
19. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. Rio de Janeiro(RJ): INCA; 2008.

Recebido em: 02.02.2013

Aprovado em: 15.03.2013

CONHECIMENTO DOS ADOLESCENTES PORTADORES DE CÂNCER ACERCA DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

KNOWLEDGE OF CANCER PATIENTS WITH TEENS ABOUT CHEMOTHERAPY

Artigo Original

Fernanda Andréia Vasconcelos Solon¹

Edna Maria Camelo Chaves²

Regina Cláudia Melo Dodt³

Ana Érica de Oliveira Brito Siqueira⁴

Maria José Muniz Filha⁵

RESUMO

Objetivou-se identificar o conhecimento do adolescente portador de câncer acerca do tratamento quimioterápico. Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Foram entrevistados 11 pacientes, com idade entre 11 e 16 anos no período de abril de 2012 em uma unidade oncológica. A partir das falas foram elaboradas duas categorias: “conhecimento da doença versus tratamento” e “dificuldades enfrentadas pelos adolescentes”. Os participantes demonstraram conhecimento a respeito do tratamento que estavam enfrentando. No entanto, percebeu-se que a forma de transmitir as informações precisam ser mais eficazes para uma melhor compreensão do adolescente e para seu envolvimento no tratamento.

Palavras-chave: Neoplasias; Comportamento do Adolescente; Quimioterapia; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Aimed to identify the knowledge of adolescent cancer patients about chemotherapy. Descriptive exploratory study with a qualitative approach. We interviewed 11 patients, age between 11 and 16 years from April 2012 in an oncology unit. From the statements were elaborated two categories: Knowledge versus disease treatment and difficulties faced by adolescents. The participants demonstrated knowledge of the treatment they were facing, however it was realized that the way to convey the information need to be more effective for

better understanding of the adolescent and his involvement in the treatment.

Keywords: Neoplasms; Adolescent Behavior; Chemotherapy; Nursing Care.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que surge pela multiplicação e difusão desequilibrada das próprias células, em qualquer parte do corpo, de forma irregular, podendo afetar pessoas de diferentes faixas etárias. É um processo patológico que se inicia quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a proliferar-se de maneira anômala, ignorando as sinalizações de regulação do crescimento no ambiente circunvizinho à ela⁽¹⁾.

Os estudos citam que o câncer que afeta crianças e adolescentes deve ser visto separadamente do câncer do adulto, pois apresenta mudanças de origens histológicas e comportamentos clínicos diferentes. Tendo tendência a apresentar menores períodos de latência, sobretudo o costume de crescer rapidamente e tornar-se invasivo. No entanto, é o que responde melhor ao tratamento quimioterápico. Muitos dos tumores pediátricos apresentam achados histológicos que se parecem com tecidos fetais nos diferentes estágios de desenvolvimento, sendo considerados embrionários⁽²⁻³⁾.

O Brasil possui uma população jovem. Cerca de 33% da população brasileira encontra-se abaixo dos 19 anos na popu-

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

² Enfermeira. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da FAMETRO. Assistencial do Hospital Geral de Fortaleza. E-mail: ednacam3@hotmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Assistencial da UTIN do HIAS e Alojamento Conjunto da MEAC. Docente Adjunto VII da FAMETRO.

⁴ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal. Gerentada Unidade Neonatal do Hospital Geral de Fortaleza. Mestranda do Curso de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁵ Enfermeira. Mestra em Enfermagem em Cuidados Clínicos. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Assistencial do Hospital Dr. Calos Alberto Studart Gomes.

lação estimada para o ano de 2012. De todas as neoplasias, o câncer na criança e no adolescente (de 0 a 19 anos) representa entre 1% e 3% na maioria das populações. No Brasil, no ano de 2009, o número de óbitos por neoplasias para a faixa etária de 1 a 19 anos encontrava-se entre as dez primeiras causas de morte. A partir dos 5 anos, a primeira causa de morte entre meninos e meninas é o câncer⁽⁴⁾.

A radioterapia, a quimioterapia e, em situações muito especiais, a hormonioterapia, quase sempre paliativa, são utilizadas para o tratamento clínico. A radioterapia e a quimioterapia são inespecíficas, afetando não só as células neoplásicas em divisão desordenada, como também tecidos de fundamental importância, como o epitelial e o hematopoiético⁽⁵⁾.

Apesar do diagnóstico de câncer ser difícil, devido à malignidade da doença, o adolescente e a família ainda enfrentam as consequências do tratamento. Neste momento, o paciente é confrontado a viver certos cuidados no cotidiano, que muitas vezes pode ser interpretado pelo adolescente como invalidez. Esta é a importância de uma equipe de profissionais que os acompanhem com cautela, fazendo com que o momento seja vivido de uma forma confiante e com discernimento.

De acordo com Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA)⁽⁶⁾, a quimioterapia tem diferentes tipos de finalidade, pois depende basicamente do tipo de tumor, da extensão da doença e do estado geral do paciente, podendo ser classificada como curativa, paliativa, potencializadora, adjuvante e neo-adjuvante. Devido a sua toxicidade, os quimioterápicos antineoplásicos podem ser capazes de afetar o paciente com efeitos e sintomas colaterais segundo sistemas comprometidos.

O tratamento quimioterápico provoca alterações na vida do adolescente e de seus familiares devido aos seus efeitos colaterais, como náuseas, vômitos, anorexia, constipação, diarreia, fadiga e mucosite. Isto provoca grandes reflexos nas atividades diárias deste adolescente, afetando o seu psicológico⁽⁷⁾.

A assistência de enfermagem é essencial para que haja uma evolução no tratamento quimioterápico, pois o enfermeiro tem maior proximidade com o cliente e sua família, podendo atuar de forma holística e integral. Pensando na importância da atuação do enfermeiro frente à criança e adolescente em tratamento quimioterápico, e sabendo que, em grande parte, os mesmos rejeitam determinados procedimentos (até a hospitalização) simplesmente por desconhecerem o que será realizado, surgiu-me a inquietação sobre qual o conhecimento do adolescente com câncer acerca do tratamento quimioterápico.

Os profissionais que atuam na assistência de adolescentes com câncer poderão conhecer melhor a realidade, servindo à pesquisa como subsídio para melhoria dessa assistência. Dessa forma, os profissionais de enfermagem oncológica poderão adaptar melhor suas condutas às reais necessidades do adolescente em tratamento quimioterápico. O objetivo do estudo foi identificar o conhecimento do adolescente oncológico acerca do tratamento quimioterápico.

METODOLOGIA

O estudo foi de tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido em abril e maio de 2012, em um ambulatório de quimioterapia de um hospital pediátrico de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Os sujeitos do estudo foram 11 adolescentes portadores de câncer em tratamento ambulatorial. Utilizou-se a saturação dos dados para determinar o tamanho final da amostra. O critério de inclusão foi o adolescente encontrar-se em tratamento quimioterápico por um período superior a 30 dias.

A técnica empregada para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, com as seguintes questões norteadoras: “o que você sabe sobre a sua doença e o tratamento?” e “quais as dificuldades enfrentadas com o tratamento?”. Em relação à entrevista semi-estruturada, o seu planejamento é bastante flexível, já que possibilita uma caracterização dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado⁽⁸⁾.

Os adolescentes foram convidados a participar do estudo. Os dados referentes à identificação foram apresentados de forma descritiva, visando à caracterização dos participantes do estudo. Já as questões norteadoras do estudo foram divididas em duas categorias: “conhecimento sobre doença versus tratamento” e “dificuldades enfrentadas com o tratamento”. Em seguida, o material foi analisado à luz da literatura pertinente.

Destaca-se que, para manter o anonimato dos adolescentes, foram utilizadas as letras AD, seguidas de número ordinal. A pesquisa foi feita após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin, sob número no 008/2010. Fornecidas as informações sobre os objetivos, a relevância e o modo de desenvolvimento do estudo, os adolescentes e os responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 11 adolescentes com idade entre 11 e 16 anos, com diferentes diagnósticos de câncer, predominando a Leucemia Linfóide Aguda (LLA). Todos os sujeitos encontravam-se em tratamento quimioterápico, em diferentes fases.

A escolaridade dos adolescentes variou da 4ª série do ensino fundamental até o 3º ano do ensino médio. O tipo de câncer mais frequente entre os participantes do estudo foi a leucemia; 7 apresentavam leucemia linfocítica aguda, um apresentava leucemia mieloide aguda, enquanto que o diagnóstico dos demais distribuiu-se em sarcoma de Ewing, osteossarcoma e tumor de Wilms. A idade dos adolescentes variou de 11 a 16 anos, sendo três com 14 anos, dois deles com 16 anos, três com 12 anos, dois com 13 anos e apenas um com 11 anos. Quanto ao sexo, duas eram do sexo feminino, nove do sexo masculino. Quanto ao tipo de tratamento, todos os participantes estavam em tratamento quimioterápico. A respeito dos profissionais que lhes deram informações, 3 responderam médico, 2 psicólogo, 1 respondeu médico e psicólogo, 1 psicólogo e enfermeiro, 4 referiram não ter recebido informações.

Quadro 01 – Características dos participantes. Fortaleza – Ceará. 2012.

Sujeitos	Idade (anos)	Escolaridade	Diagnóstico	Profissional que orintou	Tipo de Tratamento
AD1	14	7ª E.F	LLA	Médico Psicólogo	Quimioterapia
AD2	16	5ª E.F	LLA	Psicólogo e Enfermeiro	Quimioterapia
AD3	16	3ª E.M	LLA	Médico	Quimioterapia
AD4	12	8ª E.F	LLA	Médico	Quimioterapia
AD5	14	9ª E.F	LLA	Médico	Quimioterapia
AD6	12	7ª E.F	LLA	NÃO	Quimioterapia
AD7	14	4ª E.F	LMA	Psicólogo	Quimioterapia
AD8	11	7ª E.F	Sarcoma de Ewing	NÃO	Quimioterapia
AD9	13	6ª E.F	Osteossarcoma	NÃO	Quimioterapia
AD10	13	8ª E.F	LLA	Psicólogo	Quimioterapia
AD11	12	5ª E.F	Tumor de Wilms	NÃO	Quimioterapia

Fonte: Dados da pesquisa

É conveniente que o enfermeiro exerça com competência o seu papel, fazendo a diferença no processo de terapia. Os resultados mostram que os entrevistados pouco mencionaram o enfermeiro como profissional que lhes deu informações, provavelmente a forma que lhes foram passadas as informações não foram tão acessíveis nem marcantes na vida do paciente quanto as dos profissionais que foram citados.

A criação de um vínculo entre paciente e profissional é mais do que uma simples conversa, é uma relação contínua, pessoal e de confiança, sendo necessário durante o atendimento. A enfermeira também estimula o paciente e a família a comunicar e compartilhar suas preocupações, discutindo suas dúvidas e preocupações entre si⁽¹⁾.

A administração de quimioterápico é constituída de agentes químicos, isolados ou combinados, com a função de tratar as neoplasias. Ao ser administrado, é necessário ter cuidados fundamentais, independente da via de aplicação. A atenção à prescrição médica, nome da droga, dose e via de aplicação e identificação completa do paciente exige cuidados severos, assim como a segurança relativa ao preparo dos antineoplásicos. Os rigores de assepsia e as medidas de proteção ao operador são necessários e de grande relevância durante o processo de aplicação dos quimioterápicos. O enfermeiro deve estar informado a respeito da velocidade de aplicação e de suas reações adversas, também é importante conhecer os efeitos colaterais desses medicamentos, principalmente daqueles que são imediatos à aplicação, além de conhecer suas toxicidades⁽¹⁰⁾.

As definições dadas pelos adolescentes sobre a descrição dos quimioterápicos utilizados no tratamento mostram-se sintetizadas, mencionam terem ouvido ou visualizado a respeito. Sobre os quimioterápicos utilizados, 2 definiram por cores, 5 sabiam distinguir pelo nome, sendo que 2 disseram ARA-C, um Hidroxureia e ICE, 4 não sabiam.

Conhecimento sobre Doença versus Tratamento

O câncer em adolescentes é uma condição clínica que traz muitos transtornos na vida do portador. Portanto, é importante que as informações acerca da doença sejam repassadas de forma esclarecedora.

[...] *A quimioterapia ajuda a combater a doença, a LLA.* (AD1)

[...] *A quimioterapia restaura a minha medula, ela faz com que a minha medula volte a trabalhar normalmente.* (AD3)

[...] *A quimioterapia é boa porque ela mata as células cancerígenas, e isso é para o meu bem.* (AD4, AD6)

[...] *A quimioterapia serve para matar a doença, mandar ela ir embora.* (AD7)

[...] *A quimioterapia afeta as células boas e ruins, as ruins é porque não regeneram mais, mas as boas que são as plaquetas, os leucócitos, esses voltam.* (AD8)

Quadro 02 – Descrição do conhecimento dos participantes sobre o quimioterápico utilizado. Fortaleza – Ceará. 2012.

AD1	"Estou usando Ara-C"	Ara-C (Citosina-arabinosídeo)
AD2	"Estou usando a laranja"	Cor do antineoplásico
AD4/AD6	"Estou usando Hidroxureia"	Antineoplásico
AD7	"Estou usando ARA-C"	Ara-C (Citosina-arabinosídeo)
AD8	"Estou usando ICE"	Ifosfamida, Carboplatina e Etoposide
AD9	"Estou usando a vermelha"	Cor do antineoplásico
AD3/AD5 AD10/AD11	"Não sei a quimioterapia que estou usando"	-

[...] *A quimioterapia mata as células ruins e as boas e cura a leucemia.* (AD10, AD11)

Em relação às falas dos participantes, percebe-se que os adolescentes, quando indagados sobre o que sabiam do tratamento, embora com dificuldades, devido a termos complicados, anunciaram de uma forma direta e clara aquilo que entenderam das informações que lhes foram passadas, demonstrando ter noção da terapia, referindo-se em seus relatos à ideia de que o tratamento está diretamente relacionado com a cura.

[...] *A quimioterapia serve para matar a bactéria do sangue que me faz ficar com a doença.* (AD2)

[...] *A quimioterapia serve para matar a leucemia, alguma célula infectada que tem na medula.* (AD5)

[...] *A quimioterapia baixa a defesa e quando recebo melhor.* (AD9)

Três participantes relataram conhecer o tratamento, porém demonstraram insegurança em suas respostas revelando que eles receberam explicações a respeito do método quimioterápico, embora não consiga expressar estas informações de forma clara, os adolescentes mostram com uma linguagem simples que sabem a associação da quimioterapia com o diagnóstico.

Portanto, pela falta de comunicação tanto dos pacientes quanto dos profissionais e dos próprios pacientes entre si, não há muita segurança em suas respostas. Observa-se que a doença expõe a criança/adolescente a contatos com exames, procedimentos, aparelhos e palavras desconhecidas, como também com termos confusos⁽¹¹⁾. A comunicação como uma ferramenta de interação enfermeiro-adolescente, deve ser acessível e possibilitar o entendimento das informações⁽¹²⁾.

A quimioterapia se constitui de um conjunto de drogas que atua em diversas etapas do ciclo celular, interferindo na síntese ou transcrição do ácido desoxirribonucleico (DNA), ou diretamente na produção de proteínas, agredindo as células em divisão⁽¹³⁾.

O tratamento é iniciado quando o diagnóstico é confirmado e o tempo decorrente do tratamento varia, devido às necessidades emergentes da enfermidade.

[...] *Já fiz muitas sessões.* (AD6, AD2)

[...] *Já fiz 2 sessões venosas que foi necessária AVC.* (AD3)

[...] *Comecei agora.* (AD4, AD 6)

[...] *Já estou no 3º mês.* (AD5)

A respeito da quantidade de sessões de quimioterapia e tempo de duração, 3 não souberam, 3 apontaram o tempo de tratamento, apesar de não saberem o número de sessões.

[...] *São muitas sessões, já faz um ano e cinco meses.* (AD7)

[...] *Eu acho que estou na sétima, vou fazer a oitava.* (AD8)

[...] *Vou para a quinta.* (AD9)

[...] *Só sei que faço tratamento há um ano e alguns meses.* (AD10, AD11)

Há quatro participantes que tem noção quanto ao tempo de tratamento, tendo veracidade em suas respostas, demonstrando firmeza com relação ao período em que se encontram no processo quimioterápico. De acordo com Cicogna⁽¹⁴⁾, a partir de seu material empírico, notou-se que a quimioterapia foi lembrada pelo curto tempo decorrente entre o diagnóstico e o tratamento. Antes de se adaptar à doença e compreender o processo que irão enfrentar, os pacientes já se veem obrigados a realizar o tratamento.

Dificuldades enfrentadas pelos adolescentes.

Para os adolescentes, as principais dificuldades encontradas estão relacionadas a procedimentos ligados à realização da quimioterapia, como punções venosas periféricas ou de cateter. É importante salientar que, com o decorrer do tempo, devido à grande frequência de infusões devida à realização da terapêutica quimioterápica, o acesso às veias periféricas se torna mais complicado. Entre os seus efeitos colaterais encontram-se as toxicidades gastrointestinais, que estão entre os mais citados.

[...] *Enjoo, falta de apetite.* (AD2; AD9)

[...] *Enjoo, falta de apetite, as furadas, boca ferida.* (AD6)

[...] *Enjoo e quando precisa colocar o acesso venoso central.* (AD8)

[...] *Enjoo, queda de cabelo, furadas.* (AD10)

[...] *Enjoo, furada.* (AD11)

Dos onze entrevistados, sete referiram enjoo, três citaram vômitos, dois declaram falta de apetite, três relataram queda de cabelo, um mucosite, seis adolescentes declaram infusão intravenosa, um não sente reações, uma internação.

[...] *Vômitos, queda de cabelo.* (AD3; AD7)

[...] *Até agora não sinto reação.* (AD4)

[...] *Queda de cabelo e as furadas.* (AD5)

As manifestações causadas pela doença ou as manifestações dos efeitos colaterais do tratamento são bem presentes na vida das crianças⁽¹⁵⁾. Os efeitos colaterais ou as toxicidades que ocorrem em decorrência da quimioterapia devem-se à falta de especificidade das drogas antineoplásicas, que afetam tanto as células tumorais como as células normais⁽⁷⁾.

Sabe-se que durante os momentos em que os sintomas causados pelas drogas não eram intensos, o que lhes causava certa surpresa, os adolescentes usavam ideias do senso comum, indagando a efetividade das drogas que lhes eram administradas.

Quando os sintomas se intensificaram, eles passam a questionar sobre a sua vida, pois seus corpos (não somente as náuseas e vômitos) não lhes permitem manter a rotina anterior. São essas condições que os levam a dar sentido à experiência, como a perda do controle da vida e os faz se sentirem impotentes⁽¹⁶⁾.

Alguns adolescentes sabiam sobre o tratamento, demonstrando maturidade nas respostas, outros eram muito introspectivos, não gostavam de conversar. Este comportamento pode estar relacionado com a falta de estímulo para expressar seus sentimentos, angústias e dúvidas, a própria reclusão por conta das deficiências do sistema imunológico e, até mesmo, por alguns deles estarem no período dos efeitos colaterais, após a administração do quimioterápico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental o conhecimento técnico-científico da equipe de enfermagem no tratamento do paciente portador de câncer. No entanto, a comunicação do profissional com o paciente

a respeito da neoplasia, do tratamento e até dos sentimentos que surgem ao longo do tratamento são também indispensáveis para o exercício dos cuidados prestados com excelência.

Percebeu-se que os participantes até referiam certo conhecimento a respeito da doença que estavam enfrentando, tendo sido muitas destas informações passadas por diferentes profissionais. Embora seja imprescindível o trabalho da equipe multiprofissional, é importante destacar que os participantes mencionaram pouco o enfermeiro como profissional inserido nesse processo. Sabe-se que a administração de quimioterápicos necessita de cuidados pelos riscos de complicações a que o adolescente está exposto.

Conhecer a doença e o tipo de tratamento a que será submetido oportuniza o adolescente a aceitar melhor e colaborar durante a administração do quimioterápico. O adolescente nomina o profissional que o assiste, reconhecendo a sua identidade nessa relação interpessoal que é conquistada durante o período do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Smeltzer, S. C. O.; Bare, B. G. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
2. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- 3 Rodrigues, K. E.; Camargo, B. Diagnóstico precoce do câncer infantil. Rev. Assoc. Med. Bras. 2003; 49(1):29-34.
4. Brasil em números. Rio de Janeiro: IBGE; 10, 2002.
5. Forones, N. M.; Garcia Filho, R. J.; Tadok, H.; Freire, C. A. R. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de oncologia. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3.ed.rev.atual.ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
7. Malagutti, W. Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2011.
8. Gil, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl):15-25.
10. Bonassa, E. M. A.; Santana, T. R. Enfermagem em Terapêutica oncológica. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
11. Lemos, F. A.; Lima, R. A. G.; Mello, D. F. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. Rev. Latino-am Enfermagem. 2004; maio-junho; 12(3):485-93.
12. Linard, A. G.; Rodrigues, M. S. P.; Fernandes, A. F. C. Comunicação na consulta ginecológica de enfermagem – aspectos interativos. Rev. Tend. da Enferm. Profis. ReTEP 2009; 2(2): 89-92.
13. Howland, R. D.; Mycek, J. M. Farmacologia ilustrada. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed. 2007.
14. Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. Rev. Latino-Am. Enferm. Ribeirão Preto, set-out, 2010; 18(5): [09 telas]. Acesso em 20 11 2012. Disponível: www.scielo.com.br.
15. Machado, L. L.; Oliveira, M. S. Percepções e ajustamento à doença em crianças acometidas pelo câncer. Revista da Graduação. 2011;4(1): 29.
16. Anjos, A. C. Y.; Zago, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. Rev. Latino-am. 2006; 14(1):33-40.

Recebido em: 20.01.2013

Aprovado em: 19.02.2013

APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA E TEATRO COMO ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO HIV EM ADOLESCENTES: RELATANDO A EXPERIÊNCIA

LEARNING HOW MEANINGFUL AND THEATRE OF HIV PREVENTION STRATEGIES IN TEENS: REPORTING EXPERIENCE

Artigo Original

Ronny Anderson de Oliveira Cruz¹

RESUMO

Este artigo trata-se de um relato de um trabalho desenvolvido por adolescentes para adolescentes objetivando orientar e levar a reflexão sobre o tema HIV/Aids, salientando a adesão de um comportamento seguro, acolhimento e não preconceito com as pessoas que vivem com o HIV. A infecção passou por mudanças no seu perfil epidemiológico, com conseqüente alteração na história natural da doença destacando-se entre estes a juvenização. Dados do Ministério da Saúde apontam que no Brasil, foram registrados 66.114 casos de AIDS entre jovens de 13 a 24 anos até junho de 2009. A estratégia foi à aprendizagem significativa, conceito central da teoria de Ausubel que envolve a interação da nova informação com uma estrutura de conhecimento específica aliada a arte na forma do teatro por sua globalidade em abranger a criatividade e o aprendizado por meio da descontração, conseguindo desta maneira elevar o grau de conhecimento desta clientela.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Adolescente; Aids.

ABSTRACT

This article comes up a report of a work by teens for teens aiming to guide and lead to reflection on HIV/AIDS, stressing adherence to safe behavior, host and not prejudice against people living with HIV. The infection has undergone changes in its epidemiological profile, with consequent alteration in the natural history of the disease foremost among these youthfulness. Data from the Ministry of Health indicate that in Brazil, there were 66,114 cases of AIDS among young people 13-24 years until June 2009. The strategy was to meaningful learning, concept central Ausubel's theory that involves the interaction of new information with a

specific knowledge structure combined with the art form of theater for a whole cover on creativity and learning through relaxation, achieving this way raise the level of knowledge of this clientele.

Keywords: Health Education; Adolescents; AIDS.

INTRODUÇÃO

AIDS é uma doença emergente, grave, de comportamento pandêmico, sendo considerado um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil, ao longo dos anos, a infecção pelo HIV/AIDS passou por mudanças no seu perfil epidemiológico, com conseqüente alteração na história natural da doença. Este fato deve-se, principalmente, à introdução da terapia antirretroviral (TARV) iniciada no país em 1996. Como conseqüência constatou-se um aumento da sobrevida e melhoria na qualidade de vida dos pacientes em tratamento.

Entre 1977 e 1978 os primeiros casos de AIDS identificados foram nos EUA, Haiti e África Central, descobertos e definidos como AIDS, em 1982, quando se classificou a nova síndrome. Em 1980 foi identificado o primeiro caso no Brasil, em São Paulo, também só classificado em 1982. Em 1983 foi notificado o primeiro caso de AIDS no Ceará⁽¹⁾.

Desde 1983 até outubro de 2012 foram registrados através do SINAN 11.759 casos. Por meio de metodologia de relacionamento de bases de dados, com os sistemas SIM, SISCEL/SICLON, foram identificados em média mais 3.000 casos não notificados, representando sub-registro, elevando o número total de casos⁽²⁾.

Atualmente destacam-se cinco pilares relacionados ao comportamento da doença nos dias atuais:

¹ Enfermeiro. Especialista em Gestão em Emergências e Desastres. Especializando em Ativação de Processos de Mudança no ensino da saúde - FIOCRUZ. Docente da EEEP Rita Aguiar Barbosa.

- Heterossexualização
- Feminização
- Interiorização
- Pauperização
- Juvenização

Dados do Ministério da Saúde apontam que no Brasil, foram registrados 66.114 casos de AIDS entre jovens de 13 a 24 anos até junho de 2009. Isso representa 11% dos casos notificados, desde o início da epidemia. Com o objetivo de informar e diminuir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens à DST, à infecção pelo HIV e à gravidez não planejada, foi criado, em 2003, o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)⁽¹⁾.

Na análise por categoria de exposição entre os indivíduos com 13 anos e mais de idade, a principal forma tem sido a sexual, sendo os heterossexuais predominantes desde 1997. Do início da epidemia até 1996 predominaram os casos entre os homens que fazem sexo com homens (HSH)⁽²⁾.

A feminização da AIDS é reflexo do comportamento da população feminina, associado a aspectos de vulnerabilidade biológica da mulher com o crescimento dos casos de AIDS em mulheres em idade reprodutiva.

As estratégias relacionadas à prevenção nos grupos com maior vulnerabilidade vêm sendo repensadas, sobretudo nos últimos anos.

O construtivismo e a problematização proporcionam a aprendizagem tendo como foco o fazer parte dela, e a partir daí, desconstruindo e construindo o conhecimento consegue nos levar a possibilidade de transformar a realidade⁽³⁾. Dessa forma os alunos passam a ser atores nesse processo, cabendo-lhes a descoberta, a reflexão, a crítica, a autonomia e o princípio da responsabilidade na propagação desses conhecimentos adquiridos. Esse tipo de metodologia deve possibilitar a ação-reflexão, proporcionado diálogo como prática essencial levando professor e aluno a discutir a realidade de forma crítica⁽⁴⁾.

Os projetos do governo brasileiro trabalham a arte fazendo parte das ferramentas pedagógicas, proporcionando a jovens e adolescentes novas perspectivas de futuro e também favorecendo a aquisição de um comportamento saudável inclusive com relação à temática sexual e reprodutiva⁽⁵⁾.

Conseguir manter uma estratégia pedagógica que possa atingir o público adolescente perpassa além de um ambiente favorável, a escolha do método mais eficaz. Do contrário, não gera reflexão nem consequentemente mudança. O cenário escolar surge como um ambiente favorável no tocante a esse tipo de clientela por ser uma área de grande socialização e também pelo tempo que os adolescentes passam nesse ambiente. Ainda nesse contexto do ambiente escolar salientamos que é onde ocorre a formação da identidade dos adolescentes representando assim um importante veículo para a educação em saúde sempre com grande destaque para a saúde sexual, apesar dos tabus existentes ainda sobre esse tema.

As práticas de enfermagem com a clientela adolescente devem ser de maneira ininterrupta, principalmente quando se trata de educação sexual e que para isso é necessário estratégias que atraiam o público. A educação em saúde começa quando o indivíduo traz consigo um conhecimento prévio sobre um assunto em questão, e para que esse conhecimento se torne permanente é necessário reforçá-lo continuamente⁽⁶⁾. A teoria de David Ausubel foca a aprendizagem num processo cognitivo e, como tal, propõe uma explicação teórica do processo de aprendizagem baseando-se na premissa de que existe uma estrutura na qual organização e integração de aprendizagem se processam. Para ele, o fator que mais influencia a aprendizagem é aquilo que o aluno já sabe ou o que pode funcionar como ponto de ancoragem para as novas ideias. A aprendizagem significativa, conceito central da teoria de Ausubel, envolve a interação da nova informação com uma estrutura de conhecimento específica, a qual define como conceito subsunção⁽⁷⁾.

A partir disso, a escolha da arte na forma do teatro destaca-se como importante opção. A escolha pelo teatro é por sua globalidade abrangendo a criatividade e o aprendizado por meio da descontração, conseguindo desta maneira elevar o grau de conhecimento desta população. O teatro, como categoria artística, pode ser definido como a representação de uma obra através da arte cênica. No Brasil, o teatro tem sua origem com os jesuítas que encenavam peças com objetivos catequéticos⁽⁸⁾.

Este artigo trata de um relato de um trabalho desenvolvido por adolescentes para adolescentes objetivando orientar, tocar e levar a reflexão sobre o tema HIV/Aids, salientando uma prática sexual segura quando iniciada, o acolhimento e não preconceito com as pessoas que vivem com o HIV, bem como o importante papel como protagonistas na multiplicação desses saberes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As atividades foram realizadas no turno da tarde, com a turma do 1º ano do curso Técnico em Enfermagem na modalidade do Ensino Médio Integrado, onde 44 alunos de uma escola da Rede Pública do interior Estado do Ceará fazem o ensino médio concomitante ao ensino profissionalizante. A faixa etária é de 15 a 17 anos e com um número de 36 alunos do sexo feminino e 9 do sexo masculino. A princípio foi definido o tema da atividade que seria: "Por um mundo sem HIV, sem abandonar a pessoa que vive com o vírus".

A partir daí foi definido pelo docente responsável pela disciplina de Práticas Integrativas e o Cuidado Biopsicossocial que a equipe realizaria a atividade fazendo parte apenas da avaliação processual não computando como uma nota específica. As atividades prévias aconteceram durante seis aulas na segunda quinzena de novembro sendo cada uma com 50 minutos com etapas subseqüentes. Primeiro uma conversa sobre HIV/AIDS para trazer à tona a relevância do tema, com dados epidemiológicos, construção de conceitos e retirada de dúvidas. Em seguida delineou-se como seria a melhor opção para realizar a atividade educativa e assim optando pela dramatização, uma

mini palestra, um momento de discussão e retirada de dúvidas, finalizando com uma mensagem final com a exibição de um vídeo de depoimento tratando da vulnerabilidade, risco, e da importância do acolhimento e não discriminação.

Para que não houvesse prejuízo no horário das aulas ficou criteriosamente estabelecido que não deveria ultrapassar 50 minutos entre a saída da sala, a apresentação e o retorno. Em sala dividiu-se grupos cada um com uma atribuição específica: construção de cartazes com informações relevantes sobre HIV/AIDS, tendo como foco o aumento da incidência nos jovens, produção do texto a ser dramatizado que se tornou um ponto crucial tendo em vista a importância de ter sido escrito de adolescentes para adolescentes, confecção e distribuição do laço vermelho como símbolo mundial, logística da sala e acompanhamento das nove turmas que assistiriam o trabalho. O texto depois de produzido foi analisado e realizado pequenos ajustes.

A peça contava a história de uma aluna que se encantou com um aluno recém chegado de outra escola. As colegas se dividiam: um grupo incentivava e outro aconselhava que evitasse uma aproximação mais íntima. O rapaz descobrindo que a aluna era virgem decide seduzi-la de todas as formas com o propósito de conseguir uma relação sexual e consegue. Após alguns meses sente-se mal, relata o que aconteceu numa consulta médica e então é aconselhada a fazer o teste descobrindo em seguida que está com o vírus HIV. Desde então passa pelo abandono dos amigos e da família, até que uma colega que também vive com o vírus a acolhe.

Sentimos a sensação de dever cumprido após a apresentação da turma aos alunos da escola, pois o trabalho proposto foi realizado com sucesso, porém no momento reservado para perguntas, participação e sugestões foi que veio a preocupação. Percebemos o constante avanço na interiorização da doença e aumento do número de casos nessa faixa etária específica. Também houve insucesso nas primeiras estratégias de prevenção onde utilizava-se do terrorismo com as imagens de doentes terminais e DSTs que praticamente deformavam ou mutilavam os genitais. Associado a isso ocorreu muito mais preconceito e repulsa por parte das pessoas levando a um distanciamento maior ainda do problema.

Dentre as perguntas e talvez o questionamento que mais causou espanto, tratou da situação: o indivíduo contaminado pelo HIV nas fases iniciais da doença (onde os sintomas são comuns a um resfriado ou pela ausência de sinais e sintomas) teria a possibilidade de curar-se e também não transmitir o vírus? Esta esteve presente em diversas turmas o que nos traz a clara percepção de que os trabalhos preventivos obrigatoriamente deverão ser intensificados, sobretudo no tocante a interiorização da Aids. Melhorias na qualidade e no tempo de sobrevivência do indivíduo vivendo com HIV principalmente pelos avanços em relação à TARV pode ter trazido a falsa lógica de que a doença não precisa ser mais temida ou até mesmo de um trabalho preventivo tão intenso. Aliado a isso a crença do adolescente de que “isso não vai acontecer comigo”. A percepção de invulnerabilidade por parte dos adolescentes se reflete na diminuição de

possibilidades de medidas preventivas. Isto, associado à falta de informação, contribui para o aumento da susceptibilidade à infecção pelo HIV, além de outras doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez não planejada na adolescência⁽⁹⁾.

Os trabalhos preventivos continuam centralizados no modelo falho e falido da mera entrega de folhetos informativos em períodos de carnaval, festas comemorativas de cidades e períodos de campanha. No campo da atuação em educação em saúde, existe a predominância histórica de um padrão biomédico e incapaz de responder às necessidades de melhoria das condições de saúde da população, medicalizando os problemas de caráter socioeconômico, levando a iatrogenias, e reforçando uma postura corporativa da atuação dos profissionais⁽¹⁰⁾. Acompanha-se a isso, a distribuição dos preservativos masculinos que em sua maioria, se resume a mera entrega sem qualquer orientação específica com exceção do trabalho que é e deve ser realizado nas unidades de saúde, especificamente falando da Estratégia Saúde da Família.

Nessa conversa com o grupo pudemos também sentir que existe um foco nas escolas muito maior em prevenir a gravidez na adolescência fato que afasta muito mais a clientela das escolas nesta faixa etária do que falar propriamente em DST e Aids. Resistência encontrada muitas vezes nas cidades interioranas pelo tabu em relação à sexualidade e tradicionalismo ou conservadorismo local e também pela falta de preparo profissional para tratar desta temática. Durante a discussão entre os estudantes ainda surgiram questionamentos no tocante a contaminação pelo vírus em relação à exposição pelo sexo oral relatando que acreditavam que também as chances seriam mínimas. Outros questionamentos foram surgindo motivando ainda mais nossa preocupação por notarmos o quanto a carência de informação era presente. Em tempos onde tantos jovens dispõem de altas tecnologias, o que a realidade retrata são jovens adolescentes acreditando ainda que a transmissão do HIV em pessoas do mesmo sexo não ocorre nem tampouco quando o portador está fazendo uso do coquetel.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos ressaltam a participação da escola na promoção de saúde e na educação sexual de jovens adolescentes. As informações relacionadas a prevenção da Aids necessitam de intensificação para que cada vez se possa contribuir na diminuição da disseminação e contaminação pelo vírus. A aprendizagem significativa ajuda nesse processo pelo fato de permitir ao sujeito que ele construa ou desconstrua seus conceitos possibilitando a partir desse novo conhecimento a adoção de um comportamento preventivo diminuindo a vulnerabilidade. A dramatização permitiu que o espectador visualize uma situação em potencial o que pode despertar em si a real possibilidade de contaminação caso não adote práticas preventivas.

Considerando-se que os adolescentes têm direito ao conhecimento de práticas preventivas, assegurado pela carta magna da República Federativa do Brasil que atribui ao Estado a responsabilidade de prover as condições de saúde a todo cidadão,

os resultados apontam que existe uma parcela da população em estudo que ainda encontra-se à margem dos programas de prevenção. Fato perceptível nos equipamentos educacionais do interior. Ciente desta realidade se faz necessário a quebra de paradigmas relacionados à educação sexual nas escolas, e acima de tudo que o foco se volte para esta clientela. Esta atividade serviu para que ocorressem modificações na agenda da escola para o aprofundamento desta temática não só nas disciplinas específicas, mas como uma estratégia a ser desenvol-

vida em consonância com o SPE conduzido, no âmbito federal, pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, em parceria com a UNESCO, UNICEF e a UNFPA. Essas instituições constituem o Grupo de Trabalho Federal (GTF) que está encarregado da elaboração de diretrizes, avaliação e monitoramento do Projeto. Acreditando que adolescente aprende mais com adolescente, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, por meio do GTF, convocam adolescentes e jovens a intensificar o diálogo entre seus pares.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em 15 de Nov de 2012.
2. Secretaria de Saúde do Ceará. Informe epidemiológico da AIDS. Disponível em <http://www.saude.ce.gov.com.br>. Acesso em: 02 de Dez de 2012.
3. Freire, P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários a Prática Educativa*, São Paulo: Paz e Terra. 1996
4. Universidade Federal de Santa Maria. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem: estratégias pedagógicas. Santa Maria: Curso de Graduação de Enfermagem; 2005.
5. Fernandes AMD, et al. Cidadania, trabalho e criação: exercitando um olhar sobre projetos sociais. *Rev. Dep. Psicol.*, 2006;18(2):125-42
6. Dilly CML, Jesus MCP. *Processo Educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas a prática profissional*. São Paulo: ROB: 1995
7. MOREIRA, Marco Antonio. *Aprendizagem significativa*. Brasília: Ed. da UnB, 1998.
8. Barão em foco. A origem e a evolução do teatro brasileiro. Disponível em <http://www.baraoemfoco.com.br>. Acesso em 20 de Nov. de 2012
9. Egger, M. et al. (1994). Conocimientos, atitudes y prácticas acerca del SIDA entre estudiantes de escuelas secundarias de Managua. *Bol.Of.Sanit.Panam.*,117(1) 12-21.
10. Stotz, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V. & STOTZ, E. N. (Orgs.) *Participação Popular, Educação e Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p.11-22.

Recebido em: 20.02.2013

Aprovado em: 07.03.2013

VISITAS INTRA-HOSPITALARES ÀS CRIANÇAS COM CÂNCER: CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA ANJOS DA ENFERMAGEM NÚCLEO CEARÁ

INTRA-HOSPITAL VISITS FOR CHILDREN WITH CANCER: THE CONTRIBUTION OF THE PROGRAM NURSING ANGELS CENTER CEARÁ

Artigo Original

Mirna Albuquerque Frota¹

Francisco Antonio da Cruz Mendonça²

Antonia Aldenira de Freitas Araújo³

Priscilla Solon Arruda Sampaio³

George Jó Bezerra Sousa³

RESUMO

Objetivou-se relatar a experiência da contribuição das visitas intra-hospitalares às crianças com câncer, pelo Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado durante as visitas semanais pelos voluntários do Programa Anjos da Enfermagem no Hospital Infantil Albert Sabin e Associação Peter Pan, em Fortaleza-CE, durante os meses de abril a dezembro de 2012. Durante as visitas intra-hospitalares são realizadas atividades lúdicas com as crianças, tais como: contação de histórias, musicoterapia, arte com balões, teatro, arte com pintura, desenhos entre outros. Tais atividades amenizam o medo, a angústia e a ansiedade causados pelo tratamento quimioterápico. As visitas intra-hospitalares desenvolvidas pelos voluntários do Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará a partir de atividades lúdicas de educação em saúde no ambiente hospitalar infantil é uma demonstração de cuidado holístico proporcionado às crianças e familiares com um relacionamento que vai além da relação paciente-profissional.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Hospitalização; Pediatria.

ABSTRACT

The objective was to report the experience of the contribution of hospital visits for children with cancer by Nursing Angels Program Center Ceará. This is a descriptive study, type experience report, conducted during weekly visits by volunteers Angels Nursing Program at Hospital Infantil Albert Sabin and Peter Pan Association, in Fortaleza, during the months from April to December 2012. During the visits

are performed in-hospital activities with children, such as storytelling, music therapy, art with balloons, theater, art with paintings, drawings and more. Such activities alleviate the fear, anguish and anxiety caused by chemotherapy. The hospital visits undertaken by volunteers Programme Angels Nursing Center Ceará from recreational activities health education in children's hospital is a demonstration of holistic care provided to children and families with a relationship that goes beyond the professional-patient relationship.

Keywords: Nursing Care; Hospitalization; Pediatrics.

INTRODUÇÃO

O Programa Anjos da Enfermagem: Educação e Saúde através do lúdico é desenvolvido em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), com a finalidade de promover a cidadania dos estudantes e profissionais de enfermagem brasileira através de atividades voluntárias de apoio às crianças com câncer e suas famílias por meio de atividades de arteterapia.

Nesse sentido, os voluntários passam por oficinas onde aprendem sobre seu comportamento com as crianças e desenvolvem atividades de música, pintura, contação de histórias, dentre outras atividades desenvolvidas a fim de estabelecer um relacionamento com as crianças, aliviando seu sofrimento no processo da doença e seu tratamento.

As atividades desenvolvidas por voluntários contribuem para a humanização hospitalar, nesse caso, ao cuidado à saúde das crianças com câncer⁽¹⁾. As visitas hospitalares acontecem uma vez por semana. No Núcleo Ceará, os voluntários do Pro-

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof^a. da Graduação em Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (COREN-CE). Coordenadora Estadual do Projeto Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará.

2 Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública. Prof. da Graduação em Enfermagem da Faculdades Nordeste (FANOR). Coordenador Local do Projeto Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará.

3 Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem pela FANOR. Voluntária do Projeto Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará.

grama Anjos da Enfermagem, atuam no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) e Associação Peter Pan (APP).

Estudo realizado por Jesus e colaboradores⁽²⁾ relata dificuldades enfrentadas pelos voluntários que se dividem entre a vida acadêmica e o voluntariado, o desenvolvimento de técnicas e a preocupação com o contato humano e o vínculo afetivo. A identidade de um anjo da enfermagem é formada a partir das suas vestimentas e seu peculiar modo de se pintar e se comportar; seu fundamental papel é de provocar o riso e conseqüente alegria, lembrando que cada voluntário possui suas particularidades que fazem parte da vida de todo ser humano.

Ante tais fatos, surgiu o questionamento: quais as contribuições das visitas intra-hospitalares às crianças com câncer pelo Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará? Para responder a esta questão, buscou-se realizar uma investigação da experiência da visita hospitalar pelos voluntários do Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará.

Em face do exposto, objetivou-se relatar a experiência da contribuição das visitas intra-hospitalares às crianças com câncer pelo Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado durante as visitas semanais pelos voluntários do Programa Anjos da Enfermagem no Hospital Infantil Albert Sabin e Associação Peter Pan, em Fortaleza-CE, durante os meses de abril a dezembro de 2012.

O Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará é realizado por oito voluntários, acadêmicos de Enfermagem, da Faculdade Nordeste (FANOR) DeVry Brasil, pela coordenadora estadual, conselheira do COREN-CE e pelo coordenador local, professor da FANOR.

Para a realização das visitas intra-hospitalares, contou-se com a direção do Hospital Infantil Albert Sabin e, após autorização, os voluntários supervisionados pelos coordenadores estadual e local começaram a desenvolver atividades de educação em saúde para as crianças com câncer.

Durante as visitas intra-hospitalares às crianças com câncer, os voluntários se dividem em duplas e passam em cada quarto interagindo com cada criança e os familiares, estabelecendo vínculos conforme o ânimo e disposição das crianças. São realizadas atividades lúdicas, tais como: contação de histórias, musicoterapia, arte com balões, teatro, arte com pintura, desenhos entre outros. Tais atividades possuem a finalidade de amenizar o medo, a angústia e a ansiedade causados pelo tratamento quimioterápico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

São realizadas atividades de educação em saúde durante as visitas intra-hospitalares, que variam de conversas animadas a apresentações teatrais com fantoches, envolvendo as crianças e os familiares com os personagens da história, que sempre traz uma lição de educação em saúde, bom humor e incentivo ao tra-

tamento da criança com uma mensagem de fortalecimento e esperança em sua recuperação.

Os voluntários do Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará apresentam-se de forma descontraída, com o uniforme de Anjos da Enfermagem padronizado com jaleco branco, rosto pintado e um chapéu colorido. Iniciam-se as brincadeiras e cantam-se músicas infantis com a finalidade de uma aproximação com a criança em um momento delicado de sua vida.

Antes da entrada dos voluntários é solicitada a autorização aos acompanhantes e quando a resposta é positiva, os Anjos da Enfermagem entram de forma alegre e divertida. Inicialmente há uma conversa com a criança para apresentação da equipe e criação de vínculo.

Pesquisa realizada por Françani⁽³⁾ evidenciou que a brincadeira é uma forma eficiente de despertar criatividade, bem-estar físico e emocional, e uma forma natural de conhecer-se como ser humano. Introduzir brinquedos na comunicação com crianças hospitalizadas é uma maneira de descobrir suas singularidades, criando um relacionamento de confiança e, brincando, a criança revela seus pensamentos e sentimentos.

Os acompanhantes das crianças com câncer, geralmente, são seus pais, que participam ativamente da visita, pois são fornecedoras orientações de educação em saúde. Os pais devem pôr em prática o que aprendem mesmo após a visita, pois são abordados temas como: saúde bucal, higiene, cuidados com a alimentação e incentivo à ingestão de água aos que não tem restrições, higienização das mãos para visitantes, dentre outros. O acompanhamento de cada criança é individual para evitar infecções cruzadas e estímulo à deambulação.

Os acompanhantes, na maioria das vezes pais ou mães, demonstram alegria ao perceberem os filhos mais ativos e participativos, e agradecem com muita alegria e abraços.

Durante as visitas intra-hospitalares, os pais mostraram-se bastante receptivos aos voluntários, por proporcionarem aos seus filhos um momento de distração em um período tão delicado de suas vidas, o que pode ser constatado ao vermos novamente um sorriso no rosto da criança que outrora apresentava apenas lágrimas e um semblante de dor. Essa é uma sensação descrita com agradecimentos pela presença do voluntário do Programa Anjos da Enfermagem.

Estudo realizado com mães acompanhantes constatou que há bastante valorização e respeito pelo trabalho voluntário lúdico, por motivarem a criança no longo e doloroso tratamento do câncer, diminuindo a ansiedade e fortalecendo as relações biológicas e emocionais⁽⁴⁾.

Outra reação comum é a de querer registrar o momento de alegria de seus filhos, mesmo durante uma fase tão dolorosa. Para o voluntário, a certeza de ter realizado com êxito a tarefa de proporcionar à criança e à família um momento de bem-estar.

A princípio a equipe de enfermagem apresentou certa resistência quanto à presença dos voluntários do Programa Anjos da Enfermagem, mas com o passar do tempo, a alegria que invadia

cada quarto com os sorrisos e gargalhadas contagiava as crianças e os profissionais de enfermagem.

A enfermagem tem em seu lado prático o cuidar das pessoas saudas e doentes, e constitui-se também como ciência, por estar fundamentada em estudos. A aplicação do lúdico promove a saúde agindo como facilitador do processo de cura e redução da permanência hospitalar; formas de alcançar os objetivos da terapêutica estabelecida⁽⁶⁾.

Na despedida, a criança revela um sentimento de saudade, mas é orientado para as crianças e acompanhantes que os Anjos da Enfermagem retornarão na semana seguinte - caso a criança permaneça no hospital, receberá outra visita. Os voluntários retornam ao leito que foi visitado e percebem a criança com brilho no olhar e a confirmação da expectativa da criança na espera é descrita pelos pais, sendo fortalecidas as autoestimas da criança e da família, fazendo do tratamento uma responsabilidade não apenas profissional, mas emocional e afetiva. Fica em cada voluntário a certeza de dever cumprido

e uma pergunta: quem mais se alegrou, a criança/família ou o voluntário dedicado em proporcionar felicidade, que também recebe carinho gerando alegria?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As visitas intra-hospitalares desenvolvidas pelos voluntários do Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará, a partir de atividades lúdicas de educação em saúde no ambiente hospitalar infantil, são uma demonstração de cuidado holístico proporcionado às crianças e familiares, com um relacionamento que vai além da relação paciente-profissional.

Acredita-se que a presença dos voluntários acalma a dor, muitas vezes não descrita na comunicação verbal e não verbal pelas crianças com câncer e pelos familiares, e na maioria das vezes, não pode ser resolvida com medicamentos. Assim, a equipe de enfermagem também se envolve e faz parte da brincadeira, contribuindo para a criação de um ambiente alegre e favorecendo a diminuição da ansiedade e do medo das crianças.

REFERÊNCIAS

1. Martins MCFN, Bersusa AAS, Siqueira SR. Humanização e voluntariado estudo qualitativo em hospitais públicos. *Rev. Saúde pública* 2010; 44(5): 942-9.
2. Jesus DLM, Caldas JT, Lima LSM, Hermalino T, Virgulino VAC. O anjo e a morte: vivências de voluntários do Projeto Anjos da Enfermagem com crianças em estado terminal. *ReTEP* 2011; 3(4):530-2.
3. Françani GM, Zilioli D, Silva PRF, Sant'ana RPM, Lima RAG. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando arte como instrumento na assistência à criança

hospitalizada. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 1998; 6(5): 27-33.

4. Cardoso WMG, Chagas WEaC, Costa TNA. A percepção das mães acompanhantes das crianças com câncer atendidas na casa da criança sobre a atividade lúdica. *X Encontro de Extensão da UFPB*. 2008.

5. Brito TRP, Resck ZMR, Moreira DS, Marques SM. As práticas lúdicas no cotidiano de cuidar em enfermagem pediátrica. *Rev. Enferm.* 2009; 13(4):802-8.

Recebido em: 06.01.2013

Aprovado em: 18.02.2013

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE INFECÇÕES HOSPITALARES

SCIENTIFIC LITERATURE ON HOSPITAL INFECTIONS

Artigo de Revisão

Bárbara Marques de Moraes¹

Luciana Kelly Ximenes dos Santos²

Maria do Carmo de Oliveira Citó³

Giuliana Ignácio Teixeira Cavalcante³

Jérsica Marques de Moraes⁴

RESUMO

Investigar a produção científica sobre “infecção hospitalar” no Brasil. Estudo descritivo, bibliográfico. A coleta de dados ocorreu na base de dados SciELO, por meio do descritor infecção hospitalar, entre agosto a outubro de 2011, totalizando 23 artigos. Os profissionais que mais pesquisaram foram os enfermeiros com titulação máxima de doutor, predominantemente na região sudeste do país. Conclui-se que as publicações relacionadas à infecção hospitalar encontradas são de grande relevância para a prática, além de apresentarem características de qualidade; entretanto este tema poderia ser mais explorado, já que o conhecimento sobre infecção hospitalar contribui bastante para a melhoria da qualidade da assistência.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar; Enfermagem; Brasil.

ABSTRACT

Objective was investigate the scientific production on the title hospital infection in Brazil. Descriptive bibliographic study. Data collection took place in the SciELO database, using the descriptor hospital infection in the months of August to October 2011, articles found amounted to twenty-three. Professional who conducted more research on the subject, were nurses with maximum degree of doctor, predominantly produced in the southeast of the country. The publications related to hospital infection are of great relevance to practice, in addition to having quality characteristics; however this issue could be further explored by health professionals as the knowledge of hospital infection contributes significantly to the improvement of quality of care.

Keywords: Cross Infection; Nursing; Brazil.

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares constituem um problema antigo, porém, ainda hoje é encontrada alguma resistência com relação aos profissionais de saúde em se tratando de infecção hospitalar. Alguns profissionais acham que não é importante ter cuidados para se evitar a infecção hospitalar, principalmente os profissionais do ensino médio, que possuem pouco conhecimento em relação a este assunto.

O controle da infecção hospitalar é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, que fica em contato com o paciente por um período bem maior quando comparada aos outros profissionais.

A infecção hospitalar é adquirida após a entrada do paciente no hospital ou após sua alta hospitalar, que justificaria que o paciente a adquiriu no âmbito hospitalar⁽¹⁾. Geralmente envolve microorganismos como bactérias, fungos, vírus e protozoários. O paciente da unidade de terapia intensiva está mais exposto ao risco da infecção, devido à sua condição clínica e à variedade de procedimentos invasivos.

Os maiores índices de infecção hospitalar são observados em pacientes nos extremos de idade, como o recém nascido que ainda não possui sua imunidade completa e os idosos, que têm um corpo debilitado. Alguns já apresentam patologias crônicas degenerativas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, entre outras. A infecção hospitalar acomete também os pacientes que passam por procedimentos cirúrgicos, devido aos procedimentos invasivos e à própria incisão cirúrgica, que é uma porta de entrada para microorganismos⁽²⁻³⁾.

¹ Enfermeira graduada pela Faculdade Nordeste (Fanor).

² Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Farmacologia pela UFC. Doutoranda em Farmacologia pela UFC. Email: luciana.ximenesufc@yahoo.com.br

³ Enfermeira graduada pela UFC. Mestre em Farmacologia pela UFC. Doutoranda em Farmacologia pela UFC.

⁴ Enfermeira graduada pela Fanor.

O avanço da tecnologia proporcionou um aumento da complexidade assistencial, porém aumentou o número de procedimentos invasivos sofridos pelos pacientes, aumentando a probabilidade de adquirir uma infecção hospitalar⁽¹⁾.

No Brasil os dados sobre infecção hospitalar são pouco divulgados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as estatísticas de mortalidade sejam apresentadas segundo a denominada “causa básica de morte”, definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a “lesão fatal”. Isso faz com que as causas de morte por infecção hospitalar sejam subnotificadas.

O risco de desenvolver infecção é maior na UTI, onde os pacientes tem de 5 a 10 vezes mais probabilidade de contrair infecção - esta pode representar cerca de 20% do total de infecções de um hospital. O risco de infecção é relativamente proporcional com a gravidade da doença, a nutrição do paciente a natureza dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, como o tempo de internação hospitalar, por exemplo⁽⁴⁾.

Os principais tipos de infecções hospitalares que mais acometem os pacientes, tanto na Unidade de Terapia Intensiva como em outros setores do Hospital, são as infecções respiratórias, infecções sanguíneas e as infecções urinárias, sendo as infecções de sítio cirúrgico pouco notificadas e mais restritas a clínicas cirúrgicas⁽⁵⁾.

A realização desta pesquisa abordou uma temática de importância para saúde pública. Mostrando assim os dados mais relevantes de infecção hospitalar, apontando os tipos de infecção mais prevalentes, mais graves e com maior taxa de letalidade, contribuindo desta forma para alertar os profissionais de saúde a fim de informar aos mesmos sobre as infecções hospitalares que ocorrem com maior frequência neste setor, para promover a conscientização da prevenção das infecções hospitalares. Faz-se necessário; portanto, uma atualização e síntese do que está sendo produzido sobre a temática, bem como de quem são os produtores deste conhecimento. É neste pressuposto que se fundamenta a importância para a realização deste estudo, que teve como objetivo caracterizar a produção científica sobre infecções hospitalares disponível na base de dados SciELO quanto aos aspectos estruturais e de conteúdo.

METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo bibliográfica, descritiva. As pesquisas descritivas descrevem e elucidam os diversos fenômenos⁽⁶⁾.

Tais tipos de pesquisa contribuem para a completa compreensão do objeto de estudo, o que favorece sobremaneira as contribuições para a atuação de enfermagem junto aos atores em discussão. As pesquisas descritivas pretendem descrever as características dos fenômenos ou das relações entre as variáveis⁽⁷⁾.

A investigação ocorreu em fontes secundárias, na base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online). A Scientific Electronic Library Online - SciELO é uma biblioteca eletrônica

que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. A SciELO é o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. A partir de 2002, o projeto contou com o apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. O projeto tem por objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico. Com o avanço das atividades do projeto, novos títulos de periódicos estão sendo incorporados à coleção da biblioteca.

A coleta de dados foi feita a partir da investigação na base de dados SciELO, utilizando o descritor “infecção hospitalar”, onde alcançou-se o número de vinte e três artigos.

Foi desenvolvido um formulário de coleta de dados, com 17 questões, que foi preenchido para cada artigo pesquisado no estudo. O formulário permitiu a obtenção de informações sobre instituição responsável, estado, ano de publicação, categoria profissional, titulação e gênero do autor, quantidade de autores, título do periódico, qualificação do mesmo, ambiente e cidade de coleta de dados, população e abordagem metodológica.

A coleta de dados se deu no período de agosto e outubro de 2011. Esse acesso rápido às informações (Base de Dados) através da Internet, preciso e com baixo custo facilita o acesso dos pesquisadores a trabalhos científicos, permitindo a elaboração de um bom projeto, que venha a enriquecer os leitores e melhorar o atendimento aos pacientes⁽⁸⁾.

Na interpretação dos dados, foram utilizadas tabelas ilustrativas com dados estatísticos simples, como frequências absolutas e relativas. Tais recursos permitiram uma visão objetiva e válida dos dados para análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à instituição de origem da pesquisa, pode-se observar na tabela 01 que a instituição que mais publicou artigos acerca do tema infecção hospitalar foi o Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto (SP). Pode-se destacar ainda que a grande maioria dos trabalhos científicos foi realizada em instituições presentes na cidade de São Paulo.

São Paulo é uma das maiores cidades do Brasil, se destacando tanto como polo industrial do país, como também em relação ao avanço nas pesquisas científicas, pois possui uma das Universidades mais bem conceituadas, estando entre uma das melhores do mundo.

A Universidade de São Paulo (USP), mantida pelo governo do estado de São Paulo, é uma instituição pública e de ensino gratuito. Diferentes rankings mundiais criados para avaliar a qualidade das universidades colocaram a USP em uma ótima colocação, lhe diferenciando de outras instituições de ensino. Esses rankings têm como objetivo principalmente medir a produtividade científica das instituições.

Tabela 01 – Distribuição dos artigos publicados segundo a instituição de origem sobre Infecção Hospitalar. SciELO, ago/set 2011.

Instituição de Origem (N=16)	N	%
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	3	18,75%
Hospital das Clínicas da UNICAMP	1	6,25%
Hospital Público Pediátrico de São Paulo	1	6,25%
Universidade Federal de São Paulo	1	6,25%
Hospital de Ensino Pediátrico em São Paulo	1	6,25%
Hospital Getúlio Vargas em Teresina - PI	1	6,25%
Hospital de Pequeno Porte em Pedrinópolis - MG	1	6,25%
Instituição Pública de Ensino no Rio de Janeiro	1	6,25%
Hospital de Grande Porte de Teresina	1	6,25%
Hospital Universitário de Botucatu em São Paulo	1	6,25%
Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul	1	6,25%
Hospital Universitário em São Paulo	1	6,25%
Hospital Universitário de Presidente Prudente - SP	1	6,25%
Hospital Universitário de Belo Horizonte	1	6,25%

Foi verificado que a maioria dos profissionais que pesquisou sobre o tema são enfermeiros, com 74,07% dos autores, seguido dos médicos (18,52%), farmacêuticos (5,56%) e biólogos (1,85%). A enfermagem vem estudando infecção hospitalar a muitos anos, desde 1863, quando Florence Nighthingale descreveu os procedimentos de cuidados relacionando o paciente com o ambiente onde ele se encontra, com a principal finalidade de diminuir bastante o risco de infecção. Florence solicitava que as enfermeiras tivessem um sistema de relato de óbitos, para que com aqueles dados ela pudesse avaliar o número de morte por infecção, para reduzir assim os prováveis riscos de se contrair infecções⁽⁹⁾.

Com relação ao conteúdo dos artigos selecionados, pode-se destacar o ambiente de coleta de dados (tabela 02), o qual variou bastante, desde fontes retiradas da internet até prontuários, Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Sendo, as Unidades de Internação, o SAME, a CCIH e a UTI adulto os locais mais prevalentes.

Sabe-se que ao ser internado em um hospital, o indivíduo já está sob risco de adquirir infecção hospitalar, sendo as Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), os locais com os maiores índices de infecção hospitalar. Isto ocorre porque as UTI's são os locais onde mais ocorrem procedimentos invasivos no hospital, aumentando o risco de invasão por microorganismos infectantes⁽¹⁰⁾.

Tabela 02 – Distribuição da produção científica sobre infecção hospitalar quanto ao ambiente de coleta de dados. SciELO, ago/out 2011.

Ambiente de Coleta de Dados (N=23)	N	%
Unidade de Internação adulta	4	17,39%
SAME	2	8,70%
CCIH	2	8,70%
UTI Adulto	2	8,70%
Hospital de grande porte	2	8,70%
UTI Pediátrica	1	4,35%
Serviço de Pronto Socorro	1	4,35%
Centro Cirúrgico	1	4,35%
Unidade de Internação Pediátrica	1	4,35%
Artigos científicos da base de dados	7	30,43%

Com isso, a UTI torna-se um ambiente de grande importância ao se estudar índices de infecção hospitalar, bem como os principais microorganismos envolvidos, pois também é na UTI, onde os pacientes tem um maior tempo de internação hospitalar podendo ser acompanhados mais criteriosamente e por um período maior em relação a outros setores do hospital.

Os dados encontrados nessa pesquisa mostram que a maioria dos artigos estudados utilizou como ambiente de coleta de dados as Unidades de Internação (enfermarias), talvez pelo fácil acesso a estes locais, bem como por se tratar do ambiente de trabalho do próprio pesquisador do artigo, ficando a UTI em segundo lugar, juntamente com o SAME e a CCIH, onde a pesquisa ocorreu em prontuários e utilizando dados epidemiológicos. Este tipo de pesquisa em prontuários também traz grande importância para o tema estudado, pois mostra a prevalência das infecções hospitalares através de dados epidemiológicos abordando todos os setores do hospital.

Pode-se observar também que houve um grande número de pesquisas (30,43%) envolvendo artigos de revisão. Isto mostra interesse de vários autores em estudar sobre o tema infecção hospitalar através de estudos de revisão bibliográfica ou revisão integrativa, pois estes estudos permitem ao autor ampliar o conhecimento acerca do tema de interesse, buscando na literatura informações novas e relevantes de interesse para os pesquisadores⁽⁶⁾.

A tabela 03 especifica a população que mais apresentou a infecção hospitalar, sendo a grande maioria pacientes pediátricos (26,09%), mostrando que há um interesse maior em se pesquisar infecção hospitalar na área pediátrica, já que são pacientes mais suscetíveis a adquirir uma infecção hospitalar por vários fatores, sendo principalmente a produção e a função diminuídas dos componentes dos sistemas de defesa local e sistêmica um dos principais fatores que levam à imaturidade da imunidade e predispõem um risco maior a estes pacientes⁽¹¹⁾.

Tabela 03 – Distribuição da produção científica sobre infecção hospitalar quanto à população/amostra. SciELO, ago/out 2011.

População/Amostra do Estudo (N=23)	N	%
Pacientes pediátricos	6	26,09%
Pacientes adultos	4	17,39%
Profissionais de enfermagem	4	17,39%
Acompanhantes	1	4,35%
Pacientes idosos	1	4,35%
Não se aplica	7	30,43%

Em relação à abordagem metodológica, a mais utilizada foi a qualitativa. Com 47,83% dos artigos encontrados, as abordagens qualitativas abarcam a totalidade de seres humanos, concentrando-se na experiência humana em cenários naturalistas⁽¹²⁾. As informações qualitativas envolvem compreensões acerca dos acontecimentos, vivências únicas dos personagens, influenciadas pela cultura e pelas percepções construídas ao longo da vida⁽¹³⁾.

A tipologia quantitativa esteve presente em 21,74% dos artigos. Os estudos quantitativos utilizam instrumentos de medida que permitem assegurar a confiabilidade dos achados com quantificação dos dados, principalmente quando há neces-

sidade de comparação do evento⁽¹⁴⁾. As pesquisas quantitativas apresentam informações precisas e interpretáveis, resultados das estratégias adotadas pelo pesquisador. Nelas há um controle das variáveis independentes, além da exigência de maior número de informantes que a pesquisa qualitativa⁽⁶⁾.

CONCLUSÃO

Estes resultados foram esclarecedores e levaram a considerar que a produção científica de infecção hospitalar apresentou características bem peculiares. Verifica-se que os artigos encontrados concentram-se em instituições da região sudeste, mais precisamente em São Paulo, nas revistas de qualificação internacional, com excelentes níveis, e provenientes de autores com títulos de doutores e mestres, o que certifica uma adequada capacitação para as pesquisas.

Porém, o fato de não haver pesquisas sobre este tema na região nordeste nos deixa preocupados, pois este assunto é extremamente relevante para a enfermagem e, segundo esta pesquisa, na região nordeste este tema é pouco estudado.

Conclui-se que ainda tem muito a ser feito sobre esta temática, promovendo o melhor entendimento de profissionais de saúde, acompanhantes e pacientes acerca dos cuidados para evitar infecções hospitalares, com o intuito de evitar maiores complicações como estas.

REFERÊNCIAS

1. Andrade CA, Pinheiro TMM. Controle de Qualidade e Controle de Infecção Hospitalar. In: Maria Aparecida Martins. (Org.). Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle. 1 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. p. 63-75.
2. Turrini RNT. Infecção hospitalar e mortalidade em hospital pediátrico. [dissertação mestrado] São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
3. Gilio AE, Stape A, Pereira CR, Cardoso MFS, Silva CV, Troster EJ. Risk factors for nosocomial infections in a critically ill pediatric population: a 25-month prospective cohort study. *Inf Control Hosp Epidemiol*, Chicago, 2000; 21(5): 340-342.
4. Gusmão MEN, Dourado I, Fiaccone RL. Nosocomial pneumonia in the intensive care unit of a Brazilian university hospital: an analysis of the time span from admission to disease onset. *AJIC: American Journal of Control Online*, 2004; 32(4): 209-214.
5. Melo AS, Lorena VMB, Moraes AB, Pinto MBA, Leão SC, Soares AKA et al. Prevalência de infecção chagásica em doadores de sangue no estado de Pernambuco, Brasil. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, São Paulo, 2009; 31(2).
6. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
8. Pitta GBB, Castro AA. A pesquisa científica. *J Vasc Bras*, Porto Alegre, 2006; 5(4):243-244.
9. Couto RC, Nogueira TMG, Nogueira M. Infecção hospitalar. Epidemiologia e controle. 2 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
10. Abramczyk ML. Infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva. In: ANVISA. *Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar*. Editora ANVISA, 2006. p 31.
11. Mussi-Pinhata MM, Nascimento SD. Infecções neonatais hospitalares. *Jornal de Pediatria*. 2001; 77 Sup 1.
12. Marcus MT, Liehr PR. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: Lobiondowood G, Haber J. *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
13. Aquino PS. Desempenho das atividades de vida por prostitutas. [dissertação mestrado] Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2007.
14. Leopardi M. Metodologia da pesquisa em saúde. 2 ed. rev. Florianópolis: UFSC. Pós-Graduação, 2002.

Recebido em: 22.02.2013

Aprovado em: 20.03.2013

USO DAS TECNOLOGIAS LEVES NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À GESTANTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

USE OF SOFT TECHNOLOGIES IN NURSING CARE FOR PREGNANT WOMAN ON FAMILY HEALTH STRATEGY

Artigo de Revisão

Bruna Cavalcante Domingos¹

Dailon de Araújo Alves²

Marcus Vinicius Dias Gadelha²

Shayanny Gonçalves Andrade²

Gláucia Margarida Bezerra Bispo³

RESUMO

O presente trabalho objetiva propor reflexões acerca do uso das tecnologias leves no cuidado de enfermagem à gestante na Estratégia Saúde da Família, devendo esta ter prioridade nas ações desenvolvidas pelo enfermeiro, com foco voltado ao acolhimento, vínculo e a humanização do atendimento. A assistência à gestante dentro da unidade básica de saúde precisa ser vista como uma forma de contato inicial entre a usuária e o serviço de saúde, cabendo aos profissionais da unidade o estabelecimento do vínculo e da sua manutenção para que ocorra de forma qualificada e continuada, proporcionando dessa forma uma assistência pautada na prevenção e detecção precoce de intercorrências que acometem essas mulheres na gestação, no trabalho de parto e no puerpério.

Palavras-chave: Tecnologia; Atenção Primária à Saúde; Gravidez.

ABSTRACT

This study aims to propose reflections about the use of soft technologies in nursing care for pregnant woman in the Family Health Strategy, which shall have priority in the actions performed by nurse, with a focus returned to host bond and human assistance. The assistance to pregnant woman in the unit of basic health must be seen as a form of initial contact between the user and the health service, it is up to the unit staff establish a connection and their maintenance to occurs of a qualified and continuous form, providing thus ruled an assist lined in the prevention and early detection of complications that affect these women during pregnancy, parturition and post partum.

Keywords: Technology; Primary Health Care; Pregnancy.

INTRODUÇÃO

A concepção de tecnologia inclui os processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de atividades produzidas e controladas pelos seres humanos⁽¹⁾.

Entende-se por tecnologias leves aquelas produzidas no trabalho vivo em ato, compreendendo as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e gestão como forma de governar os processos de trabalho⁽²⁾.

No processo de trabalho dos profissionais da saúde, em substituição ao modelo assistencialista biomédico, os trabalhadores da saúde deverão participar de processos educativos em que seja valorizado o vínculo com os usuários, bem como a construção de uma relação dialógica que valorize a subjetividade de ambos os sujeitos envolvidos neste processo de trabalho⁽³⁾.

Nesse contexto, o cuidado de enfermagem e a tecnologia estão interligados, uma vez que a enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias, e a tecnologia consiste na expressão desse conhecimento científico, e em sua própria transformação⁽⁴⁾.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada pelo Ministério da Saúde como a principal política reorientadora do modelo de atenção à saúde no país⁽⁵⁾.

As tecnologias leves integrarão o ato de cuidar em si, relacionadas a diferentes formas de interação com o cliente. Nas equipes da ESF, as tecnologias leves compreendem as relações

¹ Graduanda do 8º período do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). E-mail: brunac-domingos@hotmail.com

² Graduando do 8º período do curso de enfermagem da URCA.

³ Enfermeira, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Professora assistente da disciplina de Saúde Coletiva da URCA.

de interação e subjetividade, possibilitando produzir o vínculo, o acolhimento e a gestão de serviços⁽⁶⁾.

Em se tratando da gestante, um dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada para mulheres e adolescentes⁽⁷⁾.

Sob a ótica das tecnologias leves, é importante que o enfermeiro, como gerente dos serviços de saúde dentro da ESF, valorize o acolhimento e o vínculo à gestante pautado sob preceitos éticos.

Este estudo foi realizado por um grupo de acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri durante as disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde da Mulher, tendo como principal objetivo propor reflexões acerca do uso das tecnologias leves no cuidado de enfermagem à gestante dentro da ESF.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e bibliográfico realizado entre os meses de setembro e outubro de 2012 a partir de revisão das bases científicas de dados da Scielo e da Lilacs. As palavras-chave utilizadas nessas bases de dados foram “tecnologias em saúde”, “enfermagem” e “gestante”. Como critérios de inclusão para esta revisão bibliográfica, foram selecionados artigos completos que versavam sobre o tema, que fossem publicados entre os anos de 2006 e 2012, que tivessem sido escritos em idioma português e que se adequavam a temática proposta pelo estudo.

Além da pesquisa nestas bases de dados, foram também realizadas consultas em livros, anais de congressos, periódicos e políticas do Ministério da Saúde que abordavam as tecnologias leves e leve-duras no cuidado de enfermagem, bem como o uso das tecnologias em saúde.

Tecnologias Leves no Cuidado em Saúde na ESF

Existem várias acepções para o termo tecnologia, possuindo como origem etimológica “tecno”, que vem de “techné”, que é o saber fazer, e “logia”, que vem de “logos”, razão. Ou seja: a razão do saber fazer⁽⁴⁾. Merhy⁽⁸⁾ classifica as tecnologias em saúde em três categorias: a) Tecnologia dura: representada pelo material concreto, como equipamentos, mobiliário de tipo permanente ou de consumo; b) Tecnologia leve-dura: incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras e; c) Tecnologia leve: que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde.

Na perspectiva do cuidado em saúde, ressalta-se que a tecnologia não pode ser vista apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade⁽⁴⁾.

A ESF constitui-se como espaço privilegiado para implementação das tecnologias leves no cuidado em saúde, uma vez que é considerada como elo inicial entre o usuário e o profissional. Nascimento, Oliveira e Oliveira⁽⁶⁾ consideram que estas tecnologias promovem maior proximidade entre a equipe e os usuários e deixa espaço para a manifestação das subjetividades dos sujeitos, bem como coloca o usuário na posição ativa no processo decisório por empoderá-lo para seu autocuidado.

Um dos principais desafios enfrentados, no nível da atenção básica, na implementação desta forma de trabalho está na capacitação dos profissionais que atuam na área, uma vez que nos serviços de saúde se encontram muitos profissionais com formação não contemporânea ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à ESF. Esses trabalhadores tiveram que passar por processos de mudanças paradigmáticas para atuarem no SUS⁽⁵⁾.

A gestante como usuária da ESF deve ter foco prioritário dentro das ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção básica, merecendo cuidados no que diz respeito ao atendimento humanizado, vínculo e acolhimento.

Tecnologias Leves no Atendimento à Gestante na ESF

A implementação das tecnologias leves no atendimento à gestante é discutida por alguns autores sob o aspecto do acolhimento, atenção qualificada e humanizada⁽⁹⁻¹¹⁾. Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) define como prioridade a ampliação de acesso ao sistema com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco⁽¹²⁾.

Especificamente no caso da atenção básica, as diretrizes devem elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde⁽¹²⁾.

O acolhimento à gestante implica na recepção desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário⁽¹³⁾.

Vieira, Bock, Zocche e Pessota⁽⁹⁾ ressaltam que a importância atribuída à participação ou não das consultas e atividades propostas pela equipe de saúde no pré-natal irá determinar o êxito do profissional e a qualidade de vida que a gestante deseja para si e para a família, além de ser importante que a mulher reconheça e sinta-se acolhida no processo de monitoramento e acompanhamento da gestação, beneficiando sua saúde e a de seu filho.

O enfermeiro neste contexto deve considerar em suas ações aspectos essenciais à relação humano-humano como a conversa, o saber ouvir, o toque, o compartilhamento de ideias, a demonstração de preocupação, a expressão de afeto, estar atento aos desejos/reivindicações e, ainda, outros aspectos que são valorizados na visão holística do cuidado⁽⁶⁾.

Embora haja esforços por parte dos profissionais da saúde na implementação das diretrizes da PNH, um dos principais

desafios enfrentados é a superação do modelo assistencialista biomédico ainda presente na forma de atuação da equipe da ESF. No âmbito político, o desafio torna-se maior. Araújo e Lima⁽¹⁴⁾, em um estudo realizado na cidade de Sapé, localizada no estado da Paraíba, ressaltam a existência de muitos agravantes ligados à ausência de perfis profissionais adequados, à inexistência de parcerias com outros setores afins, à ineficiência na gestão e na política local, por não priorizarem as competências existentes no município.

No que diz respeito ao atendimento à gestante adolescente, cabe atenção maior dos profissionais no intuito de buscar significados múltiplos da gestação para ela e sua família⁽¹³⁾. Dentre os principais desafios a serem enfrentados pelos profissionais da saúde no atendimento a esta clientela, Santos, Saunders e Baião⁽¹¹⁾ apontam a interferência negativa da predominância da dimensão biomédica na percepção dos profissionais de saúde sobre os aspectos psicossocioculturais da gestação na adolescência, embora ressaltem também que haja profissionais sensibilizados para uma ampliação da visão de saúde sobre as necessidades da adolescente gestante.

O acolhimento na assistência à gestante dentro da ESF deve ser visto como a porta de contato inicial entre a usuária e o sistema de saúde, cabendo aos profissionais da equipe a responsabilidade pela manutenção do elo usuária-sistema. Neste aspecto, o enfermeiro, como gerente do processo de trabalho

da equipe de saúde da família, deve estabelecer relação de vínculo com a usuária e garantir sua adesão aos serviços de saúde ofertados na atenção básica em oposição ao modelo biomédico-curativista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, evidenciou-se que a tecnologia leve, pelo fato de estar relacionada ao processo de comunicação e às relações de vínculos que devem ser estabelecidas entre profissional-cliente, precisa se fazer presente em toda a assistência prestada à população pelos profissionais da saúde, sobretudo na Estratégia Saúde da Família, tendo atenção especial sobre as gestantes, pois este é o fator primordial para se conseguir maior adesão às consultas de pré-natal e puericultura, resultando em melhor qualidade de serviço a essas clientes e menores chances do desenvolvimento de complicações gestacionais.

Contudo, ainda é necessário que os profissionais se sensibilizem quanto ao estabelecimento desse vínculo com a usuária, ultrapassando a resolução de problemas sob a ótica do modelo biomédico-curativista.

A implementação de processos de trabalho que valorizem o acolhimento da usuária deve começar no âmbito político com a capacitação das equipes de ESF, tendo o enfermeiro papel fundamental neste processo, uma vez que é o profissional responsável pelo gerenciamento da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Koerich, M. S.; Backes, D. S.; Scortegagna, H. M.; Wall, M. L.; Veronese, A. M.; Zeferino, M. T. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Contexto Enferm*, 2006; 15: 178-85.
2. Merhy, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
3. Martins, J. J.; Albuquerque, G. L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para Humanização do processo de trabalho em saúde. *Cienc Cuid Saúde*. 2007 Jul-Set; 6(3): 351-56.
4. Rocha, P. K.; Prado, M. L.; Wał, L.; Carraro, T. E. Cuidado e Tecnologia: Aproximações Através do Modelo de Cuidado. *Rev.bras. enferm.* 2008 Jan-Fev; 61(1): 113-16.
5. Pessanha, R. P.; Cunha, F. T. S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Abr-Jun; 18(2): 233-40.
6. Nascimento, H. R. P.; Oliveira, I. M. M.; Oliveira, C. C. Tecnologias Leves e suas implicações no processo de trabalho de enfermagem. In: *Anais do I Seminário de Avaliação e Inovação Tecnológica em Saúde da Região do Cariri*, 2011 Set 13-20; Crato, Brasil. Crato (CE): Universidade Regional do Cariri; 2011.
7. Ministério da Saúde (BR). *Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília (DF): MS; 2004.
8. Merhy, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE. *Praxis em salud un desafío para lo publico*. São Paulo: Hucitec, 1997.
9. Vieira, S. M.; Bock, L. F.; Zocche, D. A.; Pessota, C. U. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20: 255-62.
10. Zampieri, M. F. M.; Erdmann, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das convergências e divergências. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010 jul-set; 10(3): 359-67.
11. Santos, M. M. A. S.; Saunders, C.; Baião, M. R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e gestante adolescente: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 775-86.
12. Ministério da Saúde (BR). *Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília (DF): MS; 2004.
13. Ministério da Saúde (BR). *Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual técnico pré-parto e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília (DF): MS; 2005.
14. Araújo, M. F. S.; Lima, G. S. A Estratégia Saúde da Família dentro do Sistema Único de Saúde. *CAOS- Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, 2009 set; 14: 34-40.

Recebido em: 07.02.2013

Aprovado em: 20.03.2013

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM SOBRE A ASSISTÊNCIA NO PARTO HUMANIZADO

SCIENTIFIC ANALYSIS OF PRODUCTION ON NURSING SERVICE IN HUMANIZED CHILDBIRTH

Artigo de Revisão

Thiago Rodrigo Cruz Farias¹

Liliane Gonzaga da Silva²

Natanna da Conceição Viana²

RESUMO

Revisão integrativa da literatura que objetivou caracterizar as pesquisas produzidas pela enfermagem brasileira sobre o tema parto, especialmente quanto ao enfoque parto humanizado e atribuições da enfermagem. O levantamento bibliográfico abrangeu as publicações nacionais em enfermagem, de 2008 a 2012, sendo identificados 20 artigos que compuseram a amostra do estudo. As produções foram categorizadas de acordo com as temáticas abordadas: humanização da assistência ao parto; atribuições da enfermagem obstétrica e assistência humanizada - relações entre enfermagem, parturientes e acompanhantes. Conclui-se, com base nos artigos selecionados, a importância da humanização na assistência de enfermagem ao parto, sendo o enfermeiro um profissional que possui atribuições e formação holística para atuação de forma humanizada.

Palavras-chave: Obstetrícia; Parto Humanizado; Papel do Profissional de Enfermagem.

ABSTRACT

Integrative review of the literature with the aim of characterizing the research produced by Brazilian on the topic with childbirth, especially as the focus humanized childbirth and nursing assignments. The literature review covered the national nursing publications, from 2008 to 2012 and identified 20 articles that comprised the study sample. The productions were categorized according to the themes addressed: humanization of childbirth; midwifery assignments and humanized - relationships between nursing mothers and caregivers. The conclusion is based on selected articles on the importance of humanizing nursing care delivery, the nurse is

a professional who possesses powers and holistic training to work in a humane way.

Keywords: Obstetrics; Humanized Childbirth; Professional Nursing Role.

INTRODUÇÃO

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evitem as intervenções desnecessárias e que preservem sua privacidade e autonomia⁽¹⁾.

O processo de parto, também entendido como o trabalho de parto e o parto, é complexo e envolve a equipe de saúde com a mulher e sua família, em um momento cheio de grandes transformações em suas vidas – o nascimento de um filho⁽²⁾.

O parto na maioria das vezes mesmo sendo esperado, é vivenciado como uma experiência de intensas tensões, por ocorrer em local estranho, pela imprevisibilidade que o cerca e por ocorrer, muitas vezes, na ausência de alguém de confiança da parturiente e da sua família⁽³⁾.

Nesse enfoque, o parto torna-se um evento fisiológico natural e requer uma atenção humanizada e de grande importância, tanto para equipe de enfermagem que está diretamente no processo do cuidar, como também para família e o binômio mãe e filho.

Um meio de auxiliar as parturientes nesses aspectos, visando facilitar o processo de parturição, é trabalhar com informações sobre os eventos que permeiam o trabalho de parto

¹ Enfermeiro. Especialista em enfermagem do trabalho pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA).

² Enfermeira. Graduada pela Faculdade do Vale do Jaguaribe (FVJ).

e parto durante o pré-natal e dar a tão preciosa confiança que a mulher espera da equipe de saúde⁽⁴⁾.

A assistência humanizada proporciona às mulheres um forte sentimento de confiança e segurança durante o parto e ao cuidar de seu filho. Muitas têm uma experiência maravilhosa de auto-transformação, sentindo-se capazes em seu novo papel social. Esta experiência estimula a conscientização e o interesse pela sociedade, tendo como consequência o fortalecimento social⁽⁵⁾.

O cuidado de enfermagem transcende a utilização de procedimentos técnicos, envolvendo a sensibilidade e, no processo de parir, todas as habilidades podem ser utilizadas pelas enfermeiras, delineando um cuidado sensível. Este cuidado é imprescindível nos momentos que antecedem o parto e durante o nascimento do bebê, já que o estado emocional da parturiente muitas vezes se mostra extremamente sensível e vulnerável às condições apresentadas pelo ambiente e pelas relações com as pessoas ao seu redor⁽²⁾.

O Ministério da Saúde vem buscando a humanização da assistência através da implementação de estratégias que envolvem um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam promover o parto e nascimentos saudáveis. Nesse sentido, foram estabelecidas portarias ministeriais voltadas para a melhoria da assistência obstétrica. Dentre essas destaca-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRE-NATAL), cujo propósito é garantir e ampliar o acesso de gestantes aos cuidados durante o ciclo gravídico e puerperal⁽⁶⁾.

Nessa concepção, a humanização tem como foco a qualificação da atenção, envolvendo o respeito e a promoção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, e, por outro, a formação de profissionais que implantem práticas baseadas nas evidências científicas em ambientes com instalações físicas adequadas e recursos tecnológicos disponíveis⁽⁷⁾.

Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade⁽¹⁾.

Frente ao processo de mudança do paradigma do cuidado no trabalho de parto e parto, a equipe de enfermagem possui papel decisivo, já que são os profissionais que estão mais próximos da parturiente⁽²⁾.

Nesse contexto, o objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema parto, especialmente quanto ao enfoque parto humanizado, além de descrever a importância das atribuições da enfermagem nesse contexto.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido por meio de método da revisão integrativa, recurso que proporciona a incorporação das evi-

dências do estudo a partir de um tema de interesse para a prática de enfermagem⁽⁸⁾.

O estudo foi realizado no período de janeiro de 2013, no qual foram analisados, sobre a temática em estudo, artigos científicos indexados na base de dados eletrônicos BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), sendo usados os seguintes descritores: parto, humanização e enfermagem.

Para direcionamento da pesquisa, determinados critérios foram utilizados: inclusão – artigos publicados de 2008 a 2012; disponíveis na íntegra; artigos na língua portuguesa, baseado no segmento do estudo; exclusão – artigos que não contemplassem os critérios referidos.

A partir dos descritores parto, humanização e enfermagem surgiram 91 artigos, dentre esses 49 estavam disponíveis na íntegra e 48 estavam na língua portuguesa e apenas 20 possuíam o perfil de inclusão datados de 2008 a 2012, sendo que 28 não complementavam esses critérios.

Os dados foram registrados em forma de fichas de leitura. Para uma melhor visualização dos dados, estes foram divididos em categorias empíricas e descritos embasados na literatura pertinente. Posteriormente, foi realizada a exploração dos artigos em foco – os dados foram registrados em forma de fichas de leitura e identificação sobre a temática do parto humanizado. Por meio deste procedimento de busca e seleção, foram identificados 20 artigos que atendem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A identificação do número de publicações foi selecionada de acordo com os descritores, base de dados consultada e distribuição cronológica. Elaborou-se uma tabela correlacionando os periódicos e o ano dos respectivos trabalhos.

A tabela 01 mostra que foram selecionados para o estudo um total de 20 artigos, os quais foram distribuídos nos seguintes periódicos: Revista Enfermagem UERJ, com oito publicações; Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste e Revista Ciência, Cuidado e Saúde, ambas com duas publicações; Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Saúde e Sociedade, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Interface – Comunicação, Saúde, Educação e Cogitare Enfermagem, com uma publicação cada.

De posse do material, levantados os resultados, emergiram as seguintes áreas temáticas: humanização da assistência ao parto; atribuições da enfermagem obstétrica e assistência humanizada – relação entre enfermagem, parturiente e acompanhante, que serão analisadas a seguir.

Humanização da Assistência ao Parto

A humanização vem como adjetivo do parto gerando a expressão parto humanizado. Para profissionais do campo obstétrico, trata-se da prática baseada em evidências, a desmedicalização da assistência com o manejo da dor como prevenção

Tabela 01 – Distribuição dos artigos de acordo com os periódicos indexados na base de dado *Bireme*, no período de 2008 a 2012.

Periódico	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Rev. da Escola de Enfermagem da USP	-	01	-	-	-	01
Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste	-	01	01	-	-	02
Rev. Enfermagem UERJ	02	02	-	03	01	08
Rev. Saúde e Sociedade	-	-	01	-	-	01
Rev. Eletrônica de Enfermagem	-	-	01	-	-	01
Rev. Ciência, Cuidado e Saúde	-	-	01	01	-	02
Rev. Brasileira em Promoção da Saúde	-	-	01	-	-	01
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	-	-	01	-	-	01
Revista Brasileira de Enfermagem	-	-	-	01	-	01
Interface - Comunicação, Saúde, Educação	01	-	-	-	-	01
Cogitare Enfermagem	01	-	-	-	-	01
Total	04	04	06	05	01	20

da dor iatrogênica, a qualidade da relação interpessoal com o reconhecimento dos direitos do paciente, tratamento acolhedor e respeitoso, e a promoção dos vínculos familiares⁽⁹⁾.

O termo humanização vem sendo utilizado há mais de quarenta anos com sentidos diversos, incluindo desde uma perspectiva caritativa até a introdução do discurso dos direitos dos cidadãos ao acesso a uma atenção de qualidade. Considerou-se que o olhar da humanização sobre as práticas empregadas na atenção ao ciclo gravídico puerperal, necessita-se de transformações em relação às relações interpessoais que inclui o acolhimento e apoio efetivos e extensivos a todas as mulheres, não apenas durante o pré-natal, o trabalho de parto e o parto, mas também para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê após o nascimento. Ao mesmo tempo, o referido olhar confirma a essencialidade da qualidade técnica do atendimento e a propriedade da percepção de que é a mulher o sujeito da atenção e, como tal, dela deve participar efetivamente⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, a humanização da assistência obstétrica ainda representa um desafio para os profissionais de saúde, para as instituições e para a sociedade⁽⁵⁾. Tanto a Organização Mundial Saúde como o Brasil têm reconhecido, entre as profissões de saúde, a importância das ações assistenciais de enfermagem. Ao que se refere à saúde da mulher, o Ministério da Saúde tem, desde a década de 1990, orientado estratégias para inserir enfermeiros no cuidado à mulher em processo de parturição, com base em diretrizes de políticas de saúde voltadas para essa área, buscando, essencialmente, a humanização e desmedicalização dessa assistência⁽¹¹⁾.

De acordo com o estudo⁽¹²⁾ o cuidado de enfermagem é percebido como imprescindível para proporcionar conforto e bem-estar às puérperas. Refletir sobre a percepção de cada mulher quanto à vivência do parto auxilia na escolha de estratégias de cuidado que possam atender a suas necessidades individuais. A partir da descoberta das particularidades de cada uma delas é que a assistência pode ser planejada e construída, sempre com a finalidade de cuidar de maneira integral. A forma como essa mulher vivencia o trabalho de parto também

deve ser levada em consideração, pois reflete em sua participação no nascimento do filho⁽¹¹⁾.

Assim, os profissionais, ao assistirem a parturiente, precisam compreender como sua clientela vivencia a parturição, atender suas carências individuais, com sua participação ativa e poder de escolha, vislumbrando um modelo que possa levar a uma efetiva humanização do parto⁽⁵⁾.

Uma assistência humanizada é saber ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando sua história de vida, incluindo seus aspectos sociais, psicológicos e emocionais, que podem influenciar de modo significativo sua vivência no parto normal. Para isso, os profissionais de saúde que se propõem a acompanhar essas mulheres nesse momento devem acolhê-las, reconhecendo a importância da comunicação em sua prática⁽¹³⁾.

Ressalta-se que o princípio da assistência humanizada requer mais emotividade e um maior respeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. A sensibilização, focalizando o trabalho nas subjetividades do grupo, tem o propósito de despertar estes valores⁽¹⁴⁾.

Atribuições da Enfermagem Obstétrica

A enfermagem obstétrica está legalmente habilitada para desempenhar as funções no processo de assistência ao parto, podendo, no parto normal, sem distócia, realizar procedimentos, como admissões, consultas, exames especializados, aplicação de anestésicos locais, suturas perineais e manobras de auxílio ao desprendimento fetal. Isto diferencia sua atuação das demais habilitações e especialidades de enfermagem. Seu treinamento e formação dão prioridade aos aspectos sociais, psicológicos e humanos da assistência ao parto, sem, evidentemente, retirar desta atividade a figura e participação do médico, informando-o da evolução e dos procedimentos que adotou⁽¹⁵⁾.

Podemos aprontar que a abordagem carinhosa, a movimentação corporal e a presença de um acompanhante são reconhecidas pelas mulheres como práticas e atitudes de cuidado próprias das enfermeiras obstétricas. Isso significa que a enfermeira obstétrica é um agente estratégico no estímulo ao parto normal,

particularmente quando sua prática humanística é potencializada por modelos assistenciais orientados pela humanização e pela utilização de práticas baseadas em evidências científicas⁽¹³⁾.

É necessário que exista realmente um trabalho de equipe, envolvendo a participação simultânea de médicos e enfermeiros obstetras no processo de assistência ao parto e que as Instituições onde ocorrem os partos identifiquem os conflitos, disponham de protocolos de assistência ao parto amplamente divulgados e realizem discussões periódicas, envolvendo a equipe de saúde, sobre resultados maternos e perinatais estudados através de indicadores, e abordem os limites e responsabilidades dos profissionais envolvidos nesta tarefa⁽¹⁵⁾.

Torna-se, portanto, imprescindível a reflexão do enfermeiro sobre sua prática, a fim de que transforme o cenário vigente da atenção obstétrica do país e busque novos saberes que respeitem os direitos femininos na sua integralidade. Para tal, faz-se necessário maior valorização desse profissional que necessita de subsídios tanto na educação para aperfeiçoamento e atualização, como no trabalho, por meio de carga horária mais justa e salário mais digno⁽¹⁶⁾.

O cuidado oferecido pelos enfermeiros é percebido através de orientações, apoio emocional, contato direto (toque) e realização de procedimentos da rotina obstétrica, além da visibilidade da satisfação quanto à profissão. As formas de cuidado oferecido pelos enfermeiros são avaliadas positivamente, além de proposta uma reflexão quanto aos aspectos que precisam ser melhorados, para que possam contribuir com a construção de um cuidado humanizado que considera a parturiente como protagonista⁽¹²⁾.

No processo de inserção dos profissionais no modelo humanizado, os gestores municipais devem realizar oficinas de sensibilização como estratégia. Esta estratégia não é eficiente para que os profissionais incorporem os valores do modelo humanizado. No entanto, evidencia-se que a enfermagem obstétrica que participa desse modelo de oficinas consegue incorporar as práticas humanizadas tanto na abordagem como no desenvolvimento de habilidades específicas que distingue o modelo de humanização⁽¹⁴⁾.

Assistência Humanizada – relação entre Enfermagem, Parturientes e Acompanhantes

Acredita-se que o empenho em manter o relacionamento entre os próprios profissionais e clientes constitui-se parte da assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente, em que o respeito e a dignidade se tornem uma constante e sejam vistos como norma a ser praticada naturalmente⁽¹⁷⁾.

A perspectiva das mulheres possibilita a compreensão de que vivenciar o processo de parto envolve a mulher, o acompanhante e o enfermeiro. A mulher, pelas transformações em seu corpo que, durante a gravidez, ocorreram de forma gradual, e no parto alteram-se rapidamente, somando-se ainda a um turbilhão de sentimentos e emoções. O acompanhante, próximo ou à distância, quando é impedido de estar junto, apesar de

não sentir em seu corpo as mudanças, apoia a mulher, sofrendo e solidarizando-se com a sua dor, vivenciando com ela o que de fato é o processo do parto. O enfermeiro, que a cada parturiente deve despir-se de qualquer preconceito ou fórmula pronta para cuidar, lutando contra a rotina e massificação desse cuidado, para sentir com ela suas emoções, dores e realizações do parto. Estes são grandes desafios do cuidar sensível no processo de parto⁽²⁾.

Acredita-se que orientar a mulher, desde o pré-natal, sobre o trabalho de parto e parto seja uma maneira efetiva e importante de evitar comportamentos que exacerbem sentimentos de ansiedade, medo e insegurança no momento da parturição. Quando não trabalhados, os conflitos vivenciados pela gestante durante a gravidez podem influenciar de forma negativa o processo de trabalho de parto e parto. Para tanto, o cuidado prestado deve focar as necessidades de cada parturiente, a fim de que sua bagagem individual e seu conhecimento prévio sejam respeitados e suas crenças e valores sejam compreendidos de forma a não julgá-la pelos atos manifestados durante o seu trabalho de parto. Além disso, deve-se considerar que esta parturiente está inserida em um contexto de vida que engloba o biológico (trabalho de parto) e o psicológico (ausência de acompanhante)⁽⁴⁾.

A presença do acompanhante proporciona maior tranquilidade e força, diminuindo o medo e a ansiedade delas durante o trabalho de parto, e a movimentação corporal promoveu coragem e sensação de liberdade, demonstrando que os enfermeiros reconheceram essas mulheres como sujeitas ativas e protagonistas do evento, e que adotam as suas práticas conforme os princípios das tecnologias não invasivas de cuidado⁽¹³⁾.

Vale enfatizar que, para o pleno exercício do direito do familiar de permanecer ao lado da parturiente no processo de nascimento, indo ao encontro do que é preconizado pela Política Nacional de Humanização de Atenção ao Parto e Nascimento, são necessárias mudanças na forma de trabalho da equipe de saúde que acompanha esse momento, pois, ao se trabalhar com a família como objeto da atenção, é necessário que ocorram modificações na atuação da equipe, atuação que ainda é fortemente centrada no modelo biomédico⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos artigos selecionados, foi possível verificar a importância da humanização na assistência de enfermagem ao parto, sendo o enfermeiro um profissional que possui atribuições e formação holística para atuação de forma humanizada. Para esses fins é necessária a aquisição de profissionais qualificados e comprometidos, que prestem assistência sem qualquer tipo de discriminação e estejam empenhados com a ética, respeito e dignidade a exercerem suas funções, de forma que o cuidado humanizado é centrado nas necessidades da cliente, baseado não apenas em procedimentos e normas técnicas estabelecidas.

As produções científicas estudadas levantaram, em sua grande maioria, três perspectivas importantes: atenção sobre a humanização da assistência ao parto, atribuições da enfermagem obstétrica e assistência humanizada com enfoque na relação entre enfermagem, parturientes e acompanhantes.

Com isso observou-se uma constante preocupação no que diz respeito ao emprego de uma assistência humanizada ao parto, ficando evidente que é um dos fatores primordiais para a qualidade na assistência, sendo uma questão de saúde pública e de educação em saúde para todos os envolvidos no momento

mais íntimo e emocionante da mulher, e ainda a partir do modelo de atenção ao parto empregado pelo Ministério da Saúde.

Por fim, para uma assistência embasada na humanização ideal, percebe-se a necessidade de formação de profissionais que atendam à necessidade não só das pacientes, mas que possibilitem um suporte à família e/ou acompanhante. Espera-se com este estudo subsidiar estudos futuros e ações benéficas para uma melhora na qualidade da assistência ao parto com foco na humanização, que é direito da mãe e de seu filho e de todos envolvidos na ação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
2. Frello AT, Carraro TE. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2010;12(4):660-8.
3. Sand ICPV, Girardon-Perlini NMO, Abreu SM. Ansiedade de familiares de parturientes durante o processo de parto. *CiencCuidSaude* 2011 Jul/Set; 10(3):474-481.
4. Schmalfluss JM, Oliveira LL, Bonilha ALL, Pedro ENR. Cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. *CiencCuid Saúde* 2010 Jul/Set; 9(3):618-623.
5. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Revista Brasileira de Enfermagem Brasília* 2011 Jan-Fev; 64(1): 60-5.
6. Carvalho JBL, Brito RS, Araújo ACPF, Souza NL. Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 10, n. 3, p. 125-131, Jul/Set 2009.
7. Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *CiencSaudeColet* 2005; 10(3): 639-49.
8. Vasconcelos EV, Santana ME, Silva SED. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermagem em Foco* 2012; 3(3): 127-130.
9. Gomes M. L. Maria Moura A. V. Modelo Humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 Abr/Jun; 20(2):248-53.
10. Parada CMGL, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface – comunicação, saúde, educação*. v.12, n.24, p.35-46, Jan/Mar 2008.
11. Moura CFS, Lopes GT, Santos TCF. Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 Abr/Jun; 17(2):182-7.
12. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 Abr/Jun; 19(2):249-54.
13. Nascimento NM, Progianti JM, Novoa RI, Oliveira TR, Vargens OMC. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery (impr.)* 2010 Jul/Set; 14 (3):456-461.
14. Progianti J. M., Mouta R. J. O. A Enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 Abr/Jun; 17(2):165-9.
15. Garcia SAL, Lippi UG, Garcia SAL. Parto assistido por enfermeira obstetra: perspectivas e controvérsias. *RBPS, Fortaleza*, 23(4): 380-388, Out/Dez; 2010.
16. Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Progianti JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 Abr/Jun; 19(2):181-5.
17. Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(2):274-9.
18. Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Abreu SM. Ansiedade de familiares de parturientes durante o processo de parto. *Cienc Cuid Saude* 2011 Jul/Set; 10(3):474-481.

Recebido em: 12.02.2013

Aprovado em: 20.03.2013

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

INSTITUCIONAL



2013



Celiane Maria Lopes Muniz

Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará-COREN-CE, Enfermeira, Especialista em Gestão e Auditoria de Qualidade, Gerente de Enfermagem do Hospital Regional Unimed e Enfermeira do Hospital de Messejana.

“Acreditar em um sonho e fazer realizar este sonho, é saber que, em grande parte, ele depende de você”. Estas palavras foram retiradas do editorial de recente edição da revista do COREN-BA, onde o gestor reflete sobre a sua atuação no primeiro ano de atividades à frente daquele regional.

No momento em que o mesmo acontece conosco, inspirada nas palavras do editorial baiano, me permito aqui fazer uma análise crítica do primeiro ano de gestão à frente do COREN-CE, que, no nosso entender, deixa um balanço positivo do quanto conseguimos realizar. Tivemos uma gestão pautada na integridade, transparência, acessibilidade e resolutividade, que trouxe resultados satisfatórios no tocante a questões de ordem financeira e operacional. Cientes da importância do planejamento e controle, desenvolvemos um modelo baseado integralmente em indicadores de resultados.

Sabemos que não é fácil transformar de forma rápida - são apenas de três anos o período desta gestão -, um sistema que esteve por décadas fechado, desconhecido e inacessível. Porém, acreditamos na força da mudança, na importância da redemocratização e reestruturação física e processual do sistema COFEN/COREN.

Ademais, nesse ano comemoramos 40 anos do Sistema COFEN/Conselhos Regionais, órgão que tem na sua essência, a normatização e fiscalização do exercício de todos os

profissionais de Enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados à saúde brasileira. Além do que, este ano continuamos na luta incessante pela regulamentação das 30 horas, através da PL 2295-2000, com vários esforços locais e federais. Também permanecemos na luta pela valorização do SUS, assim como, pela melhoria das escolas de formação e capacitação profissional. Há ainda, a luta pela não regulamentação do Ato Médico, que traz alguns pontos divergentes para os profissionais da saúde. Não podemos esquecer a luta diuturna pela valorização do profissional da enfermagem, através das fiscalizações mais eficazes, com exigência da contratação de profissionais que atendem à legislação quanto ao dimensionamento.

Destaco ainda como parte importante do nosso compromisso, a reativação neste ano de 2013 do Núcleo de Aperfeiçoamento Profissional do COREN-CE, com capacitações dentro dos hospitais, no interior do estado e no próprio regional, sempre abordando temas de interesse das diversas categorias de enfermagem.

Sabemos que temos muito a realizar. Para tanto, vamos arregaçar as mangas, unir as mãos em esforços, para que a cada dia possamos trabalhar e trabalhar para que alcancemos nossos sonhos, conquistemos nossos ideais, e tenhamos uma enfermagem cada vez mais reconhecida e valorizada.

Sorte a todos, força, fé, trabalho e união. ●



COREN-CE DIVULGA BALANÇO DE 2012. O CONSELHO CONCLUI O ANO COM 1.405 FISCALIZAÇÕES

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará trabalhou intensamente em 2012 para garantir a segurança da sociedade e dos profissionais da Enfermagem.

No ano passado foram realizadas 1.405 fiscalizações em 1.242 instituições. Para garantir que apenas os profissionais da enfermagem capacitados, com inscrições regulares e exercendo as atividades referentes às suas competências, atuem na saúde do Ceará.

Durante as ações o Conselho identificou irregularidades em parte dos espaços visitados. A partir desse levantamento, o COREN-CE realizou relatórios sobre os locais, que geraram 98 processos encaminhados ao Ministério Público, para que o mesmo tome as decisões necessárias para cada caso.

Além das fiscalizações às instituições, o COREN-CE notificou 2.647 pessoas em não-conformidade com o Conselho. Dessas, 677 foram suspensas por ilegalidades junto ao Conselho.

Em 2012, o COREN-CE conseguiu fiscalizar todos os municípios cearenses, o que reflete um trabalho voltado não apenas para os grandes municípios, mas também ações em localidades menos assistidas.

São ações como essas que legitimam o COREN-CE como representante dos profissionais de Enfermagem, fiscalizando suas ações, defendendo os interesses da classe e lutando, em conjunto, por melhorias significativas na saúde cearense. Mudanças consideráveis já foram conquistadas graças às ações do COREN. E o trabalho não pode parar. ●

HOSPITAL SÃO CARLOS IMPLANTA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM



A equipe do Hospital São Carlos criou a comissão de ética no último dia 21 de janeiro. O evento foi acompanhado pela Presidente do Conselho Regional de Enfermagem, Dra. Celiane Muniz.

A comissão é composta pelos seguintes membros efetivos: Enf^a Ana Rita Pimentel Castelo, Presidente; Enf^a Ana Laura Oliveira Lima, Vice-Presidente; Téc. de Enfermagem Eveline Castelo Correia Limeira, Secretária; Enf^a Verônica Zeferino de Menezes; Enf^a Ana Luiza Almeida de Lima; Téc. de Enfermagem Patrícia da Silva Rodrigues; Téc. de Enfermagem Francisca Marinho Fernandes.

Como suplentes estão a Enf^a Ivana Varela Feitosa e a Téc. de Enfermagem Rosangela Gomes Sales.

Dra. Celiane ressalta a importância dessa ação: “Parabenizamos o grupo de enfermagem desta renomada instituição pela criação de sua Comissão de Ética”.

A responsável pela comissão de ética do COREN-CE, Dra. Viviane Mamede enfatiza que esta “é uma forma de ter um órgão não apenas fiscalizador, mas também educativo e preventivo”.

“A parceria do Conselho Regional com as comissões hospitalares serve como uma forma de filtrar os problemas que podem ser resolvidos administrativamente”, ressalta a enfermeira Dra. Viviane Mamede.

HOSPITAL DE MESSEJANA CONTA COM NOVA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM



Foi empossada no dia 27 de março, a nova Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital de Messejana. O grupo é composto por 12 profissionais, sendo cinco enfermeiros e 07 técnicos e auxiliares. A equipe foi empossada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. Durante a cerimônia, a gestora de enfermagem, Dra. Celina Saraiva, lembrou que a comissão ajuda a não perder a perspectiva da ética dentro do exercício profissional.

A presidente do COREN-CE, Dra. Celiane Muniz, enalteceu a importância de uma comissão no ambiente hospitalar, “a comissão é quem vai averiguar as denúncias dentro do hospital. Aquelas mais graves serão encaminhadas por esta equipe ao Conselho de Enfermagem”.

O Diretor Geral do Hospital de Messejana (HM), Dr. Ernani Ximenes, também esteve na solenidade. O gestor lembra da importância da comissão não apenas punir, mas também “promover algo de bom, promover valores”, afirmou o gestor.

O Hospital de Messejana conta com 1.100 profissionais da enfermagem, que devem ter como referência a nova comissão, tanto como espaço de denúncia, quanto de orientação e apoio. ●



COREN-CE REALIZA PALESTRAS COM RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DA SAÚDE NAS REGIÕES NORTE E VALE DO JAGUARIBE



Saúde é tema prioritário de qualquer plano de gestão pública que se queira sustentável. No âmbito municipal, a questão ganha importância ainda maior, por conta das dificuldades tradicionalmente impostas pela carência de infraestrutura adequada à prestação de um serviço compatível com as necessidades da população.

Nesse contexto, o trabalho do profissional de Enfermagem assume um papel cada vez mais decisivo, exigindo proatividade no tocante à identificação das necessidades mais prementes dos pacientes, consideradas as diferentes dimensões da saúde das pessoas.

Diante disto, a presidente do Conselho Regional de Enfermagem, Dra. Celiane Muniz, tem percorrido cidades do interior do estado, proferindo palestras sobre a temática, com o propósito de realçar o trabalho da enfermagem como um componente fundamental na eficiência e eficácia do sistema de saúde local.

Já foram visitadas as regiões Norte e do Vale do Jaguaribe. O planejamento do COREN-CE incluía ainda todas as demais regiões do estado.

REGIÃO NORTE

A região Norte do estado recebeu uma palestra sobre a “Atuação do Profissional da Enfermagem e a Interface da Gestão Municipal” no dia 15 de março, realizada pela presidente do Conselho Regional de Enfermagem, Dra. Celiane Muniz. O evento aconteceu no Auditório do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Vale do Acaraú, em Sobral.

Durante a ocasião, a presidente do COREN-CE falou para um grupo de mais de 50 pessoas, entre profissionais responsáveis técnicos, gestores de saúde e estudantes.

Na palestra foram abordados temas como a segurança do paciente, as atribuições do profissional da enfermagem, portarias municipais para prescrição de medicamentos, entre outros. Ao final do evento foi aberto um debate para esclarecimento de dúvidas sobre os temas apresentados e a atuação do Conselho.

O evento possibilitou uma maior proximidade do COREN-CE com os profissionais da Enfermagem da região Norte. Com isso, propostas de novos encontros com gestores de saúde foram apresentadas. A presidente do



Conselho também colocou-se à disposição dos profissionais para atender futuras demandas. Aqueles que precisarem de novos encontros ou palestras e cursos específicos, poderão procurar o COREN-CE para esses eventos.

VALE DO JAGUARIBE

Responsáveis técnicos, Secretários de Saúde e Representantes das cidades de Limoeiro do Norte, Jaguaribe, Tabuleiro do Norte e Russas participaram de uma palestra sobre “A atuação do profissional da enfermagem e a interface da gestão municipal” realizada pelo COREN-CE na Região do Vale do Jaguaribe.

Durante o encontro, o coordenador de fiscalização do COREN-CE, Dr. Adailson Vieira, pôde trazer para os profissionais explicações sobre o trabalho e os limites legais do exercício profissional dos enfermeiros, auxiliares e técnicos e as principais atribuições do COREN-CE.

Além disso, o coordenador de fiscalização auxiliou os novos gestores quanto à atuação do poder público no que diz respeito ao exercício profissional do enfermeiro, como a obrigação de um dimensionamento correto

nas unidades de saúde e a necessidade de portarias que apontem quais medicamentos dos programas de saúde pública podem ser prescritos pelos enfermeiros.

O Secretário de Saúde de Tabuleiro do Norte, Dr. João Márcio da Silva, esteve na palestra e aponta que agora, como gestor, tem ainda mais necessidade de manter contato permanente com os profissionais.

O Secretário agradece a vinda da equipe do evento e explica que está “querendo também dar uma organizada na questão da responsabilidade técnica, na questão das categorias da enfermagem”. Ele afirma: “Ser enfermeiro aumenta o meu compromisso. Preciso organizar a gestão municipal e a representação dessa categoria no meu município”.

Outra liderança que esteve presente foi a Dra. Maria das Graças Diógenes, enfermeira assistencial de Iracema. Ela explica que gosta muito de estar atualizada e ações como essa renovam os horizontes dos profissionais da enfermagem.

Esse foi o primeiro evento do COREN-CE no interior do estado e o interesse do Conselho é expandir o acesso daqueles que estão longe da sede à informação e à qualificação profissional. ●



COREN-CE REALIZA AÇÃO DE SAÚDE NO TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará esteve no dia 18 de março, das 8h às 16h, no Tribunal de Contas dos Municípios, promovendo ações de saúde para os funcionários e visitantes do Cambeba. Aqueles que procuraram os voluntários do Conselho e do Projeto Anjos da Enfermagem, puderam verificar pressão arterial e glicemia, além de contar com explicações sobre o autoexame de mama e também receberam preservativos. A iniciativa contou com a parceria do Hemoce, que coletou doações de sangue na unidade móvel do hemocentro.

Na abertura do evento estiveram a presidente do COREN-CE, Celiane Muniz; o presidente do TCM, Francisco Aguiar; o Diretor Geral do TCM, Juraci Muniz Júnior; o Secretário de Saúde do Município, Arruda Bastos; a Diretora Executiva do Hemoce, Luciana Carlos; o Deputado Estadual Lula Moraes e o Coordenador do Rotary no Ceará, Djaniro Santos.



O Secretário de saúde destacou a importância da doação de sangue, principalmente no período que antecede o feriado da semana santa.

A presidente do COREN-CE lembrou que no processo de doação estão envolvidos profissionais da enfermagem que são essenciais para as ações de saúde. “A participação do Conselho junto aos profissionais da enfermagem, fiscalizando e colaborando, ajuda a manter o trabalho livre de imperícias, imprudências e negligências”. ●

PRESIDENTES DOS CONSELHOS NORDESTINOS ESTIVERAM NO CEARÁ PARA TRAÇAR METAS PARA 2013

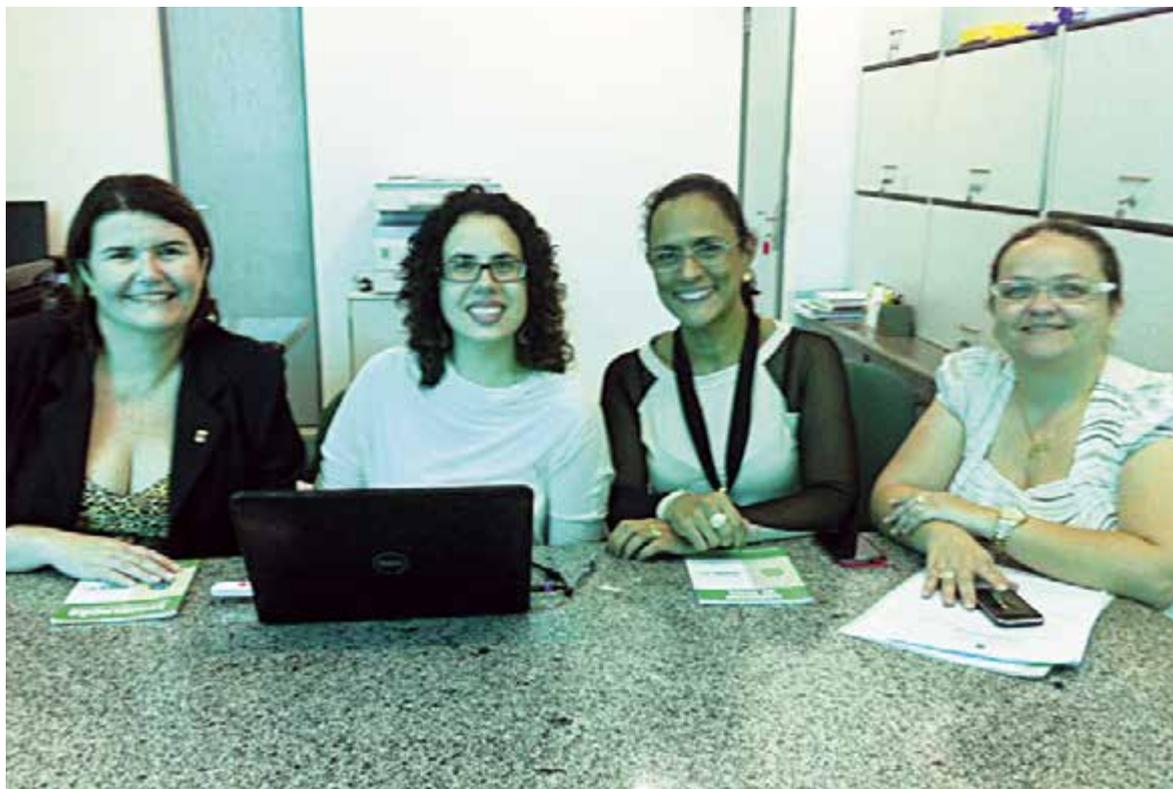


Presidentes dos Conselhos de Enfermagem do Nordeste se reuniram no dia 1º de fevereiro, na sede do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. O encontro trouxe as presidentes da Bahia, do Maranhão, do Piauí, do Rio Grande do Norte e de Sergipe.

A reunião abordou assuntos de interesse dos Conselhos nordestinos, como projetos, dificuldades e desafios para 2013. Tendo em vista que as realidades sociais, culturais e econômicas desses estados se assemelham, esse encontro facilitou a troca de experiências e a possibilidade de alinhamento e coesão entre as gestões.

Essa foi a primeira reunião entre presidentes no ano de 2013. Esse espaço de diálogo pretende ser repetido ao longo do ano para uma melhor gestão e desempenho dos Conselhos do Nordeste. ●

COREN-CE REALIZA O PRIMEIRO ENCONTRO VIRTUAL PELO FACEBOOK



O Conselho Regional de Enfermagem reuniu-se, nos meses de fevereiro e março, com usuários do Facebook. Os encontros aconteceram na sala de eventos da rede social, com inscritos de todo o estado. Participaram do evento uma equipe do COREN-CE composta pela Presidente, Dra. Celiane Muniz; a Assessora Jurídica, Dra. Micheline Holanda; a fiscal e então ouvidora, Dra. Sandra Valesca; o chefe da fiscalização, Dr. Adailson Vieira; a Conselheira Marli Veloso e a Assessora de Comunicação, Luana Gurgel.

Durante os encontros foram abordados assuntos como o fim da inscrição provisória, explicado pelo setor jurídico, a luta pelas 30 Horas no Ceará e a possibilidade de convênios com empresas operadoras de planos de saúde, abordados pela Presidente do Conselho. Também foi tratada a questão legal que exige que a ficha de referência dos pacientes seja preenchida apenas pelo médico, explicada pela representante da fiscalização do conselho. ●



Para acompanhar o Coren-Ce pelo facebook, acesse: www.facebook.com/pages/Coren-Ceará/115076635290103



Maria Daura de Queiroz Porto

Graduada em Enfermagem para Universidade Estadual do Ceará – UECE. Habilitação em Enfermagem Médico Cirúrgica pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Residência em enfermagem no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS. Especialização em Pediatria e Neonatologia pela UECE. Membro da diretoria do Sindicato dos Enfermeiros do Ceará – SENECE. Membro da diretoria da Associação Beija-flor-Funface. Enfermeira Assistencial na Unidade de Pré e Pós Operatório do Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS. Enfermeira voluntária assistencial no pré e pós operatório pela Operação Sorriso Brasil e Operação Smile. Coordenadora do Serviço de Enfermagem do HIAS.

SER ENFERMEIRO UM DOM DIVINO. AMOR. ARTE. CIÊNCIA. GENTE CUIDANDO DE GENTE

“São valores institucionais da Enfermagem: Ética, Humanização, Compromisso, Participação, Valorização Profissional, Eficiência e Credibilidade.”

Na minha infância via o exemplo dos meus pais, a solidariedade com os idosos carentes da vila onde morava. Quando adolescente comecei a me interessar pela enfermagem, me emocionava com a coragem e dedicação dos enfermeiros da Cruz Vermelha, assistia filmes e via as expedições, achava fantástico viajar e cuidar de pessoas queria ser como Ana Nery e Florence Nightingale, decidi ser enfermeira, quando acadêmica participei do Projeto Rondon (coordenado pelo Ministério da Defesa, é um projeto de integração social que envolve a participação voluntária de estudantes universitários na busca de soluções que contribuam para o desenvolvimento sustentável de comunidades carentes e ampliem o bem-estar da população); quando formei fui contratada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e fui trabalhar no departamento responsável em montar e equipar as unidades mistas dos municípios do Ceará. Posteriormente fui trabalhar no Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS onde permaneço desde então.

Tenho orgulho da minha profissão, tenho vaidade e gosto de trabalhar no HIAS. O Sabin é contagiante e sempre visto com bons olhos. O mais gratificante de trabalhar no HIAS é a equipe de profissionais qualificados, dedicados e comprometidos com as boas práticas do cuidado e que amam a instituição e trabalham para vê-la crescer. Ferramentas estas essenciais para uma gestão eficiente.

O Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS, sendo órgão da administração pública estadual, integrante da rede da Secretaria da Saúde do Ceará, realiza procedimentos de alta complexidade em Oncologia, Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Crânio – facial. Certificado pelos Ministérios da Educação e da Saúde como Hospital de Ensino como Centro de Referência Nacional para a Promoção da Saúde

da Criança e do Adolescente. Além disso, disponibiliza estágios para cursos de graduação, internato e residência. Possui a missão de prestar assistência terciária à criança e ao adolescente de forma segura e humanizada, sendo instituição de ensino e pesquisa. Tem como visão ser excelência internacional pediátrica em assistência quaternária, ensino e pesquisa, com responsabilidade socioambiental.

O serviço de enfermagem do HIAS tem representação não somente nas áreas assistenciais, bem como gestão, ensino e pesquisa, congregando um total de 756 profissionais, correspondendo a 193 enfermeiros e 563 auxiliares e técnicos. Destes, 55% com vínculo e 45% sem vínculo. São valores institucionais da Enfermagem: Ética, Humanização, Compromisso, Participação, Valorização Profissional, Eficiência e Credibilidade.

Atualmente o HIAS contempla emergência clínica e cirúrgica em pediatria, UTI Infantil e Neonatal, trinta áreas de atuação e quatorze serviços técnicos de diagnóstico e terapia, constituindo-se um verdadeiro complexo hospitalar, com 380 leitos, sendo 152 leitos clínicos, 62 leitos cirúrgicos, 43 de terapia intensiva, 60 domiciliares e 63 complementares, configurando nível de atenção terciária em saúde.

Vale destacar que a atenção terciária de alta complexidade requer um conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização e que, portanto, pressupõe que o seu corpo de profissionais detenham conhecimentos técnicos e científicos aprimorados, objetivando a oferta de serviços qualificados para o acesso a tecnologias efetivas e seguras em pediatria.

A enfermagem faz parte do contexto social e político de um povo; necessita de reconhecimento profissional e ocupar cargos estratégicos nas instituições de saúde; sugiro às instituições de ensino o desenvolvimento de ferramentas de estudos para fortalecer a politização na saúde e a importância das lutas de classe.

ACREDITO QUE SER ENFERMEIRO É...

Um dom divino. Amor. Arte. Ciência. Gente cuidando de gente. ●

ENTREVISTA COM O DR. AUGUSTO CÉSAR

COREN-CE - Primeiro ponto, qual o diferencial da enfermeira Daura diante dos demais profissionais da área? Existe algum traço, algum detalhe no perfil profissional dela que traga aglo a mais?

Dr. Augusto César - A Enfermeira Daura enaltece todos os ideais da Enfermagem. Além de seu perfil assistencial excelente, tem interesse no ensino e pesquisa e desenvolve bem a função de gestão. O marcante no seu perfil é o elegante desempenho de suas funções, sempre com Competência e Autoridade sem autoritarismo, procurando sempre o diálogo e o convencimento. O detalhe na equipe de saúde é sua capacidade de agregar com amor e sabedoria.

Como tem sido a convivência entre os senhores ao longo do tempo em que se conhecem (e há quanto tempo se conhecem)?

Dr. Augusto César - Eu e Daura nos conhecemos a mais de duas décadas. A nossa convivência tem sido harmoniosa, respeitosa e de muita admiração. Sempre tive receio de perder sua coordenação junto ao bloco cirúrgico de internação. No momento que foi deslocada para a Coordenação geral de Enfermagem, soube com sabedoria indicar uma substituta a altura (Enfermeira Sarah).

Como o senhor avalia o desempenho profissional dela?

Dr. Augusto César - Excelente em todos os setores:

- Assistencial: com Amor, Responsabilidade, Competência e Devoção para com as crianças enfermas.
- 2- Humano: com Respeito e Solidariedade ao seus pares, coordenados e colegas de equipe multi-profissional.
- 3- Cultural: com participação ativa e grande interesse nas atividades científicas.
- 4- Gestão: coordena com respeito e agregação, procurando ser obedecida pelo convencimento e não pela imposição. Possui muita autoridade sem autoritarismo.

CONVÊNIOS E PARCERIAS



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará possui atualmente convênio ou parceria com as seguintes empresas. Para mais detalhes sobre descontos e benefícios, basta acessar o nosso site: www.coren-ce.org.br.

3W Educacional Editora e Cursos

4 Saberes - Curso de Espec. e Qualificação
Rua Costa Barros, 1161 . Centro

Aliança de Ouro
www.aliancadeouro.com.br

Andrade e Lucas Advogados Ass.
Rua Padre Guerra, 1711 . Parquelândia
www.aladvassociados.goldenbiz.com.br

Carol Chocolates Finos
Shopping Aldeota, loja 240
www.lojacarolchocolates.com.br
(85) 3264.5282

Centro Universitário São Camilo
Rua Barão de Aracati, 2150 . J. Távora
(85) 3244.7700 / 3023.0072

Colégio Espaço Aberto
www.espacoaberto.com.br
Sede Dom Luis: (085) 3304-0200
Sede Papicu: (085) 3304-0700

Corretora de Seguros Herios
Rua Visc. de Mauá, 2794 . Dionísio Torres
(85) 3456.4455

Curso de Inglês British and American
Av. Desemb. Moreira, 1060 . Aldeota
www.britishandamerican.com.br
(85) 3264-5585

Curso de Inglês Instrumental com Marta Garcia
www.martagarcia.com
(85) 3224.0907 / 8884.0907

Curso de Inglês Panamericano
Rua Mario Mamede, 750 . Fátima
cursopan@hotmail.com
(85) 3081-8181

D&D Moda Branca
ded_jalecos@yahoo.com.br
(85) 3086.8992/9945.3016/8841.9693

Decoração em Casa
Av. Jovita Feitosa, 582 . Parquelândia
(85) 3243-4528 / 3243-4165

Expansão Gestão em Educ. e Eventos
Av. Santos Dumont, 3131 A
www.expansaoeducacao.com.br
(85) 3264.4074

Hotel Fazenda Repouso das Águas - Baturité/CE
www.repousodasaguas.com.br
reservas@repousodasaguas.com.br
(85) 3224.12.67 / 9608.3290 / 9984.7604

Hotel Portal da Montanha - Pacoti/CE
www.portaldamontanha.com.br
contato@portaldamontanha.com.br
(85) 3325.1474 / 85 8616.7413

IECI - Inst. de Educ. e Cult. Internacional
www.ieci.com.br
(85) 3021-0495

IPark - Completo Turístico
www.ipark.tur.br
(85) 3341.3452/3341.0407

KIT Assessoria e Consultoria em Saúde
Av. Santos Dumont, 1687, SL 03 . Aldeota

Krautop Veículos
Av. Mister Hull, 5000 . Antônio Bezerra
www.krautop.com.br
(85) 3455.7333

Psicoterapeutas - Althea
Rua Martinho Rodrigues, 191 . Fátima
althea_psicologia@yahoo.com.br
(85) 3032.5508

R3 Mundial Life Corretora de Seguros
Rua Lauro Maia, 933 . Fátima
(85) 3231-2170.

Unidental
Rua José Vilar, 1717 . Aldeota
comercial01@unidental.com.br
(85) 3433.2330 / 3433.2333

W Pos - Pós-Graduação à Distância
www.jrh.wpos.com.br
(85) 3252.1447/3088.7400

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Tendências da Enfermagem Profissional – ReTEP, é um periódico científico trimestral, revisado por pares. Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar o trabalho. Os manuscritos submetidos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol, e destinar-se exclusivamente à ReTEP, organizados segundo as indicações a seguir.

Artigo Original: Investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica, incluindo introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

Artigo de Revisão: Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas.

Atualidade: Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde.

Resenha: Revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Todas as modalidades de textos aceitos pela Revista deverão ser digitados em processador de texto Word for Windows, limitados a 15 páginas impressas em papel tamanho A4, em espaço 1,5, parágrafos de 1,25, fonte Times New Roman, tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

1. Folha de Rosto

Título em português e inglês, em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.

O tipo de colaboração enviada (original, de revisão, atualidade ou resenha).

Nome completo e filiação institucional de cada autor.

Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável pela correspondência.

Fonte financiadora da pesquisa (se houver).

Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas.

2. Resumo em português e inglês

Deve conter entre 100 e 150 palavras. Ao final deve constar 03 a 06 palavras-chave, em português e inglês, digitadas em caixa alta e baixa e separadas por ponto e vírgula. Devem ser empregados preferencialmente aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME (<http://decs.bvs.br>).

3. Corpo do Texto

Deve começar em uma nova página. Não inicie uma nova página a cada subtítulo, separe-os utilizando uma linha em branco. Em trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecedentes por uma linha em branco. As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser acompanhadas do número respectivo. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

4. Agradecimentos

Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios ins-

titucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse.

5. Referências

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE).

A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda apresentar a numeração em sobrescrito antes da pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula). Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal⁽⁷⁾.

Citações oriundas de 2 ou mais autores apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador⁽¹⁻⁵⁾.

Citações diretas (transcrição na íntegra) de até três linhas devem ser delimitadas por aspas e numeradas de acordo com a ordem de citação no texto; indicando o número da referência e a página da citação. Exemplo: “[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas”^{1:30-31}.

Citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. Fonte 12, sem destaque. Não utilizar os termos op. cit, id. Ibidem. A expressão apud é a única que é utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

Citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, sem aspas, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais [...] (e7);

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: *primeira nota, **segunda nota, ***terceira nota.

Envio de manuscritos

1. O material a ser submetido a avaliação para publicação deverá ser encaminhado, por e-mail ou correio, para os endereços citados no final deste texto.

2. Manuscritos originais encaminhados através do correio deverão ser acompanhados em CD Rom contendo todos os arquivos. Se a opção de remessa for e-mail, todos os arquivos (texto, figuras e tabelas) deverão ser anexados à mensagem em attach-file.

3. Anexar cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, uma carta de encaminhamento autorizando o processo editorial do manuscrito, transferindo os direitos autorais para a ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional e garantindo que todos os procedimentos éticos exigidos em lei foram observados. Essa carta deverá ser assinada por todos os autores.

POR CORREIO COMUM: ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – COREN-CE. Rua Mário Mamede, 609 – Bairro de Fátima - CEP: 60.415-000

- Fortaleza-Ceará

POR E-MAIL: retep@coren-ce.com.br ●

Uma profissão que dá final feliz a tantas histórias merece ter a sua contada.

O Cofen convida você a descobri-la no Museu Nacional de Enfermagem Anna Nery.



Uma homenagem ao dom de cuidar

O Museu Nacional de Enfermagem Anna Nery, instituição privada e sem fins lucrativos de caráter histórico e científico, desenvolve ações educativas e culturais para incentivar a reflexão acerca da enfermagem. Uma delas é a exposição com painéis interativos que permite visualizar uma história que também é sua. Não deixe de conferi-la.

Você ainda encontrará no MuNEAN:

Centro de documentação e pesquisa museológica | Biblioteca para pesquisas informatizadas e documentais | Espaço multiuso para exposições e palestras | Cafeteria bem localizada e agradável.



cofen
conselho federal de enfermagem

www.portalcofen.gov.br

ISSN 1984-753X
ISSN (online) 2177-045X