

ISSN: 1519-0870

temas em

saúde

Volume 14, n. 01, Jul./Set. 2014

QUALIDADE DE VIDA

O tema qualidade de vida vem marcando presença em pesquisas, debates e projetos de intervenção no atual contexto social brasileiro, com ênfase nos segmentos mais vulneráveis da população. Um deles é constituído pela população com idade de sessenta anos e mais, pela própria fragilidade do organismo imposta pelo processo de senescência, que se agrava sob a influência de um estilo de vida sedentário e pouco saudável. Portanto, um segmento vulnerável a doenças como hipertensão, diabetes e osteoporose, cujo controle implica mudança de hábitos alimentares, prática de exercícios físicos e adequado tratamento medicamentoso, como forma inclusive de prevenção de complicações.

Coloca-se em evidencia no atual contexto dos sistemas de saúde o grupo das pessoas que convivem com obesidade: crianças, jovens e adultos, sem distinção de gênero ou raça, enfrentando todas as dificuldades dela decorrentes. A obesidade, também denominada de sobrepeso é resultante de um estilo de vida sedentário, de hábitos alimentares pouco saudáveis e falta de atividades físicas regulares. Ressalte-se que a obesidade constitui-se em fator de risco para o desenvolvimento de doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e respiratórias. Impõe limitações físicas e dificulta o processo de trabalho em determinadas situações, comprometendo a qualidade de vida de suas vítimas.

As doenças crônicas, degenerativas e mutiladoras, bem como os acidentes acarretam sofrimento, limitações e dificuldade para acesso a bens e serviços disponíveis no contexto social no qual as pessoas acometidas por tais agravos à saúde estão inseridas. Em todas essas e em outras tantas situações é de extrema importância lutar para prover condições físicas, psicológicas e igualmente recursos materiais, procurando promover saúde e qualidade de vida de modo especial a essas pessoas. Esta é a mensagem que deixamos aos leitores da revista Temas em Saúde.

Dr. Carlos Bezerra de Lima - Editor Chefe

Revista:

temas em
Saúde

a s s i n a t u r a s

Os interessados em fazer assinaturas da revista

**Temas em Saúde podem entrar
em contato com a produção editorial
desta publicação através do telefone:**

**83-9958-8804, ou solicitá-la através do endereço eletrônico:
*temasemsaude@gmail.com***

temas em Saúde

Volume 14 - número 1 - jul./set. 2014
João Pessoa - PB - ISSN 1519-0870

EDITOR - PRESIDENTE

Carlos Bezerra de Lima

PRODUÇÃO EDITORIAL

Marcelo Alves Barreto
Cristina Costa Melquíades Barreto

PROJETO GRÁFICO

Adjone de Oliveira Gomes

SUPERVISÃO DE ARTE E REVISÃO DE TEXTO

Ana Carolina Bezerra da Silva Lima

CONTATO PUBLICITÁRIO

Érica Surama Ribeiro César Alves
Priscilla Costa Melquíades Menezes

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Flaubert Cirilo Jerônimo de Paiva - DRT 359500 MTB-PB

Normas para Publicação de artigos científicos em TEMAS EM SAÚDE

1. Os textos devem conter no máximo 12 laudas, redação em português, acompanhada de resumo [cerca de 250 palavras] em português e inglês contendo palavras-chave ou descritores. 2. O título do texto deve ser escrito em português e inglês, seguido do nome de seu (s) autor (es), com breve apresentação em notas de rodapé, contendo vínculo institucional dos autores, estado e país de origem. 3. Devem-se informar os dados de contato do primeiro autor: rua, nº, bairro, cidade, cep, estado, país e e-mail. 4. O texto deve ser escrito em fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaçamento 1,5. 5. A página deve ser configurada para impressão em papel A4, contendo margens superior e esquerda iguais a 3 cm, inferior e direita iguais a 2 cm. 6. A paginação deve ser inserida no canto superior direito. 7. Citações e referências devem estar de acordo com as normas da ABNT. 8. No caso de pesquisas envolvendo seres humanos, na metodologia deve constar a informação de que o estudo tenha sido aprovado por um comitê de ética em pesquisa, anexando cópia do documento comprobatório. 9. Cabe à produção editorial deste veículo, analisar e emitir parecer quanto à publicação de matérias. 10. Idéias e todo o conteúdo dos artigos são da responsabilidade única e exclusiva de seus autores. 11. Os pedidos para publicação devem ser expressa e formalmente requeridos à produção editorial deste veículo através do endereço eletrônico: temasemsaude@gmail.com.

CONSELHO CIENTÍFICO

Dr^a Ana Escoval

ENSP - Universidade Nova de Lisboa - Portugal

Dr^a Ana Luiza Stiebler Vieira

ENSP - Rio de Janeiro - RJ

Dr^a Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva

UFPB - João Pessoa - PB

Dr^a Angela Arruda

UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

Dr^a Antonia Oliveira Silva

UFPB - João Pessoa - PB

Dr. César Cavalcanti da Silva

UFPB - João Pessoa - PB

Dr. David Lopes Neto

UFAM - Manaus - AM

Dr^a Francisca Bezerra de Oliveira

UFCG - Cajazeiras - PB

Dr^a Inácia Sátiro Xavier de França

UEPB - Campina Grande - PB

Dr^a Inez Sampaio Nery

UFPI - Teresina - PI

Dr^a Iolanda Beserra da Costa Santos

UFPB - João Pessoa - PB

Dr. Jorge Correia Jesuino

ISCTE - Lisboa - Portugal

Dr. Jorge Luiz Silva Araújo Filho

FIP - Patos - PB

Dr^a Josinete Vieira Pereira

FIP - Patos - PB

Dr^a Lélia Maria Madeira

UFMG - Belo Horizonte - MG

Dr. Luciano Augusto de Araújo Ribeiro

FSM - Cajazeiras - PB

Dr. Luiz Fernando Rangel Tura

UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

Dr^a Maria do Socorro Costa Feitosa Alves

UFRN - Natal - RN

Dr. Maria do Socorro Vieira Pereira

FIP - Patos - PB

Dr^a Maria Eliete Batista Moura

UFPI - Teresina - PI

Dr^a Maria Emília R. de Miranda Henriques

UFPB - João Pessoa - PB

Dr^a Maria Iracema Tabosa da Silva

UFPB - João Pessoa - PB

Dr^a Marta Miriam Lopes

UFPB - João Pessoa - PB

Dr^a Raimunda Medeiros Germano

UFRN - Natal - RN

Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos

UFPB - João Pessoa - PB

Dr^a Solange Fátima Geraldo da Costa

UFPB - João Pessoa - PB

SUMÁRIO - SUMMARY

A AIDS E HOMENS JOVENS: UMA QUESTÃO DE VULNERABILIDADE <i>AIDS AND YOUNG MEN: A MATTER OF VULNERABILITY.....</i>	05
SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS FRENTE À ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO <i>SATISFACTION OF SERVICE TO USERS HIPERTENSIVE FRONT OF NURSES.....</i>	25
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM PARA INTRODUÇÃO DA SONDA NASOENTERAL E ADMINISTRAÇÃO DA DIETA <i>INTENSIVE CARE UNIT: NURSING PROCEDURES TO INSERT THE NASOGASTRIC TUBE AND ADMINISTER THE DIET.....</i>	41
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES QUE REALIZARAM O EXAME CITOPATOLÓGICO NA CLÍNICA ESCOLA DE ENFERMAGEM - FIP <i>EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WHO PERFORMED THE CITOPATOLÓGICO EXAMINATION IN CLINICAL SCHOOL OF NURSING-FIP.....</i>	56
A EXTENSÃO ACADÊMICA COMO VIÉS DE AMPLIAÇÃO DO ENSINO APRENDIZADO EM ESTOMATERAPIA <i>THE ACADEMIC EXTENSION AS TEACHING MAGNIFICATION BIAS LEARNING STOMATHERAPY.....</i>	73
TRANSTORNO MENTAL: VIVÊNCIAS DE CUIDADORES NO ÂMBITO DOMICILIAR <i>MENTAL DISORDER: EXPERIENCES OF CAREGIVERS IN THE HOUSEHOLD CONTEXT.....</i>	81
PESSOAS TRANS, SAÚDE E EDUCAÇÃO: UM MODELO HETEROSSEXISTA <i>TRANS HEALTH AND EDUCATION PEOPLE: A HETEROSEXIST MODEL.....</i>	99
QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS JOVENS HIPERTENSOS <i>QUALITY OF LIFE IN YOUNG ADULTS HYPERTENSIVE.....</i>	114
INTERVENÇÕES FÍSICAS NA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA <i>PHYSICAL INTERVENTION IN DEEP VEIN THROMBOSIS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW.....</i>	128
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PROCESSO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO <i>HOST WITH RISK CLASSIFICATION: PROCESS EXPERIENCED BY NURSES.....</i>	146
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: REFLEXÕES ACERCA DA EXPOSIÇÃO DE ADOLESCENTES DO GÊNERO FEMININO <i>SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES: REFLECTIONS ON THE EXPOSURE OF FEMALE ADOLESCENTS.....</i>	165
RISCOS OCUPACIONAIS E LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS QUE AFETAM TRABALHADORES DE FÁBRICAS DE GESSO EM PERNAMBUCO <i>OCCUPATIONAL RISKS AND SURVEY OF PROBLEMS AFFECTING EMPLOYEES AT PLASTER FACTORIES IN PERNAMBUCO, BRAZIL.....</i>	177
QUEDAS EM PESSOA IDOSA: UMA REVISÃO DE LITERATURA <i>FALLS IN AN ELDERLY PERSON: A LITERATURE REVIEW.....</i>	191
ACIDENTES COM PERFUROCORCORTANTES NA ENFERMAGEM: OS MOTIVOS PARA SUBNOTIFICAÇÃO <i>SHARPS INJURIES NURSING: THE REASONS FOR UNDERREPORTING.....</i>	205
PRECONCEITOS VIVENCIADOS POR PORTADORES DE HANSENÍASE NA CIDADE DE CAJAZEIRAS-PB <i>PREJUDICES EXPERIENCED BY LEPROSY PATIENTS IN THE TOWN OF CAJAZEIRAS, PARAÍBA, BRAZIL.....</i>	218
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA <i>QUALITY OF LIFE EVALUATION IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE.....</i>	234
SISTEMA DE INFORMAÇÃO HIPERDIA: UM PANORAMA DA PESQUISA CIENTÍFICA DE 2008 A 2012 <i>HIPERDIA INFORMATION SYSTEM: AN OVERVIEW OF SCIENTIFIC RESEARCH 2008 TO 2012.....</i>	248
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COMUNITÁRIOS E INSTITUCIONALIZADOS: ANÁLISE COMPARATIVA <i>LIFE QUALITY OF INSTITUTIONALIZED AND COMMUNITARY ELDERLY: COMPARATIVE ANALYSIS.....</i>	271
HANSENÍASE: PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO ENTRE OS PORTADORES EM CAJAZEIRAS-PB <i>LEPROSY: SELF-CARE PRACTICES AMONG PATIENTS IN CAJAZEIRAS, PARAÍBA, BRAZIL.....</i>	291
REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA: EXPECTATIVAS E SENTIMENTOS DAS MULHERES <i>MEDICALLY ASSISTED REPRODUCTION: WOMEN'S EXPECTATIONS AND FEELINGS.....</i>	307
INFLUÊNCIA DO SOBREPESO E DA OBESIDADE NA FUNÇÃO PULMONAR EM ADULTOS JOVENS <i>INFLUENCE OF OBESITY AND OVERWEIGHT IN LUNG FUNCTION IN YOUNG ADULTS.....</i>	324
PRINCÍPIOS UTILIZADOS NA REALIZAÇÃO DO PROJETO DE EQUIPAMENTOS PARA MUSCULAÇÃO <i>PRINCIPLES USED IN IMPLEMENTING THE PROJECT OF TO BODYBUILDING EQUIPMENT.....</i>	340

A AIDS E HOMENS JOVENS: UMA QUESTÃO DE VULNERABILIDADE¹

AIDS AND YOUNG MEN: A MATTER OF VULNERABILITY¹

Mércia Gomes da Silva²
Alba Rejane G. de M. Rodrigues³
Hellen Maria Gomes Araujo de Souza⁴
Maria Teresa Botti Rodrigues dos Santos⁵
Mércia de França Nóbrega⁶

RESUMO - A AIDS é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV. Este estudo teve como objetivos: avaliar a AIDS e a vulnerabilidade de homens jovens no município de Patos - PB, caracterizar os dados sócio-demográficos da pesquisa e analisar os hábitos de vida e o conhecimento sobre DST/AIDS. Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por 60 homossexuais que residem no Município de Patos e a amostra foi composta por 50% da população, foram escolhidos de forma aleatória, compondo 30 participantes. O instrumento para a coleta de dados foi um questionário estruturado com perguntas objetivas. Os resultados mostram que os indivíduos entrevistados são jovens e sexualmente ativos, enquadrando-se na faixa etária de maior vulnerabilidade, evidenciou-se ainda que a média em geral da iniciação da vida sexual dos participantes da nossa amostra está entre 12 e 15 anos. Quando questionados se usavam o preservativo nas relações sexuais, 16 (53,28%) disseram que sim, 14 (42,72%) informaram que não, percebe-se que o número de indivíduos que relataram não usar preservativo aproximasse dos que informaram usar, tal aspecto é considerado um fator de risco para a contaminação por uma DST e pelo HIV. Verificou-se, portanto que os jovens entrevistados estão inseridos em um grupo de risco de alta vulnerabilidade, atrelados a isto alguns fatores sócio-demográficos e de hábitos de vida contribuem para essa estatística.

¹Artigo extraído de monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP) para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem

²Aluna concluinte do curso de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

³Enfermeira. Mestre. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP e UFCG.

⁴Enfermeira. Especialista. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

⁵ Cirurgiã Dentista Pós - Doutorado pela UNICAMP- SP, Docente da Pós-Graduação da UNICSUL-SP.

⁶ Enfermeira. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP e UFCG. Mestranda em Ciências da Saúde pela UNICSUL-SP.

UNITERMOS: Adultos Jovens. Aids. Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT: *AIDS is a disease that manifests itself after the infection of the human immunodeficiency virus human by, better known as HIV. This study had as its objectives: to evaluate the AIDS and the vulnerability of young men in the city of Patos-PB, characterize the socio demographic research data, and analyze the life habits and knowledge about DST/Aids. It is a descriptive field research with quantitative approach. The study population was composed of 60 homosexuals who reside in the municipality of Patos and the sample was composed of 50 of the population, were chosen randomly, making 30 participants. The instrument for data collection was a structured questionnaire with questions. The results show that the individuals interviewed are young and sexually active, framing in between the ages of greatest vulnerability, showed that the overall average of the initiation of the sex life of the participants of our sample is between 12 and 15 years. When asked whether they used a condom in sexual intercourse, 16 (53.28%) said yes, 14 (42.72%) reported that, not noticing that the number of individuals who reported not using a condom that come near the informed use, this aspect is considered a risk factor for contamination with an STD and HIV. It was found, so that the young respondents are entered into a group of high risk vulnerability, coupled to this some socio-demographic factors and life habits contribute to that statistic.*

KEYWORDS: *AIDS. Health vulnerability. Young Adults.*

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV (*Human Immunodeficiency Vírus*). A sigla AIDS também deriva do inglês *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. Segundo o Ministério da Saúde, síndrome é um grupo de sinais e sintomas que, uma vez considerados em conjunto, caracterizam uma doença; imunodeficiência é a inabilidade do sistema de defesa do organismo humano para se proteger contra microrganismos invasores, tais como vírus, bactérias, protozoários, etc; e adquirida, vem do fato de não ser congênita, como no caso de outras imunodeficiências (BRASIL, 2006).

Os primeiros casos de AIDS registrados no Brasil foram identificados em 1982, quando sete pacientes masculinos com práticas homo e bissexuais foram diagnosticados. Diante dessa constatação amplamente divulgada pelos meios de comunicação, a sociedade brasileira construiu núcleos de resistências sociais e culturais, provocando atitudes de discriminação, medo e de preconceito (SANCHES, 1999).

Os jovens são considerados como vulneráveis em todas as sociedades do mundo globalizado, destacando-se em relação à AIDS. Ressalte-se que o primeiro caso dessa doença diagnosticado em jovens brasileiros foi notificado em 1982 (SALDANHA *et al.*, 2005). A relação entre vulnerabilidade à infecção pelo HIV e iniquidade social - analisada a partir de diferentes pontos de vista e abordagens metodológicas apresenta-se como bastante vigorosa na literatura internacional, a despeito da extrema complexidade de sua avaliação empírica (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

Em 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou um total de 340 milhões de casos novos por ano de DST curáveis em todo o mundo, entre 15 e 49 anos, sendo que de 10 a 12 milhões desses casos ocorreram no Brasil. Outros

tantos milhões de DST não curáveis (virais), incluindo o herpes genital (HSV-2), infecções pelo papiloma vírus humano (HPV), hepatite B (HBV) e infecção pelo HIV ocorrem anualmente (WORLD 2005).

Quanto à prevalência, passados 30 anos, o Brasil tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. De acordo com o último Boletim Epidemiológico (ano base de 2010) foram notificados (pelo Sinam, SIM, Siscel/Siclom) 608.230 casos de AIDS acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no feminino (BRASIL, 2012).

Devido ao número elevado de homossexuais no município de Patos-PB, onde esta população é desassistida socialmente e pela a área de saúde vimos a necessidade de buscar bases teóricas e aprofundamento nesta temática. Diante do exposto indagaremos sobre: Quais as características sociodemográficas desta população? Quais os hábitos de vida e historia sexual desses homens?

Esperamos que esta pesquisa venha trazer reflexões críticas, a respeito da vulnerabilidade desta população estudada, assim como, elencar dados científicos para futuras pesquisas relacionadas ao tema abordado para acadêmicos de enfermagem e profissionais das áreas de educação e saúde. Sob esta perspectiva, o presente estudo teve como objetivos: avaliar a ocorrência de AIDS e a vulnerabilidade de homens jovens no município de Patos – PB; caracterizar os dados sociodemográficos da pesquisa; analisar os hábitos de vida e o conhecimento sobre DST/AIDS.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa de campo descritiva, com abordagem quantitativa. Foi realizada no Município de Patos PB. A população do estudo foi composta por 60 homossexuais que residem no Município de Patos e a amostra foi composta por 50% da população, sendo selecionados de forma aleatória, num total de 30 participantes.

Como critério de inclusão: participaram da amostra homossexuais com idade acima de 18 anos, que residem na cidade de Patos. Foram excluídos do estudo homossexuais que se negaram a assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais e teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o protocolo nº 20432313.8.0000.5181. O instrumento para a coleta de dados foi um roteiro estruturado com perguntas objetivas relativas a dados sociodemográfico, história sexual dos participantes e hábitos de vida.

A aplicação do roteiro foi realizada após contato com os participantes, conforme a disponibilidade dos mesmos. Os resultados quantitativos foram analisados através da amostragem probabilística simples, por tabelas e gráficos, contendo números absolutos e percentuais e discutidos através de literatura sobre o assunto abordado. A pesquisa obedeceu à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos, visando garantir em plena totalidade o sigilo das informações obtidas e assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela abaixo apresenta os dados Sócio-demográficos, referentes às seguintes variáveis: faixa etária, raça, estado civil, escolaridade, renda e profissão.

Tabela 01: Dados sócio demográficos.

Características	Especificações	f	%
Faixa etária	Entre 18 a 26 anos	23	76,59
	Entre 26 a 30 anos	06	19,98
	Entre 31 a 35 anos	01	3,33
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	06	19,98
	Ensino Fundamental Completo	05	16,65
	Ensino Médio Incompleto	04	13,32
	Ensino Médio Completo	09	29,97

	Superior Incompleto	06	19,98
Renda Familiar	Menos de 01 salário mínimo	03	9,99
	Um salário mínimo	10	33,3
	02 salários mínimos	13	43,29
	Mais de dois salários mínimos	04	13,32
Estado civil	Solteiro	21	69,93
	Casado	03	9,99
	União Estável	06	19,98
Profissão/Ocupação	Sem	04	13,32
	Estudante	09	29,97
	Trabalham	17	56,61
Você se considera	Branco	10	33,3
	Negro	04	13,32
	Pardo/Moreno/Mulato	16	53,28
TOTAL	-	30	100

*Fonte: Dados do pesquisador 2013

**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

Ao analisarmos a tabela 1, verificamos que quanto a faixa etária 23 entrevistados (76,59%) tem entre 18 e 26 anos, 6 (19,98%) entre 26 e 30 anos, e 1 (3,33%) entre 31 e 35 anos. Observamos nesta amostra que os indivíduos entrevistados são jovens e sexualmente ativos na faixa etária de maior vulnerabilidade.

Quanto a escolaridade observou-se que 06 deles (19,98%) informaram ter o ensino fundamental incompleto, 05 (16,65%) o fundamental completo, 04 (13,32%) ensino médio incompleto, 09 (29,97%) ensino médio completo, e 6 (19,98%) superior incompleto. De acordo com o questionário aplicado podemos observar vários graus de escolaridade, com ênfase maior no ensino médio completo. Isto mostra pouca preocupação dos mesmos em relação aos estudos.

Questionados sobre a renda familiar, 03 (9,99%) disseram ter como renda menos de um salário mínimo, 10 (33,3%) um salário mínimo, 13 (43,29%) dois salários mínimos, e 04 (13,32%) mais de dois salários mínimos. Na nossa sociedade a maioria das pessoas tem renda menor ou igual a um salário mínimo, elencado os resultados da pesquisa a uma evidencia dos homossexuais com renda maior que um salário mínimo.

No que diz respeito ao estado civil, 21 (69,93%) informaram ser solteiros, 3 (9,99%) casados, e 6 (19,98%) possuem união estável. Ressalte-se que atualmente

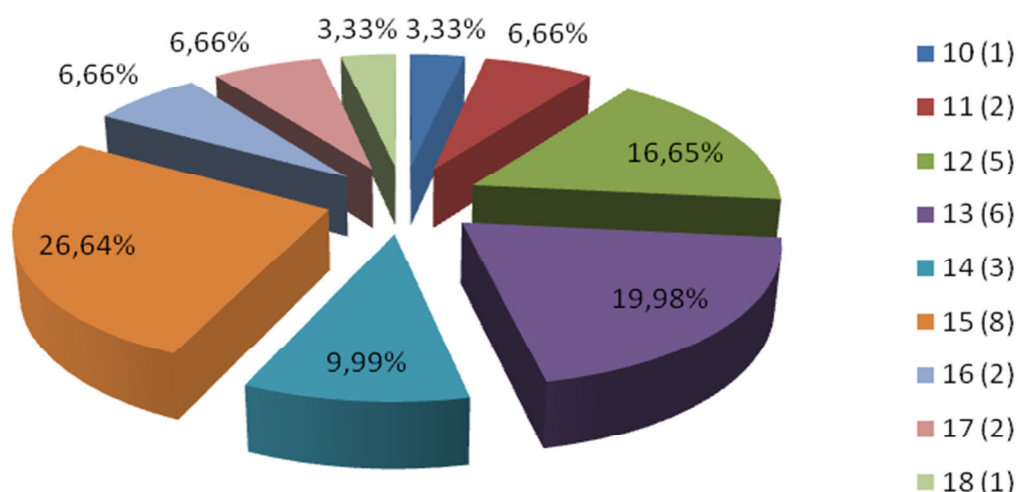
o casamento entre pessoas do mesmo sexo é permitido por lei e que a união estável passou a ser reconhecida. Apesar disso, a maioria deles é solteira, o que permite inferir a influência do preconceito que ainda é muito grande em nossa sociedade.

Quanto a profissão/ocupação, 04 entrevistados (13,32%) informaram não possuir, 9 (29,97%) disseram ser estudantes, e 17 (56,61%) trabalham. Um dado importante nesta amostra é que 02 (6,66%) indivíduos informaram ser profissionais do sexo (garoto de programa). Mesmo enfrentando o preconceito em ambientes de trabalho, a pesquisa mostra que a maioria deles trabalha, e muitos tem seu próprio negócio, sendo que a maioria deles trabalha como cabeleireiros, e os demais possuem profissões diversas.

Quanto a etnia, 10 (33,3%) declaram-se brancos, 04 (13,32%) negros, e 16 (53,28%) pardos/morenos/mulatos. Na revisão realizada neste estudo percebe-se uma defasagem na literatura em relação à etnia. Contudo, vimos que a etnia não revela grandes achados para evidenciar o homossexualismo.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À HISTÓRIA SEXUAL

Gráfico 01: Distribuição da amostra quanto à idade de iniciação sexual.



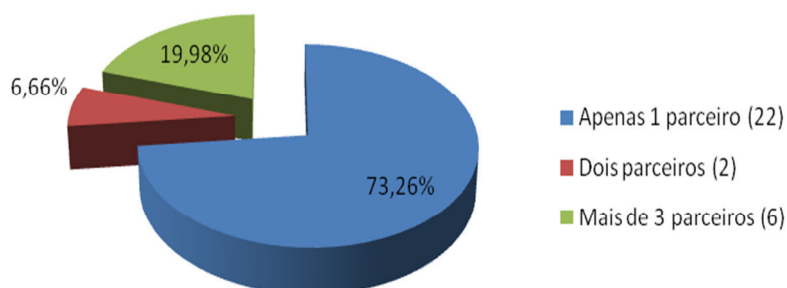
*Fonte: Dados do pesquisador 2013.

**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

Questionados sobre com que idade iniciaram a vida sexual, um dos entrevistados (3,33%) informou que foi com 10 anos, 2 (6,66%) com 11 anos, 5 (16,65%) com 12 anos, 6 (19,98%) com 13 anos, 3 (9,99%) com 14 anos, 3 (9,99%) com 15 anos, 8 (26,64%) aos 15 anos, 2 (6,66%) aos 16 anos, 2 (6,66%) aos 17 anos, e 1 (3,33%) aos 18 anos de idade. Portanto, houve dispersão em relação a idade da iniciação da vida sexual dos participantes desta amostra, ficando a média entre 12 e 15 anos.

A idade média de início da vida sexual pode ou não ser importante na prevenção de DST/AIDS. Por um lado, quanto mais velhos forem os indivíduos, maiores terão sido as chances de escolarização, maior aprendizagem sobre o tema, e menor vulnerabilidade social. Por outro lado, este conhecimento não faz com que as pessoas modifiquem seus comportamentos e passem a ter condutas de proteção, como o uso de preservativo em todas as relações sexuais (BARBOSA *et al.*, 2006).

Gráfico 02: Distribuição da amostra quanto ao número de parceiros.



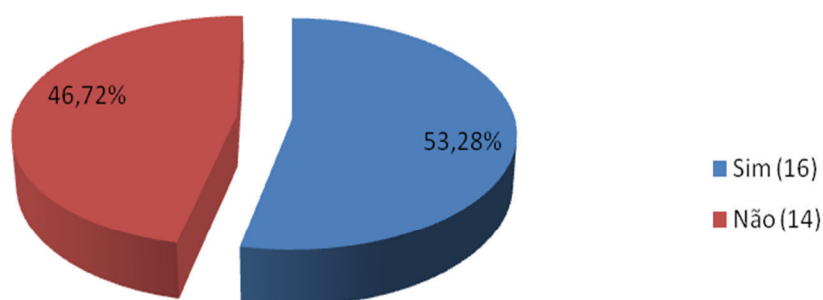
*Fonte: Dados do pesquisador 2013.

**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

Questionados sobre o número de parceiros nas relações sexuais, 22 entrevistados (73,26%) relataram ter apenas 01 parceiro, 02 (6,66%) afirmaram ter 2 parceiros, e 6 (19,98%) mais de 03 parceiros. Tal aspecto configura-se como um importante fator de risco para a contaminação de indivíduos para DST como também HIV/AIDS, pois estudos mostram que indivíduos homossexuais que possuem mais de 01 parceiro são mais susceptíveis à contaminação.

De acordo com Andrade *et al.* (2007), outros elementos relevantes no risco para a aquisição de DST e para a infecção pelo HIV são o início precoce da vida sexual e o número de parceiros sexuais no decorrer da vida. A literatura revisada neste estudo informa que há uma associação entre HIV e o número de parceiros sexuais. Os autores evidenciaram nesses estudos que 75% dos indivíduos entrevistados consideram-se como tendo comportamento atual de risco por possuir múltiplos parceiros.

Gráfico 03: Distribuição da amostra quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais.



*Fonte: Dados do pesquisador 2013.

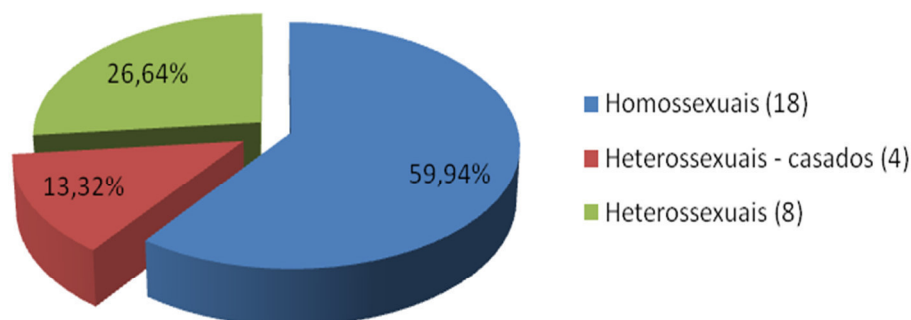
**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

Perguntados se usavam o preservativo nas relações sexuais, 16 deles (53,28%) disseram que sim, e 14 (42,72%) informaram que não. Percebe-se que o número de indivíduos que relataram não usar preservativo se aproxima do daqueles que informaram usar, tal aspecto é considerado um fator de risco para a contaminação por uma DST. A prática do sexo seguro vem sendo destacada nos últimos anos através da mídia principalmente no que se refere ao controle da pandemia da AIDS no mundo. Há consenso atualmente de que indivíduos que utilizam o preservativo nas relações sexuais correm menos riscos de contrair alguma DST/AIDS.

A prática de sexo desprotegido também foi descrita em outros estudos com a população homossexual. Em pesquisa realizada na parada da diversidade no Rio de

Janeiro, cerca de 13% dos entrevistados que se identificam como homossexuais, bissexuais ou transgêneros disseram não ter o hábito de usar preservativo nas suas relações sexuais (CARRARA, RAMOS, 2005; VIEIRA, 2006).

Gráfico 04: Distribuição da amostra quanto aos parceiros.

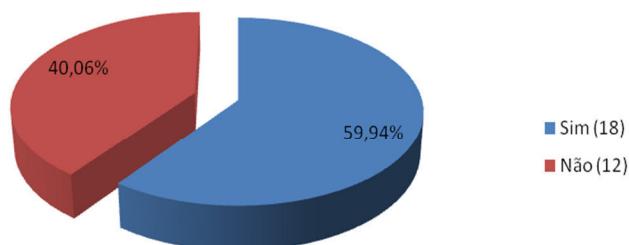


*Fonte: Dados do pesquisador 2013.

**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

Observa-se no gráfico 04 que quanto aos parceiros, 18 (54,94%) informaram que seus parceiros são homossexuais, 04 (13,32%) heterossexuais casados, e 8 (26,64%) heterossexuais. Analisar o comportamento dos parceiros dos entrevistados faz-se necessário, pois por se tratar de um grupo de risco para a contaminação de DST, observa-se que pelo menos 12 indivíduos são descritos em nosso estudo como heterossexuais e o mais relevante alguns casados, tal comportamento pode ser de grande risco na disseminação de agentes infecciosos para DST entre a população homossexual e heterossexual.

Gráfico 05: Distribuição da amostra quanto se já se relacionaram com mulheres.



*Fonte: Dados do pesquisador 2013.

**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

Conforme pode ser visualizado no gráfico acima, 18 entrevistados (59,94%) já se relacionaram com mulheres e 12 (40,06%) afirmam que não. Esta é uma informação incomum, sugestiva de que a maioria dos homossexuais entrevistados se relacionaram com mulheres não por serem de sua preferência sexual, e sim pela cobrança imposta pela sociedade, cujo preconceito determina que por os mesmos terem nascido do sexo masculino e teriam que ser “homens”.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO A HÁBITOS DE VIDA

Tabela 02: Distribuição da quanto cigarro, álcool e outras drogas.

CARACTERÍSTICAS	SIM/NÃO	F	%
Tabagista	Sim	13	43,29
	Não	17	56,71
Etilista	Sim	17	56,71
	Não	13	43,29
Outras drogas	Sim	5	16,65
	Não	25	83,25
TOTAL	-	30	100

*Fonte: Dados do pesquisador 2013

**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

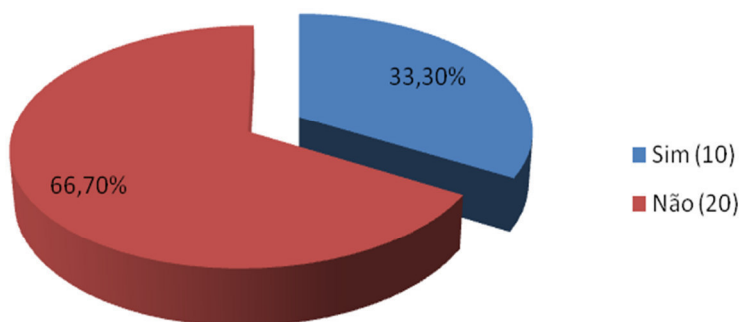
Observa-se na tabela 02, que quando questionados se eram tabagista 13 (43,29%) informaram que sim, e 17 (56,71) disseram que não. No que diz respeito ao uso de substância alcoólica observamos que 17 (56,71%) disseram fazer o uso, em contrapartida 13 (43,29%) responderam que não. Quanto ao uso de outras drogas, 05 (16,65%) informaram fazer o uso, já a maioria 25 (83,25%) disse que não. Dos indivíduos que relataram fazer uso de outras drogas, 4 (13,32%), informaram fazer uso de maconha, 01 (3,33%) usa crack, e 01 (3,33%) cocaína.

Estudos revelam que o uso de substâncias que alterem as funções psicossomáticas do indivíduo contribui significativamente para o aumento da vulnerabilidade no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o álcool por ser uma droga lícita de baixo valor. Stoner *et al* (2007)

destacaram que a relação entre uso de álcool antes ou durante o ato sexual na população geral é comumente justificada pela crença de que o consumo dessa substância poderia favorecer um desempenho sexual desejável e, conseqüentemente, aumentaria o prazer. O uso de álcool nesse contexto também é associado à diminuição da ansiedade ou da inibição, facilitando certos atos referidos como difíceis de serem realizados sem o efeito de uma bebida alcoólica, sabe-se que indivíduos alcoolizados têm mais chance de praticar sexo sem preservativo do que indivíduos não alcoolizados.

Quanto ao uso de outras drogas Cardoso, Malbergier e Figueiredo (2008) enfatizam em estudos que realizaram, que homens que fazem sexo com outros homens tendem mais freqüentemente a associar atos sexuais desprotegidos com uso de outras drogas além do álcool, tais como anfetaminas, cocaína, ecstasy e maconha. Para esses mesmos autores, o uso de álcool associado ao comportamento sexual mostra ser um fator de risco para disseminação das DST/HIV/AIDS. Quando o sexo é praticado sob efeito de álcool, as pessoas tendem a ter múltiplos parceiros e a não utilizar preservativo.

Gráfico 06: Distribuição da amostra quanto ao uso de tatuagem.



*Fonte: Dados do pesquisador 2013.

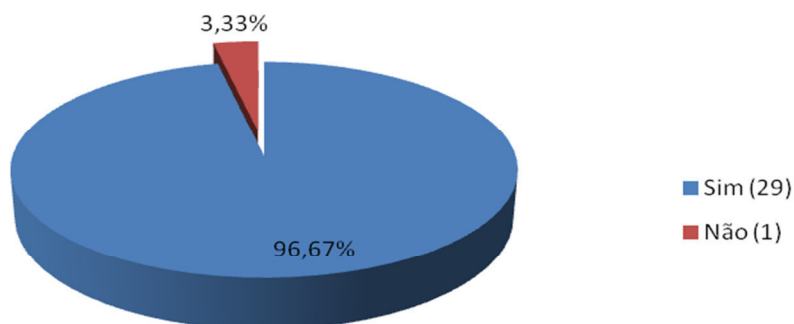
**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

O gráfico 06 mostra que 10 sujeitos participantes deste estudo (33,30%) fazem uso de tatuagem e 20 (66,70%) não o fazem. De acordo com Lise (2010) o termo tatuagem vem do inglês *tattoo* introduzido na Europa em 1769, onde preferencialmente quem fazia uso eram os presidiários, no entanto, vimos que a tatuagem nos dias atuais é de uso para qualquer indivíduo que o queira. Esta

pesquisa revela que, por mais que haja discriminação por parte da sociedade em relação aos homossexuais e ao uso da tatuagem vimos que a minoria possui tatuagem em alguma parte de seu corpo.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO CONHECIMENTO SOBRE AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Gráfico 07: Distribuição da amostra quando ao conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis.



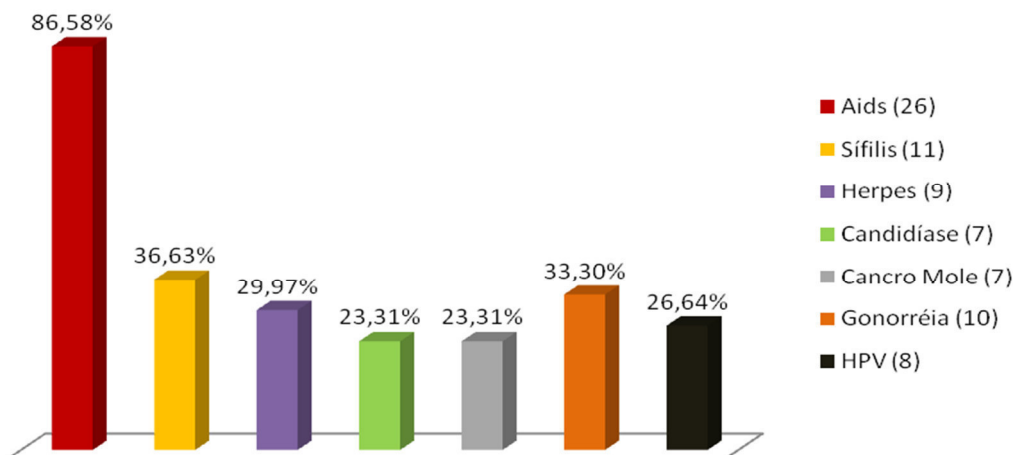
*Fonte: Dados do pesquisador 2013.

**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

Sobre o conhecimento dos entrevistados acerca de DST, verifica-se um importante resultado em que 29 (96,67%) disseram que possuem conhecimento, apenas 01 (3,33%) sujeito relatou não possuir conhecimento a este respeito. Em se tratando de vulnerabilidade para com as DST, observa-se que indivíduos que possuem conhecimento satisfatório quanto a questões de prevenção para com as DST possuem menos risco de infecção.

O conhecimento da transmissão do HIV/DST constitui um primeiro passo na redução de comportamento de risco, mas é necessária a percepção ou crença de risco pessoal, indispensável para uma mudança no comportamento visando à redução de risco (DESSUNTI; REIS, 2007).

Gráfico 08: Distribuição da quanto às doenças sexualmente transmissíveis que tem conhecimento.



*Fonte: Dados do pesquisador 2013

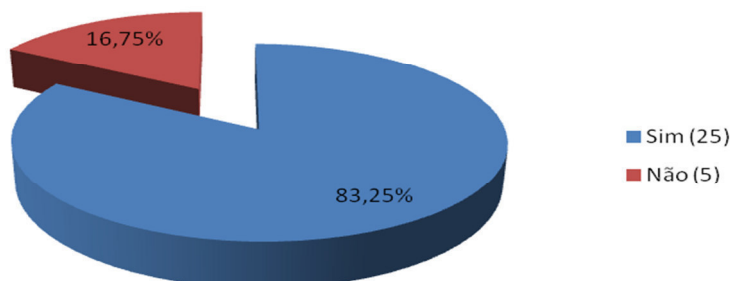
**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

Questionados sobre que tipo de doenças sexualmente transmissível tinha conhecimento verificou-se através do gráfico 08 que, 26 entrevistados (86,58%) informaram ter conhecimento sobre AIDS/HIV, 11 (36,63%) sobre a sífilis, 09 (29,97%) sobre herpes, 07 (23,31%) candidíase, 07 (23,31%) cancro mole, 10 (33,30%) gonorréia, e 08 (26,64%) HPV.

Verifica-se portanto que os entrevistados possuem conhecimento satisfatório sobre as doenças sexualmente transmissíveis, tal conhecimento é importante e na maioria das vezes funciona como norteador de cuidados e minimizador de risco e vulnerabilidade. Neste estudo fica evidente que a AIDS aponta como principal DST citada pelos participantes, o que possivelmente ocorre pela importância da própria doença no cenário mundial.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tornou-se a pior epidemia enfrentada pela humanidade, trazendo sofrimento humano, impactos demográficos, econômicos, culturais e políticos, difundindo-se por diversos países, provocando despovoamento e diminuição da fertilidade, tornando inacessível para muitos doentes o acesso ao tratamento com antirretrovirais (SZWARC WALD *et al.*, 2008).

Gráfico 9: Distribuição da amostra quanto orientações sobre a forma de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.



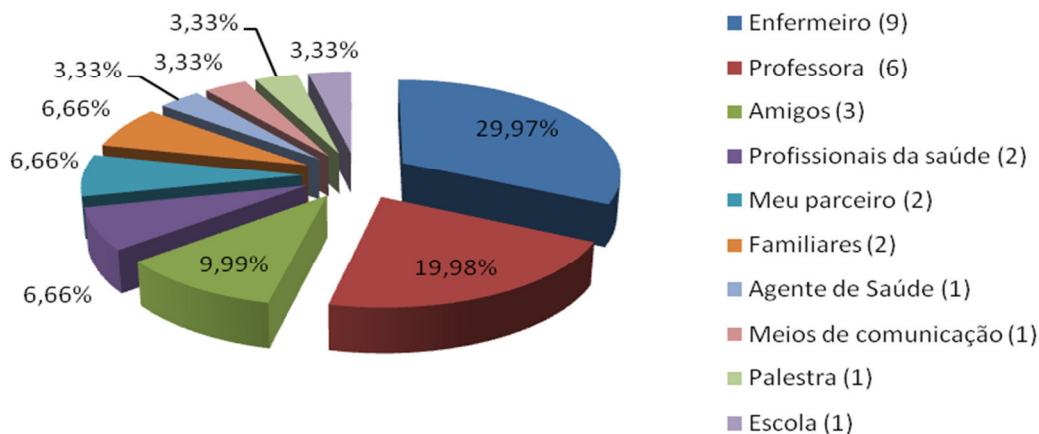
*Fonte: Dados do pesquisador 2013

**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

Questionados quanto a orientações sobre forma de prevenção das DST, verificamos que 25 (83,25%) disseram ter orientação, já 05 (16,75%) relataram que não. Os dados apresentam grande relevância já que a maioria dos indivíduos no estudo relatou conhecimento sobre as DST, isso possibilita uma maior atenção e cuidado sobre práticas preventivas que diminua o risco de infecção para essas patologias.

Segundo relatório das Nações Unidas, a grande maioria dos jovens não tem a menor idéia de como se transmite o HIV/AIDS, e nem como devem proteger-se. Existem dois fatores interdependentes que venham a determinar o curso do HIV/AIDS. O primeiro é que os jovens têm relações sexuais, e o segundo é que os jovens não dispõem dos conhecimentos necessários para se protegerem. Em termos globais mais de 50% dos jovens entre 15 e 24 anos têm percepções erradas acerca da transmissão do vírus (FLORES *et al.*, 2010).

Gráfico 10: Distribuição da amostra quanto a quem ofereceu as informações.



*Fonte: Dados do pesquisador 2013

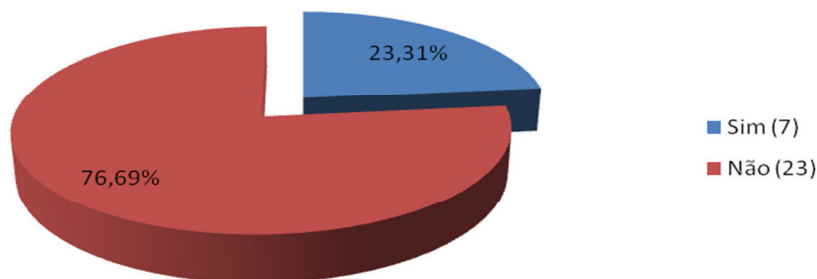
**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

Observa-se no gráfico 10 que, quando questionados sobre quem ofereceu informações sobre formas de prevenção das DST, 09 entrevistados (29,97%) disseram que receberam informações do enfermeiro, 06 (19,98%) do professor, 03 (9,99%) dos amigos, 02 (6,66%) de profissionais da saúde, 02 (6,66%) do parceiro, 02 (96,66%) de familiares, 01 (3,33%) de agente comunitário de saúde, 01 (3,33%) de meios de comunicação, 01 (3,33%) em palestras, e 01 (3,33%) na escola.

Nas respostas observou-se que as informações são repassadas em sua maioria pelo enfermeiro e o professor, ambos estão inseridos na comunidade, o enfermeiro em uma unidade de saúde e o professor em escolas onde contribuem para o conhecimento e meios que visem a prevenção e agravo de doenças.

Verifica-se, portanto, que este estudo contradiz a pesquisa realizada por Garcia e Sousa (2010) em estudo que realizaram sobre vulnerabilidades ao HIV/AIDS no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração, verificou que a maioria dos jovens em seu estudo descreveu que as informações obtidas sobre formas de prevenção das DST foram provenientes de meios de comunicação.

Gráfico 11: Distribuição da amostra quanto ao diagnóstico anterior para DST.



*Fonte: Dados do pesquisador 2013

**Arredondamento feito segundo as Normas de Apresentação Tabular (IBGE, 1993).

Quando questionados se já foram diagnosticados com alguma DST obtivemos os seguinte resultados: 23 (76,69%) disseram que não, 07 (23,31%) informaram que sim. Entre os indivíduos que disseram sim quando solicitados para descreverem que DST tiveram os dados foram os seguintes: 01 (3,33%) relatou ter tido diagnóstico confirmatório para candidíase, 02 (16,65%) gonorréia, 01 (3,33%) herpes, 02 (6,66%) sífilis, e 01 (3,33%) não especificou. Os resultados encontrados assemelharam-se a resultados encontrados em outros estudos onde as infecções sexualmente transmissíveis mais comuns entre homens que fazem sexo com outros homens são a sífilis e gonorréia. Essas são as infecções mais importantes na população de homens que faz sexo com outro homem e por apresentarem transmissão essencialmente pelo contágio sexual (CALAZANS, 2013).

As DST são consideradas, em nível mundial, como um dos problemas de saúde mais comuns e, embora se desconheça sua real magnitude, estima-se que nos países em desenvolvimento constituam uma das cinco causas mais frequentes de busca por serviços de saúde (BRASIL, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos neste estudo que os homossexuais dele participantes estão conscientes em relação a DST e AIDS, embora que não seja de uma forma muito aprofundada, pois falta por parte dos profissionais de saúde o desenvolvimento de ações que contribuam para conscientizar e fazer busca ativa deste público mais susceptível. Os resultados desta pesquisa levantam aspectos cujo conhecimento deveria ser aprofundado para subsidiar intervenções que visem à redução de comportamentos de risco de homens que fazem sexo com homens.

Na revisão da literatura realizada neste estudo foi possível perceber que há uma escassez de artigos científicos sobre a temática abordada dentre as bases de dados pesquisadas, necessitando do desenvolvimento de mais pesquisas para o aprofundamento da temática abordada. Contudo, as informações deste estudo poderão ser úteis para futuros trabalhos de cunho científico. O que contribuirá para a melhoria na qualidade da assistência prestada às pessoas com DST e AIDS, uma vez que o controle destas doenças representa um desafio; considerando a grande vulnerabilidade que a morbidade em questão apresenta e ainda, seu significativo impacto biopsicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, S. M. O.de. *et al.* Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007.

BARBOSA, R. G. *et al.* Conhecimento sobre DST/AIDS, Hepatites e Conduta Sexual de Universitários de São José do Rio Preto, SP. **DST - J bras Doenças Sex Transm** v. 18, n.4, p.224-230, 2006.

BASTOS, C.L; SZWARCOWALD, F.I; **Revista AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas**, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL, Ministério da saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP**. Resolução CNS nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012, 24 p. Acesso em 16 de outubro de 2013 as 20 hs.

_____, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Boletim epidemiológico DST/AIDS. Boletim 1/2012, AIDS. Brasília (DF) 2012. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarT exto&codConteudo=6405&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012- - aids-no-brasil>

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 224p.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica Nº 18**. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. Brasília, 2006.

CALAZANS, J. M. Incidência e fatores de risco para sífilis e gonorreia em uma coorte de homossexuais e bissexuais masculinos HIV negativos, Projeto Horizonte, 1994 – 2010 [manuscrito]. / Jaqueline Maria Calazans. - - Belo Horizonte: 2013.

CARDOSO, L. R. D; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T. F. B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, supl. 1, 2008.

CARRARA S, R. S. Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª Parada do orgulho GLBT - Rio 2004. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. (Coleção Documentos, v. 3).

CARRARA S, R. S. Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª Parada do orgulho GLBT - Rio 2004. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. (Coleção Documentos, v. 3).

DESSUNTI, E.M; REIS, A.O.A. Fatores psicossociais e comportamentais associados Ao risco de DST/AIDS entre estudantes da área de saúde. Rev Latino-am Enfermagem. Março - Abril; v.15, n.2, 2007.

FLORES, C. A. da S. *et al*. Fatores de risco sobre o contágio de dsts/aids entre estudantes do curso de enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso - campus de sinop.

GARCIA, S; SOUZA, F. M. de. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.

IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de informações. Normas de apresentação tabular/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. - 3. ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 1993, 63 P. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/normastabular.pdf>

LISE, M. L. Z. *ET AL.* Tatuagem: perfil e discurso de pessoas com inscrição de marcas no corpo. **Rev. Na BrasDermatol.** 2010; 85 (5): 631-8.

SALDANHA, A. A. W.; FIGUEIREDO, M. A. C.; COUTINHO, M. P. L. (2005). **AIDS: trajetória e tendências da Epidemia - a legitimação de um universo simbólico.** In: COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W. **Representação Social e Práticas de Pesquisa** (pp. 153-172). João Pessoa: Ed. UFPB.

SANCHES, K.R.G. **Revista A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade**, Rio de Janeiro, 1999.

STONER, S.; GEORDE, W.H.; PETER, L.M.; NORRIS, J. - Liquid courage: alcohol fosters risk sexual decision-making in individuals with sexual fears. *Aids Behav* 11: 227-237, 2007.

SZWARCWALD, CL, *et al.* HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. *BJID.* 2008 jun; 12 (3): 167-72.

VIEIRA, N.A. Entendendo Quem Entende: Comportamentos, atitudes e práticas de risco e de prevenção para AIDS entre homens que fazem sexo com homens. Dissertação (Especialização em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Sexually Transmitted and Other reproductive tract infections. A guidetoessentialpractice. 2005.

Data do recebimento para publicação: 07.02.2014.

Data de aprovação do trabalho: 09.06.2014.

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS FRENTE À ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO

SATISFACTION OF SERVICE TO USERS HIPERTENSIVE FRONT OF NURSES

Thayse Julianne Costa Marcelino - Acadêmica do Curso de Enfermagem FSM
Ana Cláudia Cavalcante Silva - Enfermeira. Docente da FSM.
Rayrla Cristina de Abreu Temoteo - Enfermeira. Docente FSM
Edineide Nunes da Silva - Enfermeira. Docente FSM
Sheylla Nadjane Batista Lacerda - Licenciada em Ciências. Diretora Pedagógica
FSM

RESUMO: Introdução: De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial que frequentemente se associam a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com risco de problemas cardiovasculares fatais ou não. Os profissionais de saúde da rede básica tem importância primordial nas estratégias de controle da HAS, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso a aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. **Objetivo:** Conhecer a satisfação dos portadores de hipertensão frente à assistência do enfermeiro em uma Unidade de Saúde da Família. **Método:** Pesquisa do tipo exploratório descritivo de campo com abordagem qualitativa, foram entrevistados 42 pessoas com hipertensão, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, cadastradas na USF. Os dados foram analisados à luz da Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin. **Resultados e discussão:** Foi possível apreender dos discursos dos sujeitos 4 categorias temáticas, as quais: consulta de enfermagem; orientações de enfermagem; assistência de enfermagem e satisfação dos usuários, estando a primeira a mais frequente entre as falas dos participantes. No entanto, por mais que os pacientes procurem com frequência assistência de enfermagem, encontramos algumas deficiências em relação ao serviço ofertado, entre eles, foi citada a falta de medicação, atendimento ruim, pouca assistência e falta de informações, fazendo com que o indivíduo procure menos o serviço de saúde, ou não procure, diminuindo também o autocuidado. **Conclusão:** A maioria dos usuários mostrou-se satisfeito com a assistência, apesar das referidas queixas de falta de orientações e de medicamentos, o que pode estar ligado ao fato de que o enfermeiro está desempenhando seu papel, ou seja, funções técnicas. Porém, de acordo com os relatos sabe-se que a maneira como é realizada mostra-se insuficiente para avaliar a

assistência como totalmente satisfatória, indicando que a qualidade da assistência merece uma atenção maior.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Satisfação dos usuários; Unidade Saúde da Família.

ABSTRACT: Background: According to the Brazilian Society of Cardiology, Arterial Hypertension (HBP) is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure that are frequently associated with functional and / or structural changes in target organs (heart, brain, kidneys and blood vessels) and metabolic alterations with risk of fatal ca Health professional the basic network is of prime importance in strategies for controlling hypertension, but also in defining the clinical diagnosis and therapeutic approach, either in the efforts required to inform and educate the hypertensive patient to adhere to medication and non-medication treatment. **Objective:** To know the satisfaction of patients with hypertension opposite of nursing in a Family Health Unit. **Method:** a descriptive exploratory search field type with a qualitative approach, 42 people were interviewed with hypertension, according to the inclusion and exclusion criteria were enrolled at USF. Data were analyzed based on content analysis proposed by Laurence Bardin. **Results and Discussion:** It was possible to apprehend the subjects' discourse 4 thematic categories, including: nursing consultation; nursing instructions; nursing care and users satisfaction, the first to speak more frequent among participants. However, for most patients often seek care nursing, we found some deficiencies regarding the service offered, among them, was cited lack of medication, poor service, poor attendance and lack of information, making the individual look unless the health service, or not look, also decreasing self-care. **Conclusion:** Most users expressed satisfaction with care, despite these complaints of lack of guidelines and medicines, which can be linked to the fact that nurses are playing a role, i.e. technical functions. However, according to the reports we know that the wayismade proves insufficient to assess care as fully satisfactory, indicating that the quality of care deserves greater attention.

Keywords: Systemic hypertension; User satisfaction; Family Health Unit.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial que frequentemente se associam a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com risco de problemas cardiovasculares fatais ou não (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Com base nos estudos realizados no Brasil, a HAS apresenta uma prevalência estimada em cerca de 20% na população adulta (BENSEÑOR; LOTUFO, 2004) e, aproximadamente, 66% das pessoas com mais de 60 anos (SOARES; JACOB FILHO, 2004). Em relação à população urbana adulta brasileira, essa prevalência varia de 22,3% a 43,9% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Com isso, as instituições de saúde, ao longo do tempo, têm sofrido alterações ao nível da gestão e organização dos serviços, no intuito de melhorar os cuidados prestados a uma determinada população com características peculiares e específicas (MENDES *et al.*, 2013). Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da HAS, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso a aderir ao tratamento, medicamentoso e não medicamentoso (LOPES, 2010).

O enfermeiro, enquanto integrante da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolve um papel primordial no acompanhamento do paciente hipertenso. Este profissional deve atuar como educador em saúde no trabalho com grupos de pessoas hipertensas, seus familiares e a comunidade, oportunizando o envolvimento do doente em sua conduta terapêutica (BRASIL, 2001a).

A opinião dos usuários tem sido cada vez mais considerada, não só no domínio científico, como pelos vários parceiros sociais, no sentido de monitorizar a

qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas corretivas a serem implementadas. É essencial a participação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde, pelas suas pertinentes e realistas contribuições, conducentes a uma melhoria dos cuidados de saúde (ESHER *et al.*, 2012).

Avaliar a satisfação dos pacientes hipertensos é essencial, pois, ainda, gera informações úteis aos gestores e profissionais de saúde, já que a maioria dos trabalhos científicos não aborda o senso crítico do paciente, e não avalia a sua satisfação para aperfeiçoamento das ações prestadas pelas unidades de atendimento (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Na perspectiva de possibilitar a reorganização de atividades e serviços de atenção à hipertensão, por meio de caminhos alternativos utilizando os recursos disponíveis, o objetivo do estudo foi conhecer a satisfação de pessoas hipertensas frente à assistência do enfermeiro em uma Unidade Saúde da Família no município de Barro-CE.

METODOLOGIA

Pesquisa de campo, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Realizada no município de Barro-CE, localizado na mesorregião do Sul Cearense, que conta com uma população de 21.514 habitantes (IBGE, 2010). Desenvolvida em uma USF, que foi selecionada convenientemente, devido ao número considerável de usuários com HAS.

A população foi composta por 212 hipertensos cadastrados e acompanhados na referida USF. Foram considerados como critérios de inclusão: ter apenas aHAS; realizar a consulta de enfermagem; e como critério de exclusão não ter capacidade de manter comunicação verbal. Foi entrevistada 20% da população, constituindo uma amostra de 42 hipertensos.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário semiestruturado, contendo questões subjetivas.

Os dados foram coletados no mês de fevereiro de 2014, após parecer

favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM), sob protocolo CAAE: 26034613.2.0000.5180 e envio de ofício à coordenação da USF no referido município, apresentando os objetivos da pesquisa e autorização institucional para realizá-la. Os entrevistados foram identificados com a letra “E” seguido do número correspondente a cada entrevista.

Inicialmente foi estabelecido contato com a enfermeira da USF para agendamento da aplicação do instrumento aos doentes de HAS. Posteriormente, foi realizada a entrevista, na USF, de modo individual, onde foi informado aos participantes os objetivos da pesquisa, bem como, a importância de sua participação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados coletados foram analisados de forma qualitativa, à luz da Análise de Conteúdo de Bardin (2010), que se trata de um conjunto de técnicas de análise das comunicações e que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitem a dedução de conhecimentos referentes às condições de produção e recepção da mensagem.

Os discursos foram trabalhados por meio, oportunamente, da análise por categorias temáticas, a qual pretende avaliar os significados das mensagens segregando-as por categorias de significado distintas, buscando compreender o contexto no qual elas são vinculadas (BARDIN, 2010).

Foram respeitados, de maneira integral, os preceitos éticos e legais citados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, baseada nos princípios da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível apreender dos discursos dos 42 participantes entrevistados, 4 categorias temáticas, as quais serão apresentadas a seguir:

Categoria 01: Consulta de Enfermagem

Diante dessa categoria, foi possível analisar a frequência com que os hipertensos passam pela consulta de enfermagem. Dentre os 42 entrevistados, a consulta mensal, foi realizada por 38 deles, seguida da consulta anual por 2 entrevistados, e semanal e trimestral, as quais foram referidas, cada uma, por um entrevistado, o que pode ser percebido nas falas a seguir:

“Procuro a enfermeira para consulta todo mês” (E - 9)

“Só vou à enfermeira de ano em ano” (E - 2)

“Converso com a enfermeira toda semana” (E - 12)

“Vou à unidade de três em três meses” (E - 19)

De acordo com Maciel e Araújo (2003), a consulta de enfermagem (CE) pode ser definida como uma atividade diretamente prestada ao paciente, por meio da qual são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuem à promoção, proteção, recuperação e/ou reabilitação do paciente, além de direcionar a prática profissional para a independência, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos. Apresenta-se como direcionadora das ações de enfermagem dispensadas ao cliente, estando fundamentada na necessidade de cientificidade das ações desenvolvidas.

Assim, compreendemos que a CE influi de maneira significativa na qualidade da assistência proporcionada ao hipertenso, por ser o enfermeiro um profissional sempre presente na USF e de fácil acesso à população, além do vínculo que o mesmo estabelece com a comunidade, conhecendo a fundo anseios e limitações de cada um de seus usuários e isso reflete numa melhor organização do serviço de saúde, das intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.

A CE motiva os portadores de hipertensão arterial a frequentarem os grupos educativos, nos quais eles podem encontrar espaço para verbalizar sintomas, inquietude e dificuldades encontradas no dia a dia em relação à doença vivida (CROZETA *et al.*, 2009).

Portanto, a USF representa um dos principais eixos de ação do Ministério da Saúde para mudar o modelo de assistência à saúde no país, através da promoção da saúde, onde os espaços de educação em saúde são de suma importância para a conscientização grupal de indivíduos vítimas de patologias, como também, a troca de experiências reflete em não cometer, muitas vezes, o erro que o colega do grupo cometeu por falta de informação, além de ser uma forma da (o) enfermeira (o) promover a integração entre eles e o atendimento conjunto, facilitando o serviço e ganhando tempo. A participação dos hipertensos em grupos de educação em saúde favorece a adesão e complementação do tratamento, favorecendo o controle da HAS, esclarecendo dúvidas e orientando quanto ao autocuidado.

A realização da consulta tem como objetivo sistematizar, dar consistência, sentido, registro e memória à assistência de enfermagem ao portador de hipertensão arterial nos diferentes níveis da atenção à saúde humana, uma vez que o número de mortes por doença cardiovascular predomina tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, e como causa isolada a HAS é a mais importante morbidade no adulto (VAZ *et al.*, 2002). Silva *et al.* (2006) relata que a periodicidade dessa consulta para o paciente hipertenso varia e depende da condição clínica de cada um, lembrando que o intervalo menor entre as consultas estreita a relação entre profissionais e pacientes, beneficiando a adesão ao tratamento. Deste modo, não é recomendada a padronização de calendário de consultas, pois o plano de cuidado mais adequado e resolutivo atende às necessidades e características individuais e a evolução de cada caso.

Categoria 02: Orientações de Enfermagem

Essa categoria apresenta dados com uma variedade nas respostas dos entrevistados de forma significativa, 23 dos entrevistados relataram que não recebem orientações, 15 descreveram que são orientados quanto à dieta, horário da medicação, e por último 04 informaram que não procuram o serviço. Como pode ser visto a seguir:

“Não recebo orientações da enfermeira” (E - 7).

“A enfermeira fala da dieta, do horário da medicação” (E - 18).

“Eu não procuro a enfermeira” (E - 36).

Para melhorar a qualidade de vida do paciente e para que o mesmo possa realizar seu autocuidado, faz-se necessário que receba orientações adequadas, através de várias estratégias, dentre elas, consulta de enfermagem, grupo de educação em saúde, palestras, entre outras atividades, ofertadas pela equipe multiprofissional, formada por profissionais capacitados para desenvolver suas funções. Segundo Soares (2009) a educação em saúde gera mudanças positivas no estilo de vida das pessoas, visando à prevenção ou pelo menos o retardamento dos agravos decorrentes dessa enfermidade. Acredita-se também que possa ser uma valiosa ferramenta para o enfermeiro e demais profissionais que buscam uma melhor qualidade de vida para os portadores de doenças crônicas.

De acordo com o relato de alguns dos entrevistados, estes afirmam não receberem orientações de enfermagem e isso dificulta o controle da HAS, fazendo com que o paciente deixe de procurar o serviço, pois acreditam não existir uma atuação coerente por parte da enfermagem no que diz respeito às características da patologia, cuidados e intervenções necessárias para que tenham uma melhor qualidade de vida. Alguns relatam que as orientações são claras, também observamos em algumas falas que são repassadas orientações com enfoque na dieta e uso rotineiro e horário da medicação, o que influencia de forma positiva no tratamento. As ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes, devem atender às necessidades de cada um, à medida que se tenta manter o tratamento por longo período (ALMEIDA, 2004). Com esses dados percebemos a importância de um melhor atendimento por parte da enfermagem, pois o mesmo desenvolve papel fundamental na adesão, manutenção e controle de tratamento da HAS, atendendo às condições clínicas de cada um, visto que, o profissional deve procurar conhecer a história do paciente individualmente, de forma a elaborar estratégias que possam contribuir para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. As pessoas com hipertensão tem necessidade de uma atenção prioritária e contínua, pois os índices de letalidade são altos, devido aos agravos que podem causar. Esse acompanhamento é realizado

pelo enfermeiro e pela equipe de saúde nos diferentes níveis de atendimento da rede de atendimento do SUS, principalmente no nível primário, que objetiva acompanhá-los, orientá-los e oferecer-lhes informações pertinentes ao estilo de vida que a patologia exige (BRASIL, 2002).

É importante que as orientações sejam transmitidas através de uma linguagem simples, visto que a maioria das pessoas com hipertensão, entrevistadas, relataram possuir baixo nível de escolaridade, dificultando a compreensão e afetando de maneira considerável o tratamento.

Micheli, Bitarello (2008) relatam que as intervenções realizadas pelo enfermeiro, no âmbito da atenção básica, em relação à HAS, mostra de forma clara a real necessidade de prevenção e promoção da saúde determinada pela Constituição anos atrás, pois somente a prevenção, o controle e a eficácia na detecção da doença poderão diminuir a possibilidade de complicações tardias. Tais ações só virão a ter êxito, se houver adesão do hipertenso ao tratamento, pois somente com reais modificações no estilo de vida as ações preventivas e de controle poderão influenciar na incidência e prevalência da hipertensão e conseqüente redução dos índices de desenvolvimento de agravos.

Por meio de uma assistência de enfermagem qualificada, conseguiremos ter o controle adequado da HAS, aumentando o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da patologia, reduzindo o número de complicações, internações e prevalência, garantindo aos indivíduos acesso aos serviços básicos de saúde com qualidade e resolutividade.

Categoria 03: Assistência de Enfermagem

Foram identificadas na fala dos entrevistados, que 19 hipertensos, recebem assistência através da verificação da PA, medicação, altura e peso, 14 relataram que só acontece a entrega da medicação, 4 mencionaram palestras e reuniões, 3 citaram não receber assistência e 2 não procuram o serviço. Como podemos analisar a seguir:

“Ela entrega a medicação, verifica a pressão e olha a altura e o peso” (E - 37).

“A enfermeira só entrega a medicação” (E - 33).

“Tem reuniões e palestras” (E - 25).

“Não recebo assistência da enfermeira” (E - 22).

“Não procuro o serviço” (E - 11).

De acordo com as falas dos entrevistados, observamos diversidade nas respostas. Sabemos que é a partir dessa assistência que a enfermagem vai investigar os hábitos de vida, identificar fatores de risco, orientar sobre a patologia, explicar condutas a serem seguidas, tratamento, acompanhamento e controle.

A assistência de enfermagem junto ao cliente com HAS consiste em um conjunto de orientações para a saúde. Com a finalidade de conscientizar e promover mudanças de comportamento frente a sua problemática, com o propósito de levá-lo a atuar preventivamente, diminuindo os danos decorrentes da evolução natural da doença, investindo no desenvolvimento da capacidade e das habilidades do indivíduo para o autocuidado (CARVALHO, 2012).

O enfermeiro é essencial no processo de educação, pois o mesmo motiva o hipertenso a exercitar o autocuidado, utiliza estratégias na qual acontece a troca de informações, interagindo com o paciente, escutando seus relatos e fornecendo assistência para as necessidades de cada um.

Nesse contexto, o autocuidado é importante, pois é por meio dele que o paciente vai cuidar de si próprio, se autoconhecer, o que permite o paciente ter uma vida mais saudável, detectar problemas, prevenir complicações e riscos para futuros problemas. Portanto, com o autocuidado o paciente pode realizar exercícios físicos, mudança na alimentação, abandono do tabagismo, entre outros cuidados (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

A escuta qualificada por parte do profissional, o interesse em saber o que o paciente sente, o conhecimento sobre a patologia, suas dúvidas, tratando-o de maneira holística, irá proporcionar uma valorização do cuidado com a saúde por esses indivíduos e assim despertar-nos mesmos a vontade e o interesse em procurar o serviço de saúde. Cabe à enfermagem desenvolver uma relação de confiança com os pacientes, para que os mesmos possam estimular mudanças no

seu próprio estilo de vida, conseguindo um maior índice de controle da HAS e interesse dos mesmos para conseguir efetividade no tratamento.

Categoria 4: Satisfação dos usuários

Foi possível perceber que a maioria dos usuários estão satisfeitos, totalizando 21, porém relataram existirem algumas coisas que precisam melhorar como foi relatado por 3, seguidos de 13 que demonstraram insatisfação devido a falta de medicação e orientações e 5 que não procuram o serviço, como mostram as falas abaixo:

“Sou satisfeito, sempre tem a medicação, sou bem atendido, e a assistência é boa” (E - 3).

“Estou satisfeito, mais acho que a enfermeira precisa melhorar as informações” (E - 33).

“As informações são poucas, falta à medicação, atendimento ruim, sou insatisfeito” (E - 40).

“Nem procuro o serviço” (E - 25).

De acordo com as falas dos participantes tomamos conhecimento que a maior parte estão satisfeitos, mais, contudo existem aqueles que mesmo estando satisfeitos percebem que precisam de melhoras e aqueles que estão insatisfeitos ou não procuram o serviço. Assim torna-se notória a importância de conhecermos o ponto de vista de cada um, observando as características de nossas atividades que geram satisfação ou insatisfação ou até mesmo o fato de não procurarem o serviço. Então, baseados nas afirmações de cada um, pode-se definir estratégias para melhorar o cuidar, buscando solucionar os problemas ou minimizá-los, contribuindo para a qualidade de vida dessas pessoas. A satisfação dos usuários, nos últimos anos, vem sendo valorizada como indicador de qualidade do sistema de saúde (HALFOUN *et al.*, 2005). Usuários mais satisfeitos com a atenção prestada tem maior tendência a aderirem ao tratamento, diminuindo as taxas de abandono e inconstância no acompanhamento (JARDIM; SOUSA; MONEGO, 2003). Para a

maioria dos indivíduos o fato de ser bem acolhido/atendido pelos profissionais, com paciência, zelo e atenção, gera satisfação com o serviço de saúde. A satisfação dos utentes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados, sendo este formalmente reconhecido para tal pela Ordem dos Enfermeiros (RIBEIRO *et al.*, 2008).

O grau de satisfação dos usuários relaciona-se, sobretudo com a qualidade e o tipo de relação estabelecida entre este e o profissional. Os usuários desejam ser tratados com respeito, dignidade e singularidade e serem aceitos como são, independentemente dos valores e crenças que regem a sua vida pessoal, familiar, profissional e comunitária, sendo considerados como membros efetivos e participantes de todo o processo de doença, tratamento e recuperando no sentido de se adaptarem melhor e obterem qualidade de vida (FERNANDES; SECO; QUEIRÓS, 2009).

Encontramos algumas deficiências em relação ao serviço ofertado, entre eles, foi citada a falta de medicação, atendimento ruim, pouca assistência e falta de informações, fazendo com que o individuo procure menos o serviço de saúde, ou não procure, diminuindo também o autocuidado.

Porém, pode-se perceber ainda que muitos dos participantes caracterizam falta de medicação como atendimento ruim, faltando-lhe discernimento para identificar que a assistência de enfermagem não está apenas ligada a dispensação de um medicamento, visto que esta nem se caracteriza uma função da enfermagem.

No caso de doença crônica, como a HAS, em que o paciente tem papel crucial para o sucesso no controle de sua doença, uma elevação nos níveis de satisfação desses pacientes pode aumentar sua colaboração e envolvimento no seu tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema pesquisado torna-se instigante e faz-se relevante, pois a análise sobre a satisfação dos usuários com o atendimento do enfermeiro, mostra a opinião

daqueles que utilizam o serviço no qual podemos identificar o que está bom, o que precisa ser mudado ou implementado, fazendo com que tenha uma adesão maior dos mesmos. Tendo em vista a importância dessa percepção para o desenvolvimento de ações estratégicas para melhorar ou aperfeiçoar o serviço, a pesquisa ganha significância quando pretende analisá-la.

Considerando o objetivo da pesquisa, que foi conhecer a satisfação dos portadores de hipertensão frente à assistência do enfermeiro em uma unidade saúde da família no município de Barro-CE, evidencia-se que o objetivo foi atingido.

Foi constatado que a assistência de enfermagem acontece de varias formas, como: entrega de medicação, verificação da PA, altura e peso, palestras e reuniões. Assim, evidencia-se uma assistência mínima e limitada, traduzindo o real acompanhamento da enfermagem. A busca da melhoria da assistência é um problema de saúde pública mundial, visto que gera consequência satisfatória para o sucesso no tratamento e redução de danos ocasionados pela hipertensão.

A maioria dos usuários mostrou-se satisfeito com a assistência, apesar das referidas queixas de falta de orientações e de medicamentos, o que pode estar ligado ao fato de que o enfermeiro está desempenhando seu papel, ou seja, funções técnicas. Porém, de acordo com os relatos sabe-se que a maneira como é realizada mostra-se insuficiente para avaliar a assistência como totalmente satisfatória, indicando que a qualidade da assistência merece uma atenção maior.

Avaliar a assistência com enfoque na percepção da população é importante e deve ser absorvido pelo serviço como forma de melhorar o sistema, no qual, os inquéritos populacionais mostram-se eficazes para qualificar a atenção básica, por exemplo.

O controle e tratamento da HAS exige esforço e dedicação do paciente, participação da família e estratégias do serviço de saúde para melhor atender e dar suporte ao paciente durante o acompanhamento da doença.

Diante do exposto é preciso que haja uma humanização do atendimento, assim passaremos a lidar com seres humanos e não apenas com sua doença, valorizando a participação dos pacientes e seus familiares no processo do cuidar, modificando o nosso agir no setor da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, K.M.S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN**. 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

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

BENSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. A hipertensão arterial no contexto nacional e internacional. In: PIERIN, A. M. G. (Org.). **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 150-153, fev. 2007.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus***. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/4/1/114Plano_de_Reorganizacao_da_Atencao_a_Hipertensao_Arterial_e_Diabetes_Mellitus_2001.pdf>. Acesso em: 30 set. 2013

_____. **HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2013.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CARVALHO, C. G. Assistência de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: educação em saúde no grupo hiperdia. **Revista Unibh**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 39-46, 2012.

CROZETA, K. *et al.* Determinantes e condicionantes para a implementação da consulta de enfermagem. **CogitareEnferm.**, v. 14, n. 1, p. 120-126, 2009.

ESHER, A. *et al.* Construindo critérios de julgamento em avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 203-214, 2012.

FERNANDES, I. M. R.; SECO, R. S. S.; QUEIRÓS, P. J. P. Os comportamentos de cuidar dos enfermeiros na perspectiva dos doentes. **Investigação em Enfermagem**, v. 19, 39-52, 2009.

HALFOUN, V. L. R. C. *et al.* A satisfação do usuário em dois modelos de atendimento no programa de hipertensão arterial em uma unidade do Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 617-630, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230200&search=ceara|barro>>. Acessado em: 02 nov. 2013.

JARDIM, P. C. B. V; SOUSA, A. L. L.; MONEGO, E. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 232-238, 2003.

LOPES, K. M. **Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo - uma revisão teórica**. 2010. 36 f. Trabalho Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais, Janaúba, 2010.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 207-214, 2003.

MENDES, F. *et al.* A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. **Revista de Enfermagem Referência**, III Série, n. 9, p.17-25, mar. 2013.

MICHELI, T.; BITARELLO, D. A. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 8, n. 3, p. 329-337, 2008.

RIBEIRO, O. P. *et al.* **Qualidade dos cuidados de saúde**. 2008. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2011.

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 4, 2006.

_____. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, 1 Supl., p. 1-51, 2010. Disponível em: <publicações.cardiol.br/consenso/.../Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 05 set. 2013.

SILVA, T. R. *et al.* Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 180, 2006.

SOARES, L. C. Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. **Cienc. Cuid. Saúde**, jan./mar., 2009.

SOARES, A. M.; JACOB FILHO, W. Hipertensão arterial no idoso. In: PIERIN, A. M. G. (Org.). **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004.

VAZ, A. F. *et al.* Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Rev. Latino am. Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 288-297, 2002.

Data do recebimento para publicação: 17.02.2014.

Data de aprovação do trabalho: 06.06.2014.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM PARA INTRODUÇÃO DA SONDA NASOENTERAL E ADMINISTRAÇÃO DA DIETA

INTENSIVE CARE UNIT: NURSING PROCEDURES TO INSERT THE NASOGASTRIC TUBE AND ADMINISTER THE DIET

Maria Aparecida de Freitas¹
Ocilma Barros de Quental²
Geane Silva Oliveira³
Rayrla Cristina de Abreu Temoteo⁴
Milena Nunes Alves de Sousa⁵
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁶

RESUMO: Objetivo: Analisar os procedimentos de enfermagem para a introdução da sonda nasoenteral e a administração da dieta em unidades de terapia intensiva (UTIs). **Método:** Pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, realizada com 12 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem que atuam nas UTIs de dois hospitais localizados nos municípios de Cajazeiras e Sousa, no estado da Paraíba. **Resultados:** Sobre a introdução da sonda nasoenteral, 32 participantes (76%) responderam que quem a realiza é o enfermeiro. Em relação à forma como é medida a sonda nasoenteral, 7 enfermeiros (59%) e 19 técnicos de enfermagem (64%) afirmaram ser do lóbulo da orelha à ponta do nariz e deste ao apêndice xifoide, acrescentando 20 a 25 cm. Quanto à forma como a dieta é administrada, 19 participantes (46%) afirmaram ser de forma intermitente. Para verificar o posicionamento da sonda antes de administrar a dieta, 7 enfermeiros (54%) e 17 técnicos de enfermagem (47%) afirmaram verificar instilando 10 ml ou mais de ar ao mesmo tempo que auscultam com estetoscópio a área epigástrica. A maioria das respostas sobre os procedimentos para a administração da dieta indica que o volume de alimento oferecido segue a prescrição médica e sempre se posiciona o paciente sentado ou semissentado (pelo menos em 45°). **Conclusão:** Constata-se que os profissionais de enfermagem apresentam conhecimento satisfatório sobre

¹ Enfermeira. Faculdade Santa Maria. Email: aparecidafreitas1984@hotmail.com.

² Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Email: ocilmaquental2011@hotmail.com.

³ Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. Email: geane1.silva@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. E-mail: rayrlacz@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente da Faculdade Santa Maria-PB e Faculdades Integradas de Patos-PB. Enfermeira.

⁶ Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Email: ankilmar@hotmail.com.

esses procedimentos. Entretanto, deve-se atentar para algumas particularidades imprescindíveis à qualidade da assistência, garantindo a segurança do paciente.

Descritores: Cuidados de Enfermagem. Nutrição Enteral. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT: Objective: Analyze the nursing procedures to insert the nasogastric tube and administer the diet in intensive care units (ICUs). **Method:** Exploratory and descriptive survey, with a quantitative approach, carried out with 12 nurses and 30 nursing technicians who work in the ICUs of two hospitals located in the towns of Cajazeiras and Sousa, in the state of Paraíba, Brazil. **Results:** Concerning the insertion of nasogastric tube, 32 participants (76%) answered that it is performed by the nurse. Regarding the way how a nasogastric tube is measured, 7 nurses (59%) and 19 nursing technicians (64%) stated it is from the earlobe to the tip of the nose and from the latter to the xiphoid process, adding 20 to 25 cm. As for the way how the diet is administered, 19 participants (46%) stated it is intermittently. To check tube positioning before administering the diet, 7 nurses (54%) and 17 nursing technicians (47%) stated to check by instilling 10 mL or more air while auscultating with stethoscope the epigastric area. Most answers on the procedures to administer the diet indicate that the volume of food offered follows the medical prescription and patient's position is always sitting or semi-sitting (at least 45°). **Conclusion:** It is found out that nursing professionals have enough knowledge on these procedures. However, we must pay attention to some peculiarities indispensable to quality of care, ensuring patient's safety.

Descriptors: Nursing Care. Enteral Nutrition. Intensive Care Unit.

INTRODUÇÃO

Uma nutrição adequada é condição essencial para a sobrevivência humana, influenciando diretamente a promoção da saúde e a recuperação nos processos patológicos. Com frequência, o paciente que se encontra em uma unidade de terapia intensiva (UTI) apresenta estado hipermetabólico, decorrente dos mais variados fatores, como a doença de base, a incapacidade funcional, os tratamentos agressivos, tais como cirurgias, e o próprio ambiente hospitalar. Assim, o suporte nutricional pode ser decisivo para a evolução desse paciente, gerando condições para que a doença regrida, diminuindo o risco de complicações e aumentando a eficiência do tratamento.

Segundo Oliveira *et al.* (2010), raramente a ingestão por via oral é possível em pacientes em UTI, sendo comum a nutrição por via enteral. A terapia nutricional enteral (TNE) é tida como mais adequada fisiologicamente, por evitar a atrofia da mucosa intestinal, apresentar menor risco de infecção e preservar a função imune do trato gastrintestinal (TGI), principalmente quando sua introdução é precoce, isto é, de 24 a 48 horas após a admissão (OLIVEIRA; CARUSO; SORIANO, 2010).

Notoriamente, essa técnica tem ganhado considerável atenção, devido às suas características favoráveis, como baixa taxa de complicações, facilidade na administração e baixo custo, aliados à sua alta eficiência. Contudo, Mauricio, Genta e Matioli (2005) afirmam que, para a TNE por sonda ser satisfatória, são necessários procedimentos adequados desde o preparo até a administração, buscando evitar complicações clínicas como contaminação, erros ou intolerância a algum componente que pode acarretar processos infecciosos digestivos e sistêmicos, como pneumonia e septicemia.

Durante a infusão da dieta no estômago ou intestino, a equipe de enfermagem deve estar atenta a alguns cuidados imprescindíveis para uma administração satisfatória da TNE, como sempre posicionar o paciente sentado ou semissentado (pelo menos em 45º), mantendo-o assim durante 1 hora após a

administração da dieta; irrigar a região com 20 ml de água, de preferência morna, após cada administração; caso ocorra obstrução, injetar água morna na região, com leve pressão, de preferência utilizando uma seringa de 50 ml para que a sonda não se danifique com pressão excessiva (UNAMUNO; MARCHINI, 2002).

Não obstante, nem sempre esses detalhes são observados nos cuidados hospitalares, o que pode causar problemas aos pacientes se as equipes de enfermagem não forem capacitadas para uma administração adequada da dieta, com conhecimento dos procedimentos para sua instalação e seu preparo, além das complicações decorrentes da não realização das recomendações durante esse processo.

É por esse motivo que questões sobre o padrão de administração de dieta por sonda nasoenteral preocupam cada vez mais os profissionais da saúde e as entidades que se dedicam a garantir a segurança do paciente. Nesse sentido, este estudo teve como questão norteadora: “Quais são os procedimentos de enfermagem para a introdução da sonda nasoenteral e a administração da dieta em unidades de terapia intensiva?”.

Sendo a introdução da sonda nasoenteral e a administração da dieta por essa via práticas corriqueiras na UTI que, se realizadas de modo adequado, podem gerar sérios riscos para o paciente, mostra-se de extrema relevância a realização de estudos que avaliem o nível de conhecimento e as intervenções práticas relativas a esses procedimentos de enfermagem. Eis o objetivo deste estudo.

MÉTODO

Este é um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em duas UTIs, no Hospital Regional de Cajazeiras e no Hospital Regional “Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes”, em Sousa, ambos no estado da Paraíba. A população do estudo foi constituída pelas equipes de enfermagem que trabalham nessas instituições hospitalares, que contam com 13 enfermeiros e 33 técnicos de enfermagem.

O universo amostral foi constituído por 12 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem, totalizando 42 profissionais, que se enquadraram nos critérios de inclusão: estar presente no momento da coleta de dados e ser maior de 18 anos. A coleta de dados ocorreu em março e abril de 2014, por meio de um questionário semiestruturado, após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (FSM), sob o Protocolo n. 542.960.

Os dados foram caracterizados por meio da análise descritiva; em seguida, as informações obtidas foram organizadas e dispostas em tabelas e gráficos, elaborados no programa *Microsoft Excel*, versão 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na composição das equipes das UTIs em estudo, a faixa etária predominante foi de 30 a 34 anos, totalizando 17 profissionais (41%); quanto ao gênero, 34 entrevistados (81%) são do sexo feminino; 30 profissionais são técnicos de enfermagem (71%); em relação ao tempo de formação, houve maior prevalência do período de 5 a 9 anos, com 15 profissionais (37%); em termos do tempo de trabalho na UTI, 14 profissionais (33%) apontaram experiência de 5 a 9 anos. Dos 12 enfermeiros entrevistados, 10 (83%) afirmaram possuir especialização, sendo 7 deles (44%) especialistas em áreas voltadas à UTI.

Quando indagados sobre o profissional que realiza a introdução da sonda nasoenteral, 32 participantes (76%) responderam que se trata do enfermeiro. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 63, de 6 de julho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a TNE, estabelece em seu anexo III que é responsabilidade do enfermeiro o acesso enteral por via orogástrica, nasogástrica ou transpilórica e a manutenção da via de administração da nutrição enteral por meio de técnica padronizada e protocolo estabelecido (BRASIL, 2000).

Observa-se que, apesar de estabelecida como função do enfermeiro, algumas vezes a introdução de sonda nasoenteral é realizada pelo técnico de enfermagem,

uma prática que pode ser decorrente do desconhecimento da legislação vigente no país.

Em relação à forma como é realizada a medição da sonda nasointestinal, 7 enfermeiros (59%) e 19 técnicos de enfermagem (64%) afirmaram ser do lóbulo da orelha à ponta do nariz e deste ao apêndice xifoide, acrescentando 20 a 25 cm.

Segundo Potter e Perry (2012), para determinar o comprimento da sonda a ser inserida adota-se o método tradicional, que consiste em medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha ao processo xifoide do esterno, adicionando 20 a 30 cm. Corroborando esse entendimento, Smeltzer *et al.* (2009) indicam que se mede da ponta do nariz até o lóbulo da orelha e deste até a extremidade do processo xifoide, acrescentando 20 a 25 cm.

Observa-se que a grande maioria dos profissionais desconhece a sequência correta para se determinar o comprimento necessário da sonda para alcançar o intestino. Para Potter e Perry (2012), em sua prática, os profissionais da saúde utilizam diversas técnicas de medição, nenhuma delas é, de fato, padronizada ou isenta de erros.

Alguns cuidados são imprescindíveis ao procedimento de introdução da sonda nasointestinal. Assim, de acordo com 12 enfermeiros (18%) e 28 técnicos de enfermagem (17%), a retirada do fio-guia só é realizada após confirmação do posicionamento correto da sonda.

A sonda nasointestinal possui um fio-guia de metal que, além de facilitar a passagem da sonda, serve para auxiliar a visualização da sonda pelo raio-X. Assim, após confirmar a localização, o fio-guia é retirado do interior da sonda e o paciente fica seguro para receber a TNE (BRASIL, 2011). Scheren *et al.* (2010) asseguram que a utilização do fio-guia serve para guiar e conferir rigidez à sonda, facilitando sua introdução.

Quanto a posicionar o paciente sentado ou deitado com a cabeceira do leito elevada em 45º graus durante a introdução da sonda, 5 enfermeiros (8%) e 18 técnicos de enfermagem (11%) adotam esse procedimento.

Potter e Perry (2012) afirma que o paciente em posição de Fowler facilita a manipulação da sonda, além de reduzir o risco de aspiração e proporcionar uma deglutição efetiva.

No que se refere a explicar e orientar o paciente sobre a importância e a necessidade do uso da sonda durante o procedimento, 8 enfermeiros (12%) e 24 técnicos de enfermagem (15%) reportaram realizar esse procedimento.

A comunicação, segundo Hermann e Cruz (2008), não é um fator observado ou citado pelos profissionais da equipe de enfermagem como necessário durante a assistência. No entanto, ela é considerada princípio fundamental para o cuidado humanizado, não restringindo a assistência à execução de procedimentos e técnicas. Para Potter e Perry (2012), explicar o procedimento e manter a comunicação durante a introdução da sonda reduz a ansiedade e propicia que o paciente colabore durante a assistência.

Tratando-se dos procedimentos relativos ao fio-guia, 5 enfermeiros (7%) e 11 técnicos de enfermagem (7%) disseram que ele não deverá ser introduzido na sonda, na tentativa de desobstruí-la, porque pode perfurar e lesar a mucosa digestiva.

Esse é um cuidado importante, pois o desconhecimento dos profissionais de enfermagem quanto a essa prática pode ocasionar problemas graves ao paciente, uma vez que a introdução do fio-guia pode perfurar órgãos importantes. Segundo Scheren *et al.* (2010), em casos de deslocamento e tração da sonda, deve-se atentar para não reintroduzi-la, tampouco recolocar o fio-guia depois que a sonda está instalada no paciente buscando desobstruí-la, pois isso pode lesionar e perfurar a mucosa digestiva.

Em relação ao cuidado de observar se o paciente apresenta tosse, dificuldade respiratória, cianose ou agitação, que podem ser manifestações de um desvio da sonda para as vias aéreas, 12 enfermeiros (18%) e 26 técnicos de enfermagem (16%) confirmaram adotar essa observação.

Smeltzer *et al.* (2009) declaram que é essencial averiguar aspectos do paciente para confirmar que a introdução da sonda ocorreu de maneira correta, pois ela pode ser posicionada inadequadamente nos pulmões. No entanto, pacientes de alto risco podem não apresentar esses sinais, que passam despercebidos, como é o caso de pacientes com alterações nos níveis de consciência e diminuição ou ausência dos reflexos de vômito e tosse. Potter e Perry (2012) afirmam que não se deve forçar a sonda quando ela mostrar resistência ou o paciente apresentar tosse,

engasgo e cianose; deve-se interromper a passagem, pois a sonda pode estar enrolada, dobrada ou ter desviado para o sistema respiratório.

Quanto a realizar a flexão da cabeça do paciente para que a glote se feche e proteja as vias aéreas, 8 enfermeiros (12%) e técnicos de enfermagem (12%) disseram adotar essa prática na introdução da sonda nasoenteral.

Apesar de poucos estudos abordarem esse conduta, Smeltzer *et al.* (2009) e Potter e Perry (2012) apontam que, durante o procedimento, é necessário fazer com que o paciente flexione a cabeça em direção ao tórax ao alcançar a nasofaringe, pois isso reduz o risco da sonda entrar na traqueia.

De acordo com 10 enfermeiros (15%) e 19 técnicos de enfermagem (12%), antes de iniciar a introdução da sonda, verifica-se se há no paciente alguma obstrução nasal ou um desvio de septo que dificulte a passagem da sonda.

Timby (2007) alega que se deve avaliar as narinas do paciente. Após remover os excrementos do nariz, verifica-se se há sinais de obstrução de cada narina, pois presença de pólipos nasais, desvio de septo, deslocamento da cartilagem nasal na linha central e estreitamento da passagem nasal impedem a colocação da sonda em uma das narinas. Entretanto, essa avaliação em pacientes na UTI mostra-se dificultada, pois, geralmente, estes se encontram em ventilação mecânica, utilizando sedativos, o que impede sua colaboração.

No que concerne à verificação do posicionamento correto após a introdução da sonda nasoenteral, 11 enfermeiros (39%) asseguraram que a confirmação é feita por meio da realização do raio-X; já 27 técnicos de enfermagem (38%) afirmaram que ela ocorre instilando 10 ml ou mais de ar, ao mesmo tempo que se ausculta com estetoscópio a área epigástrica.

Segundo o Parecer n. 009/2011, do Coren-DF, é essencial garantir a segurança do paciente em TNE; para isso, é necessário que, após introduzi-la, seja confirmado o posicionamento correto da sonda (parte do intestino), pois ela pode ser inserida nos pulmões por engano em pacientes de alto risco com níveis de consciência reduzidos, confusão mental, diminuição ou ausência dos reflexos de vômito e tosse ou agitação durante a inserção da sonda (BRASIL, 2011). Smeltzer *et al.* (2009) asseguram que, após a passagem da sonda nasoenteral, deverá ser

realizado um exame radiográfico para confirmar a posição pós-pilórica e, então, proporcionar uma TNE segura para o cliente.

É importante ressaltar que, apesar da literatura confirmar que é necessário realizar o raio-X para determinar o local em que a sonda foi posicionada, alguns profissionais relataram que, algumas vezes, isso se mostra inviável, pois o hospital não dispõe de aparelho portátil. A confirmação dá-se por meio da técnica de instilar ar e auscultar com o estetoscópio a região epigástrica, além da visualização do aspirado gástrico.

Referindo-se à forma como a dieta por sonda nasoenteral é administrada, 19 participantes (46%) afirmaram ser de modo intermitente. Fujino e Nogueira (2007) realizaram uma pesquisa comparando a administração da dieta por infusão contínua e intermitente. As pesquisadoras detectaram que a maior incidência de diarreia, o deslocamento da sonda e a pneumonia aspirativa estavam associados aos pacientes que receberam a dieta intermitente. Já na dieta contínua, o maior problema foi a incidência de obstrução da sonda, todavia, ela proporciona maior oferta diária de dieta.

Fujino e Nogueira (2007) sugerem, ainda, que a infusão intermitente, seja gravitacional ou em *bolus*, preferencialmente utilizada quando a sonda se encontra em posição gástrica e em pacientes estáveis. Já a infusão contínua é utilizada sempre que a sonda está em posição pós-pilórica, com boa tolerância por parte dos pacientes e menor risco de aspiração, diarreia, náuseas e vômitos, proporcionando maior aporte energético.

Segundo Oliveira *et al.* (2010), o método contínuo, de preferência utilizando a bomba de infusão, no qual a dieta é infundida por um período de 12 a 24 horas, é o mais seguro e preciso, pois possibilita que a dieta seja administrada em volumes menores e de forma lenta, diminuindo as complicações gastrintestinais, como distensão abdominal e diarreia, além de otimizar o tempo da equipe de enfermagem.

Diante do exposto, percebe-se que o tipo de infusão adotado pelos profissionais das UTIs não é o mais indicado, pois se trata de pacientes instáveis com maior risco de complicações; além disso, quando se utiliza sonda nasoenteral, a literatura preconiza o método de infusão contínua, com controle rigoroso, pois o

escoamento rápido pode ocasionar diarreia e cólicas, com menor aproveitamento nutricional por parte do paciente.

No que diz respeito à forma como os profissionais checam o posicionamento da sonda no TGI antes de administrar a dieta, 7 enfermeiros (54%) e 17 técnicos de enfermagem (47%) afirmaram instilar 10 ml ou mais de ar ao mesmo tempo que auscultam com estetoscópio a área epigástrica.

Waitzberg, Gama-Rodrigues e Correia (2002) e Smeltzer *et al.* (2009) afirmaram que nenhum teste isolado é absolutamente seguro para determinar se a sonda está inserida no estômago, intestino ou trato respiratório. Assim, esses autores priorizam a realização de 3 testes a cada vez que dieta ou medicamentos são administrados e de 1 vez por turno para infusões contínuas, tendo em vista que a ausculta não é mais considerada confiável para checar a colocação da sonda, pois uma sonda colocada por engano, tanto nos pulmões como na faringe ou no esôfago, pode transmitir um som semelhante ao da entrada de ar no estômago/intestino.

Smeltzer *et al.* (2009) recomendam que, ao invés de realizar o teste da ausculta, haja combinação da medição do comprimento externo da sonda, avaliação visual do aspirado e medição do pH do aspirado. A coloração do aspirado pode ser uma informação valiosa para diferenciar as posições gástricas e intestinais, contudo, tem pouco valor para a exclusão da posição respiratória. Para esses autores, o método de confirmação mais exato é determinar o pH do aspirado.

No entanto, nas unidades em estudo, esse método de identificação do pH ainda não foi adotado, há maior prevalência da ausculta da insuflação de ar no TGI e visualização do aspirado.

Quanto aos cuidados na administração da dieta, 8 enfermeiros (23%) e 19 técnicos de enfermagem (19%) afirmaram que irrigam a sonda com 20 ml de água, de preferência morna, após cada administração de dieta ou medicamentos, para evitar a obstrução da sonda.

No estudo de Cervo (2013) sobre eventos adversos em TNE, a incidência de obstrução da sonda foi de 2,1%. Segundo a autora, a obstrução da sonda é a complicação mecânica mais frequente, podendo ser decorrente da falta de irrigação com água antes e após a administração de dieta e medicamentos, precipitação da dieta e dobras na sonda. Oliveira *et al.* (2010), investigando a prática clínica de

enfermeiros em terapia de nutrição enteral, detectou que a lavagem da sonda com água foi o cuidado mais indicado pelos profissionais.

De acordo com 6 enfermeiros (17%) e 21 técnicos de enfermagem (21%), estes mantêm o decúbito elevado durante 1 hora após a administração da dieta. Hermann e Cruz (2008), em seu estudo observacional sobre o conhecimento e a prática assistencial da enfermagem, observaram que todos os profissionais elevaram a cabeceira do paciente durante a administração da dieta, mantendo essa posição por pelo menos 1 hora após a infusão da dieta. Esse cuidado é essencial, pois a pneumonia aspirativa é a complicação de maior gravidade em TNE, sendo potencialmente fatal, em caso de refluxo.

Cervo (2013) corrobora esse achado em seu estudo, sendo a manutenção do paciente em cabeceira elevada um dos cuidados observados pela equipe de enfermagem. O posicionamento adequado do paciente no leito protege as vias aéreas do risco de aspiração do conteúdo gástrico em caso de náusea ou vômito, principalmente em pacientes inconscientes, idosos ou com complicação neurológica.

Referindo-se ao volume da dieta, 12 enfermeiros (34%) e 30 técnicos de enfermagem (30%) asseguraram que o volume da dieta é administrado de acordo com a prescrição médica.

Para Oliveira *et al.* (2010), apesar da vazão da TNE constituir uma conduta médica, é imprescindível o conhecimento da equipe de enfermagem, pois esses profissionais são responsáveis pela administração e monitorização do gotejamento da dieta. Durante a administração, deve-se avaliar a tolerância do paciente, em decorrência da possibilidade de apresentar sinais e sintomas clínicos que demonstrem intercorrências em virtude de intolerância à TNE, sendo necessário adequar o gotejamento ou a dieta ideal para o paciente junto com a equipe responsável pela TNE.

Tratando-se da conduta de sempre posicionar o paciente sentado ou semissentado, em pelo menos 45º, 9 enfermeiros (26%) e 30 técnicos de enfermagem (71%) informaram estar atentos a essa prática.

Oliveira (2012) esclarece que, para administrar a dieta, a posição adequada do paciente é o decúbito elevado, com a cabeceira do leito podendo variar de 30º a 60º. No entanto, alguns profissionais de enfermagem não valorizam esse

procedimento, proporcionando risco de complicações ao paciente. Em sua pesquisa, 64% dos pacientes observados estavam posicionados inadequadamente, em leito plano, e 36% estavam posicionados com a cabeceira do leito elevada em 45°.

Segundo Hermann e Cruz (2008), o decúbito elevado durante a utilização de sonda nasoenteral é um indicador importante, pois previne acidentes decorrentes de regurgitação e vômito, podendo ocasionar consequências como a aspiração pulmonar, principalmente, em pacientes inconscientes, com quadros neurológicos ou idosos. Assim, esse deve ser um procedimento padrão dos profissionais de enfermagem, por ser tanto essencial para a segurança dos pacientes como relevante para a qualidade da assistência prestada.

No que se refere ao cuidado em caso de obstrução, injetar água morna na região, com leve pressão, de preferência utilizando uma seringa de 50 ml para que a sonda não se danifique com pressão excessiva, causada pelas seringas menores, foi um procedimento citado por 3 técnicos de enfermagem (10%).

Corroborando Figueredo (2011), a desobstrução da sonda evita saídas não programadas, que podem interromper a administração da dieta e dos medicamentos prescritos. Para a autora, a maior pressão exercida por seringa de menor calibre facilita a remoção do conteúdo que oclui a sonda, possibilitando a permeabilidade do lúmen da sonda.

Para a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e a Associação Brasileira de Nutrologia (SBNPE; ABRAN, 2011) em caso de obstrução, o uso de seringas de pequeno calibre pode apresentar alta pressão, capaz de causar rompimento da sonda. Potter e Perry (2012) também afirma que se deve utilizar pressão leve para tentar desobstruir, preferencialmente com seringas de 50 ml, pois seringas de calibre menor causam pressão excessiva e ocasionam fissuras na sonda.

Percebe-se que na literatura não há consenso quanto à melhor forma de desobstrução de sonda nasoenteral. Dessa forma, a melhor maneira de evitar essas obstruções é manter a periodicidade de irrigação da sonda. Além disso, a reintrodução de uma sonda causa desconforto ao paciente, risco de posicionamento inadequado e custos adicionais, que podem ser evitados, em sua maioria, com cuidados adequados por parte da equipe de enfermagem.

CONCLUSÃO

Este estudo abordou os aspectos relacionados aos procedimentos de enfermagem para a introdução da sonda nasoenteral e a administração de dieta em pacientes em UTI.

Sabe-se que a equipe de enfermagem é responsável por essas práticas e, como observado nos resultados deste estudo, os profissionais de enfermagem apresentam conhecimento satisfatório sobre os cuidados relacionados a esses procedimentos.

Entretanto, deve-se atentar para algumas particularidades, como ser de total responsabilidade do enfermeiro a introdução da sonda nasoenteral. Ele é o profissional que determina a forma correta de medir a sonda, de acordo com os estudos disponíveis na literatura especializada atual. Outro ponto que deve ser discutido na instituição refere-se à forma de administração da dieta, tendo em vista que, em pacientes graves, com elevado risco de complicações, prioriza-se a administração da dieta de forma contínua, por meio de bomba de infusão.

Assim, pode-se dizer que os objetivos deste estudo foram alcançados. Espera-se, desse modo, que contribua para aprimorar compreensão do fenômeno discutido, tendo por finalidade incentivar a busca dos conhecimentos necessários para a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em TNE. Mostra-se importante estabelecer estratégias para a capacitação e o treinamento continuado dos profissionais da saúde, o que proporciona maior qualidade da assistência prestada ao paciente, garantindo sua segurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Resolução RDC n. 63, de 06 de julho de 2000.** Regulamento técnico para a terapia de nutrição enteral. 2000. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/61e1d380474597399f7bdf3fbc4c6735/RCD+N%C2%B0+63-2000.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 20 out. 2013.

BRASIL. **Parecer Coren n. 009/2011:** o enfermeiro que presta assistência ao paciente crônico no domicílio pode passar sonda nasogástrica ou nasoenteral e administrar alimentação ou medicamentos por esta via. 2011. Disponível em: <<http://www.coren-df.org.br/portal/index.php/pareceres/parecer-coren/1191-no-0092011-o-enfermeiro-que-presta-assistencia-ao-paciente-cronico-no-domicilio-pode-passar-sonda-nasogastrica-ou-nasoenteral-e-administrar-alimentacao-ou-medicamentos-por-esta-via>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

CERVO, A. S. **Eventos adversos em terapia nutricional enteral.** 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_Anamarta%20Cervo.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2014.

FIGUEREDO, L. P. **Complicações da terapia nutricional enteral (TNE) e fatores associados em pacientes hospitalizados.** 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-21062011-152352/pt-br.php>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

FUJINO, V.; NOGUEIRA, L. A. B. N. S. Terapia nutricional enteral em pacientes graves: revisão de literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 4, p. 220-226, 2007. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-4/ID248.pdf>. Acesso em: 22 out. 2013.

HERMANN, A. P.; CRUZ, E. D. A. Enfermagem em nutrição enteral: investigação do conhecimento e da prática assistencial em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 520-525, 2008. Disponível em: <<http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2008/vol13/no4/6.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

MAURÍCIO, A. A.; GENTA, T. M. S.; MATIOLI, G. Verificação de boas práticas de preparação e análise microbiológica da dieta enteral em serviço de nutrição e dietética de hospital privado. **Acta Scientiarum: Health Science**, Maringá, v. 27, n. 2, p. 157-161, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307223952009>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

OLIVEIRA, N. S.; CARUSO, L.; SORIANO, F. G. Terapia nutricional enteral em UTI: seguimento longitudinal. **Nutrire**: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição, São Paulo v. 35, n. 3, p. 133-148, dez. 2010.

OLIVEIRA, S. M. O. et. al. Complicações gastrointestinais e adequação calórico-proteica de pacientes em uso de nutrição enteral em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000300009>. Acesso em: 10 out. 2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SCHEREN, F. et al. Nutrição enteral no domicílio: orientações do enfermeiro e aplicabilidade na ótica do familiar. **Revista de Enfermagem UFPE On-Line**, Recife, v. 4, n. 2, p. 699-707, abr./jun. 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/aparecida/Downloads/871-10985-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/aparecida/Downloads/871-10985-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2014.

SMELTZER, C. S. et al. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL - SBNPE; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA - ABRAN. Projeto Diretrizes Terapia Nutricional: administração e monitoramento. 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/terapia_nutricional_administracao_e_monitoramento.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades no atendimento de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

UNAMUNO, M. R. D. L.; MARCHINI, J. S. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, p. 95-101, jan./mar. 2002. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2002/vol35n1/sonda_nasogastrica.pdf>. Acesso em: 13 out. 2013.

WAITZBERG, D. L.; GAMA-RODRIGUES, J.; CORREIA, M. I. T. D. Desnutrição hospitalar no Brasil. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 55-89.

Data do recebimento para publicação: 03.02.2014.

Data de aprovação do trabalho: 09.06.2014.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES QUE REALIZARAM O EXAME CITOPATOLÓGICO NA CLÍNICA ESCOLA DE ENFERMAGEM - FIP¹

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WHO PERFORMED THE CITOPATOLÓGICO EXAMINATION IN CLINICAL SCHOOL OF NURSING-FIP¹

Francielma Pereira dos Santos²

Geane Gadelha de Oliveira³

Hellen Maria Gomes Araújo de Souza⁴

Maria Teresa Botti Rodrigues dos Santos⁵

Mércia de França Nóbrega⁶

RESUMO - O câncer do colo uterino ainda é um problema de Saúde Pública em países em desenvolvimento, onde apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade. Isto se comprova em nosso país, em decorrência da alta incidência, evolução mórbida e elevada taxa de mortalidade, esta neoplasia representa a segunda causa de mortalidade bruta entre as neoplasias malignas que acometem a população feminina nas regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-oeste e a primeira causa na região Norte. O estudo teve como objetivos: investigar o perfil epidemiológico de pacientes que realizaram o exame citopatológico na Clínica Escola de Enfermagem das FIP no ano de 2012, descrever o perfil sócio demográfico das pacientes, além de analisar os principais fatores de risco para o câncer do colo do útero. Pesquisa de campo, descritiva, retrospectiva e documental, com abordagem quantitativa. A população deste estudo foi composta por 287 prontuários de pacientes atendidas na Clínica Escola de Enfermagem no ano de 2012. A amostra foi composta por 200 prontuários. Os dados foram coletados através de um questionário, sendo iniciado após aprovação do comitê de ética. Os resultados mostraram que a maioria das mulheres em nosso estudo são jovens na faixa-etária 18 a 29 anos, com predominância da cor parda, casadas, nível médio incompleto e estudantes. Verificamos também que as mulheres apresentam pelo

¹ Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso de Francielma Pereira dos Santos "Perfil epidemiológico de pacientes que realizaram o exame citopatológico na clínica escola de enfermagem - FIP"

² Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

³ Enfermeira. Especialista. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP

⁴ Enfermeira. Especialista. Professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP

⁵ Cirurgiã Dentista Pós - Doutorado pela UNICAMP SP Docente da Pós-Graduação da UNICSUL- SP

⁶ Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela UNICSUL; professora das Faculdades Integradas de Patos - FIP e da UFCG.

menos um fator de risco para o desenvolvimento para o câncer do colo do útero. Nota-se ainda que boa parte das mulheres realizam o exame citopatológico pelo menos uma vez ao ano.

Unitermos: Câncer do colo do útero. Perfil. Prevenção.

ABSTRACT - *Cervical cancer is still a public health problem in developing countries, where presents high rates of prevalence and mortality. This can be seen in our country, due to the high incidence, morbid evolution and high mortality rate, this cancer represents the second cause of mortality among the gross malignancies that affect the female population in the South, Southeast, Northeast and Midwest and the first cause in the North. The study had as its objectives: to investigate the epidemiological profile of patients who performed the citopatológico exam in Clinic nursing school of FIP in the year 2012, describe the sociology demographic profile of the patients, in addition to investigating the main risk factors for cervical cancer. Field research, descriptive, retrospective and documentary, with a quantitative approach. The population of this study consisted of 287 records of patients attended in Clinic nursing school in the year 2012. The sample was composed of 200 records. The data were collected through a questionnaire, being initiated after approval by the Ethics Committee. The results showed that most women in our study are young people in the age range 18 to 29 years, with predominance of the color Brown, married, middle level incomplete and students. We note also that women have at least one risk factor for the development of cervical cancer. Note that most of the women perform the citopatológico examination at least once a year.*

KEYWORDS: *Cancer of the cervix. Epidemiological profile. Prevention.*

INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino ainda é um problema de Saúde Pública em países em desenvolvimento, onde apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade. Isto se comprova em nosso país, em decorrência da alta incidência, evolução mórbida e elevada taxa de mortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), esta neoplasia representa a segunda causa de mortalidade bruta entre as neoplasias malignas que acometem a população feminina nas regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-oeste e a primeira causa na região Norte. Estima-se que este tipo de câncer seja o terceiro mais comum na população feminina, representando 10% de todos os tumores malignos em mulheres (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

O câncer cérvico-uterino inicia-se a partir de uma lesão intra-epitelial progressiva que pode evoluir para um câncer invasivo em um prazo de 10 a 20 anos, caso não seja oferecido tratamento. Nesse período de evolução, a doença passa por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, o que lhe oferece um dos mais altos potenciais de prevenção e de cura (FERNANDES; NARCHI, 2007).

No Brasil, o câncer do colo do útero apresenta diferentes distribuições entre as regiões brasileiras, sendo a primeira causa de mortalidade na Região Norte com 24/100.000 mulheres, enquanto a Região Sudeste ocupa a quinta posição com 15/100.000. Em 2006, a magnitude das taxas de mortalidade da Região Norte foi o dobro das taxas da Região Sul em todas as faixas etárias, no mesmo período (PRADO *et al.*, 2012). Oportuno se faz ressaltar que o método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolau), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual (BRASIL, 2011).

O câncer do colo do útero acomete mulheres na faixa etária reprodutiva, concentrando-se naquelas com idade acima de 35 anos, com pico máximo de incidência entre 45 e 49 anos. No entanto, tem sido observado um aumento da

ocorrência em mulheres mais jovens (BRASIL, 2003). Acredita-se que a infecção pelo papilomavírus humanos (HPV) seja a causa primária do câncer do colo do útero. Sua prevalência na lesão do colo é superior a 98% e dois subtipos do vírus (16 e 18) estão presentes em mais de 80% dos casos de câncer invasor (MENDONÇA *et al.*, 2008).

Pelos dados alarmantes desta doença, surgiu a necessidade de analisar o perfil epidemiológico dessa patologia diante de um relevante problema de saúde pública e questionar: Qual o número de pacientes que realizaram o exame citopatológico no ano de 2012, na clínica Escola de Enfermagem das FIP? Na busca por respostas a este questionamento, o estudo teve como objetivos investigar o perfil epidemiológico de pacientes que realizaram o exame citopatológico na Clínica Escola de Enfermagem das FIP no ano de 2012, descrever o perfil sócio demográfico das pacientes, além de analisar os principais fatores de risco para o câncer do colo do útero.

O presente estudo é de grande relevância, pois pesquisas sobre a prevenção do câncer do colo do útero é sempre muito interessante, uma vez que os números no que se refere à morbi-mortalidade sempre continuam a crescer, então a disseminação de novos conhecimentos tanto para os profissionais de enfermagem, bem como para as usuárias nunca serão demais; repassar orientações sobre a importância de realizar o exame citopatológico (papanicolau) e desta forma presta uma assistência contínua, sistemática e humanizada, vendo a mulher holisticamente, ou seja, como um todo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, retrospectiva e documental, com abordagem quantitativa. Foi realizada na Clínica Escola de Enfermagem das FIP, localizada na Rua: Horácio Nóbrega S/N, bairro: Belo Horizonte- Patos-PB. A população deste estudo foi composta por 287 prontuários de pacientes atendidas na Clínica Escola de Enfermagem no ano de 2012. A amostra foi composta por 200

prontuários de pacientes, selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão: Ter realizado o exame citopatológico na Clínica Escola, no ano de 2012; Apresentar no prontuário todas as informações necessárias para preenchimento do instrumento de coleta de dados. Quanto aos critérios de exclusão: prontuários incompletos e ser menor de idade.

A coleta dos dados foi realizada com uma ficha de registro (Questionário), contendo perguntas objetivas. Através dos prontuários de pacientes, pois nestes, encontram-se todas as informações referentes à pesquisa. Deu-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos-FIP, sob protocolo de nº 20783913.2.0000.5181, a qual foi realizada no período de agosto à setembro de 2013, com os prontuários de pacientes da Clínica Escola de Enfermagem que realizaram o exame de prevenção do colo uterino, tendo uma duração média de (20) minutos para cada análise dos prontuários. Os dados foram analisados, quantitativamente, organizados e expostos por meio de estatística simples descritiva e apresentada em gráficos e tabelas contendo números inteiros com seus respectivos percentuais, a qual terá embasamento com outras obras que tratem da temática em questão.

Ressalte-se que, no decorrer deste estudo foram respeitados todos os aspectos éticos da resolução N° 466/12 (Diretrizes e Normas da Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O pesquisador garante o mais absoluto sigilo sob todas as informações coletadas durante a pesquisa, usando-as inteiramente para fins científicos e de forma a não identificar os pacientes envolvidos no estudo. Uma vez que se trata de um estudo documental (análise de prontuários), não houve a necessidade do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para fins dessa pesquisa, então, foi apenas solicitada a autorização do responsável legal pela guarda desses prontuários para a realização da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 01: Caracterização Sócio-demográfica da amostra, Patos - PB, 2013.

Características	Especificações	F	%
Faixa etária	18 à 29 anos	93	46,5
	30 `a 39 anos	59	29,5
	40 à 49 anos	36	18
	50 à 59 anos	10	05
	Mais de 60 anos	02	01
Raça/Cor	Branca	63	31,5
	Preta	06	03
	Parda	131	65,5
	Amarela	-	-
	Indígena/Etnia	-	-
Estado Civil	Casada	101	50,5
	Solteira	84	42
	Relação Estável	02	01
	Divorciada	10	05
	Viúva	03	1,5
Escolaridade	Sem Escolaridade	-	-
	Ensino Fundamental Incompleto	26	13
	Ensino Fundamental Completo	31	15,5
	Ensino Médio Incompleto	84	42
	Ensino Médio Completo	05	2,5
	Ensino superior incompleto	27	13,5
	Ensino superior completo	27	13,5
Profissão / Ocupação	Autônomo	25	12,5
	Do lar	36	18
	Empregada doméstica	09	4,5
	Estudantes	46	23
	Profissionais da saúde – Curso superior	04	02
	Educadores	17	8,5
	Outros	63	31,5
TOTAL	-	200	100

Fonte: Dados da pesquisa 2013

A partir dos dados da tabela 01, verificamos que 93 (46,5%) informaram está na faixa etária de 18 a 29 anos, 59 (29,5%) 30 a 39 anos, 36 (18%) entre 40 e 49 anos, 10 (5%) entre 50 e 59 anos e apenas 02 (1%) mais de 60 anos.

Quanto à faixa etária, a maioria da população encontrada neste estudo é composta de mulheres jovens, muitas se encontram na faixa etária onde o câncer do colo do útero é mais prevalente. Isso nos mostra que a maioria das mulheres que

fazem as consultas ginecologias na clinica escola de enfermagem é jovem, em idade reprodutiva, mulheres que buscam a prevenção do câncer cérvico-uterino. Segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011), a população alvo da prevenção do câncer de colo do útero está entre 25 a 64 anos, pois além da baixa incidência de câncer em mulheres jovens existe evidência que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres maduras.

No que diz respeito à raça/cor, 63 (31,5%) declararam-se de cor branca, 6 (3%) preta e 131 (65,5%) parda. Thule, Bergmann e Casado (2012) observam que a maioria das mulheres que apresentam câncer de colo uterino é de cor parda, sendo concordante com este estudo, pois 65,5% dessa amostra, ou seja, a grande maioria desta pesquisa também é de cor parda.

Em relação ao estado civil, os dados foram os seguintes, 101 (50,5%) das mulheres informaram ser casadas, 84 (42%) solteiras, 2 (1%) relação estável, 10 (5%) disseram ser divorciadas e apenas 3 mulheres (1,5%) viúvas. Ressalte-se que o estado conjugal também deve ser considerado quando se faz referência ao acesso aos serviços de saúde. As mulheres casadas procuram fazer mais consulta médica. Fato este que deve esta relacionada à vida sexualmente ativa (TORRES, 2010).

No que se refere ao nível de escolaridade 26 (13%) das mulheres disseram possuir o ensino fundamental incompleto, 31 (15,5%) ensino fundamental completo, 84 (42%) ensino médio incompleto, 5 (2,5%) ensino médio completo, 27 (13,5%) ensino superior incompleto, 27% (13,5%) relataram possuir ensino superior completo. Acreditamos que quanto maior for o nível de instrução da mulher, maior será o conhecimento da mesma sobre questões que envolvam a sua saúde.

Vasconcelos *et al.* (2011), em estudo por eles realizado observaram que mulheres que possuem baixa escolaridade, menos que nove anos de estudo, são as mais resistentes a adesão anual da prevenção ao câncer do colo do útero devido a falta de informações sobre os possíveis riscos que o câncer pode gerar.

Quanto a profissão/ocupação, verificou-se que 25 (12,5%) das mulheres informaram ser autônomas, 36 (18%) do lar, 09 (4,5%) empregada domestica, 46 (23%) estudantes, 04 (2%) profissionais da saúde - curso superior, 17 (8,5%) educadores, 63 (31,5%) outros. As atividades do dia - a - dia sejam elas feitas em casa ou no local de trabalho pelas mulheres podem de certa forma interferir na

busca de sua qualidade de vida. Segundo Gomes (2012) a profissão das entrevistadas reflete de forma a interferir a procura da mulher a Unidade Básica de Saúde, onde muitas vezes elas podem relatar a falta de tempo para cuidar de sua saúde, em conciliar o emprego com a procura na unidade básica de saúde.

Tabela 02: Antecedentes pessoais ginecológicos da amostra, Patos-PB, 2013.

Características	Especificações	F	%
Menstruação	Regular	146	73
	Irregular	54	27
Idade da Menarca	Entre 9 anos e 13 anos	116	58
	Entre 14 e 18 anos	84	42
Idade da Coitarca	Entre 10 e 15 anos	37	18,5
	Entre 16 e 20 anos	125	62,5
	Entre 21 e 25 anos	31	15,5
	Acima de 25 anos	7	3,5
TOTAL	-	200	100

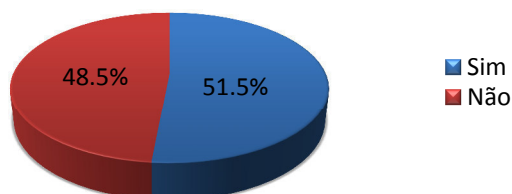
Fonte: Dados da pesquisa 2013

Quanto ao ciclo menstrual das mulheres que compõem a amostra deste estudo, 146 (73%) relataram ser regular, por outro lado 54 (27%) disseram ser irregular. Ao observarmos a menarca, verificou-se que 116 (58%) informaram que a menarca ocorreu entre 9 e 13 anos de idade, a outra parte da amostra 84 (42%) informou que ocorreu entre 14 e 18 anos. A idade da menarca está referida em alguns estudos como sendo um ponto de partida para o início da atividade sexual. Ferreira *et al.* (2011) vão mais além, pois em estudo que realizaram encontraram evidências, sugerindo que a menarca precoce é um fator de risco e associaram-na à prática sexual precoce e ao maior risco de anormalidade cervicais.

Ao verificarmos a idade da coitarca observou-se que 37 (18,5%) das mulheres iniciaram sua vida sexual por entre 10 e 15 anos de idade, sendo quem a maioria 125 (62,5%) foi entre 16 e 20 anos, 31 (15,5%) entre 21 e 25 anos, e 7 (3,5%) acima dos 25 anos de idade. A iniciação precoce da vida sexual é um dos fatores que pode predispor a mulher a desenvolver o câncer do colo do útero, tal afirmação é referenciada por Smeltzer *et al.* (2012), os autores destacam que a idade precoce (menos de 20 anos) na primeira relação sexual (expõe o colo do útero muito jovem e

vulnerável a vírus potenciais de um parceiro) dessa forma a mulher fica mais susceptível a entrar em contato com os vírus causadores da neoplasia do útero.

Gráfico 01: Características percentuais quanto ao uso de métodos contraceptivos, Patos-PB, 2013.

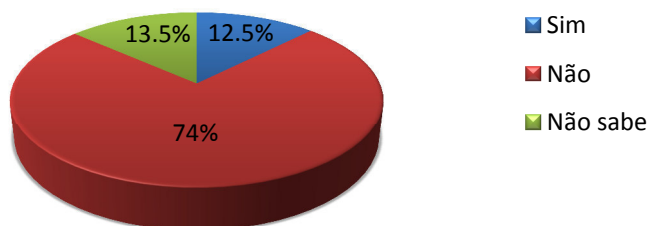


Fonte: Dados da pesquisa 2013

Na pesquisa em relação ao uso de métodos contraceptivos os resultados mostraram que 103(51,5%) usam algum método, os demais 97 (48,5%) disseram que não. É importante que a mulher tenha conhecimento sobre métodos contraceptivos que atendam a sua necessidade, bem como é ideal que a mulher possa ter a sua disponibilidade métodos seguro que proporcione bem-estar e segurança na prática do sexo seguro.

Sendo necessário que a mulher seja instruída quanto ao uso de métodos contraceptivos, e nada melhor que os profissionais da saúde para orientá-las. Falcão (2012) encontrou em seu estudo que 49% das mulheres que relataram ter conhecimento de métodos contraceptivos, foram orientadas por pessoas não qualificadas, o que põem em risco a eficiência e a segurança de tais métodos.

Gráfico 02: Características Percentuais de acordo com a presença de DST anteriormente, Patos-PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa 2013.

De acordo com o resultado da amostra pesquisada, 25 (12,5%) informaram que tiveram DST anteriormente, 148 (74%) que não, e 27 (13,5%) não sabem informar. É importante que a mulher tenha conhecimento de meios de prevenção contra as DST, e que coloque em prática, sabemos que a prevenção ainda é a melhor maneira de evitar um HIV, Hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis.

As doenças sexualmente Transmissíveis DST são doenças causadas por vários tipos de agentes etiológicos, principalmente vírus, protozoários, fungos e bactérias; geralmente esses agentes etiológicos têm no trato genital humano como o único reservatório e sobrevivem mal, ou não resistem fora do corpo humano. As portas de entrada dos microorganismos das DST e os sítios de infecção incluem a pele e os revestimentos mucosos da uretra, colo do útero, vagina, reto e orofaringe (SMELTZER *et al.*, 2012).

Tabelas 03: Percentuais quanto à realização do exame preventivo anteriormente, Patos - PB, 2013.

Características	Especificações	F	%
Exames preventivos anteriores	Sim	160	80
	Não	40	20
Número de vezes	1ª vez	40	20
	1 vez	17	8.5
	2 vezes	14	7
	3 vezes	13	6.5
	Mais de 3 vezes	116	58
Periodicidade de realização do exame	De 6 em 6 meses	11	5.5
	Anualmente	104	52
	De 2 em 2 anos	17	8.5
	Irregularmente	28	14
TOTAL	-	200	100

Fonte: Dados da pesquisa 2013

Observa-se na tabela 3 que quando questionadas se haviam realizado o exame citopatológico anteriormente 160 (80%) informou que sim, já 40 (20%) disseram que não. É importante que toda mulher em vida sexual ativa busque realizar o exame citológico, a fim de que se possa rastrear precocemente o agente

causador do câncer, além de servir como meio de prevenção em busca da saúde e melhor qualidade de vida da mulher.

A realização deste exame evita o aparecimento de lesões cancerígenas no colo cérvico-uterino, além da sua importância para a saúde da mulher para se prevenir infecção causadas por corrimento, para se detectar lesões primárias do HPV enfim para dá a mulher oportunidade de tratamento (FERREIRA, 2009).

Quando questionadas sobre o número de vezes que realizou o exame, viu-se que 40 (20%) informou ter sido a primeira vez, 17 (8.5%) ter realizado apenas 01 vez, 14 (7%) 2 vezes, 13 (6,5%) 3 vezes, e 116 (58%) mais de 3 vezes.

Quanto à periodicidade, observou-se que 11 (5,5%) disseram realizar o exame a cada 06 meses, 104 (52%) anualmente, 17 (8,5%) de 2 em 2 anos, e 28 (14%) irregularmente. É importante que a mulher seja conhecedora sobre a importância do exame e de sua realização conforme preconiza o ministério da saúde. Oportuno se faz ressaltar que é recomendado pelo Ministério da Saúde no Brasil que todas as mulheres sexualmente ativas realizem o exame citopatológico anualmente, e após dois exames anuais consecutivos sem anormalidade, repetir a cada três anos (JORGE *et al.*, 2011).

Tabela 04: Antecedentes obstétricos da amostra, Patos - PB, 2013.

Características	Especificações	F	%
Gesta	I	36	18
	II	44	22
	III	28	14
	IV	16	8
	V	5	2,5
	VI	5	2,5
	VII	1	0,5
Para	I	42	21
	II	48	24
	III	26	13
	IV	12	6
	V	5	2,5
	VI	2	1
Abortos	0	102	51
	I	27	13,5
	II	4	2
	III	1	0,5
	IV	1	0,5

Tipo de parto	Nenhum parto	65	32,5
	Normal	82	41
	Cesáreo	71	35,5
Complicações durante o parto	Sim	30	15
	Não	105	52,5

Fonte: Dados da pesquisa 2013

Em análise da tabela 4 observamos que sobre os antecedentes obstétricos 36 (16%) apresentaram apenas gesta I, 44 (22%) gesta II - 28 (14%) gesta III - 16 (8%) gesta IV - 5 (2,5%) gesta V e VI - 1(0,5%) gesta VII. Estudos mostram que o número de gestação vivenciada pela mulher é apresentando hoje como um fator de risco predisponente para o câncer do colo do útero.

Quanto a variável “Para” mulheres que já teriam sido mães verificamos que, I - 42 (21%), para II - 48 (24%), para III - 26 (13%), IV - 11 (5,5%), para V - 5 (2,5%), e para VI - 1 (0,5%).

São considerados fatores de risco de câncer do colo do útero a multiparidade, a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro) e a idade precoce na primeira relação sexual. Além desses fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais (BRASIL, 2002).

Quanto ao numero de abortos, observou-se que 102 (51%) da amostra apresentou aborto 0, 27 (13,5) aborto I, 4 (2%) aborto II, 1 (0,5%) aborto III, e 1 (0,5%) aborto IV.

No que se refere aos tipos de partos observamos que 65 (32,5%) da amostra não estavam gravidas, 82 (41%) tiveram parto normal e 71 (35,5%) parto normal.

Tabela 5 - Caracterização percentual da amostra em relação ao exame especular, Patos - PB, 2013.

Características	Especificações	F	%
Corrimento vaginal	Presente	164	82
	Ausente	36	18
Odor fétido	Sim	8	4
	Não	192	96

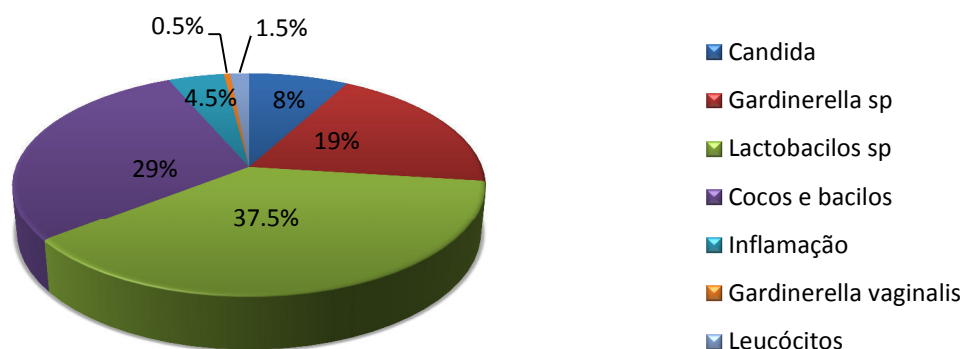
Coloração	Bolhosa	01	0.5
	Esbranquiçada	130	65
	Esverdeada	02	01
	Acinzentada	01	0.5
	Amarelo-acinzentado	28	14
	Outros	02	01
Quantidade	Pequena	62	31
	Média	92	46
	Grande	10	05
Prurido genital	Sim	49	24.5
	Não	151	75.5

Fonte: Dados da pesquisa 2013

Os resultados dos exames apontam que, 164 (82%) apresentaram corrimento vaginal, e 36 (18%) não apresentaram nenhum tipo de corrimento. Quanto a características do corrimento apenas 8 (4%) apresentaram odor fétido. Quanto a coloração 1 (0,5%) Bolhosa, 130 (65%) esbranquiçada, 2 (1%) esverdeada, 1(0,5%) acinzentada, 28(14%) Amarelo-acinzentado e 2 (1%) outros. No que diz respeito à quantidade de corrimento 62 (31%) apresentaram pequena, 92 (46%) média, e 10 (5%) grande. Sobre o prurido genital 49 (24,5%) disse ter, já 151 (75,5%) relatam não ter.

No câncer cervical avançado, a secreção vaginal aumenta gradualmente e torna-se aquosa e, por fim, escura e com odor fétido, devido a necrose e a infecção do tumor. O sangramento que ocorre a intervalos irregulares entre os períodos menstruais (metrorragia) ou depois da menopausa, pode ser discreto (apenas o suficiente para manchar as roupas íntimas) e aparece habitualmente depois de traumatismos leve ou pressão (p. ex., relação sexual, ducha ou esforço durante a defecação). À medida que a doença continua, o sangramento pode persistir e aumentar. Dor nas pernas, disúria, sangramento retal e edema dos membros sinalizam a presença de doença avançada (SMELTZER *et al.*, 2012).

Gráfico 03: Resultados percentuais dos diagnósticos encontrados, Patos - PB, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Observamos o diagnóstico nos resultados citopatológicos das mulheres que realizaram o exame na clínica escola verificamos que 16 (8%) apresentaram cândida, 38 (19%) gardinerella SP, 75 (37,5%) lactobacilos, 58 (29%) cocos e bacilos, 9 (4,5%) inflamação, 1 (0,5) gardinerella vaginalis, e 3 (1,5%) leucócitos. Observa-se um aumento no número de mulheres que apresentaram alterações da flora vaginal da mulher.

A Gardnerella Vaginalis é bastante comum entre as mulheres de acordo com Brasil (2012), trata-se de um desequilíbrio da flora vaginal normal que é provocada pelo aumento exagerado de bactérias, principalmente as anaeróbias (Gardnerella vaginalis, Bacteroides sp., Mobiluncu sp., micoplasmas, peptoestreptococos), associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos, que são os agentes predominantes na vagina normal.

Ainda segundo o autor supracitado, a principal característica da doença é um corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, com odor fétido, não se trata de infecção de transmissão sexual, porém pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, devido ao contato com o pH elevado do sêmen.

Ao caracterizar a vaginose bacteriana pela alteração na microflora da vagina, ocorre redução ou ausência de *Lactobacillus*, sendo esta a causa mais comum de

infecções vaginais em mulheres na idade reprodutiva e frequentemente associada a corrimentos vaginais, entre as vaginites que acometem o aparelho genital feminino, a candidíase vaginal é uma das afecções do trato genital inferior mais prevalente nas mulheres que vivem nos climas tropicais, sendo a segunda infecção vaginal mais frequente no Brasil (SANTOS *et al.*, 2006), (CAVALCANTE, MIRANDA E PORTUGAL, 2005).

Candida albiana (candidíase) é uma infecção causada por leveduras, é uma das causas mais frequentes de infecção genital, caracteriza-se por desconforto genital, prurido, edema de vulva e/ou vagina e secreção esbranquiçada e grumosa, que devido à intensidade da reação inflamatória provocada, pode estar acompanhados de ardência vulvovaginal, disúria terminal e mesmo dispareunia intensa que interfiram no coito (FREITAS, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer do colo do útero é um grave problema de saúde pública, verificando-se que sua incidência é crescente, sendo possível observar que apesar das campanhas do Ministério da Saúde sobre a conscientização para a prevenção da patologia e sendo possível averiguar os fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

Os resultados mostraram que a maioria das mulheres em nosso estudo são jovens sendo a faixa- etária de 18 a 29 anos a mais prevalente, a maior parte da amostra é composta por mulheres de raça/cor parda, casada, nível médio completo e trabalhadoras. Verificamos que as mulheres em nosso estudo apresentam pelo menos um fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Nota-se ainda que boa parte das mulheres realiza o exame citopatológico pelo menos um vez ao ano, tal aspecto é fundamental e importante no rastreamento do câncer do colo do útero.

Constatamos que o estudo atingiu os objetivos propostos, acreditamos que irá contribuir com novos conhecimentos sobre a temática, além de servir como

instrumento para o ensino e pesquisa, favorecendo por tanto ações de políticas públicas que visem a prevenção e diminuição dos fatores de risco que favorecem o aparecimento da neoplasia do colo do útero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**. Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, (INCA), 2011.

_____, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. **Ver. BrasCancerol** 2003; 49 (4): 205.

_____, Ministério da Saúde. **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. - Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

CAVALCANTE, V. L. N.; MIRANDA, A. T.; PORTUGAL, G. M. P. Rastreamento de Candidíase Vaginal durante a Prevenção do Câncer Cérvico-uterino. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 44-48, (2005).

FALCÃO, G. B. Situação da saúde reprodutiva de mulheres em idade fértil e seus determinantes em uma comunidade urbana de baixa renda do município de Fortaleza - CE. Dissertação de pós graduação em Saúde Pública.

FERNANDES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z. *Enfermagem e saúde da mulher*. Barueri, SP: **Manole**, 2007.

FERREIRA, A. S. S *et al.* Aspectos clínico-epidemiológico das pacientes portadoras de alterações colpocitológicas atendidas no hospital das UFJF. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 37, n. 4, p. 421-429, out./dez. 2011.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolau segundo a percepção de mulheres. *Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 378-384, abr./jun. 2009.

FREITAS, *et al.* *Rotinas em Obstetrícia*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GOMES, I. I. P. Percepção das usuárias da estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o exame citopatológico no município de Piancó - PB. **Artigo Científico.** Patos - PB. BC FIP. 2012.

JORGE, R. J. B. *et al* . Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, mai, 2011.

MENDONÇA, V. G. *et al*. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2008, vol.30, n.5.

OLIVEIRA, A. F. *et al*. Estudos sobre a adesão ao exame citopatológico de papanicolaou em um grupo de mulheres. **Rev. Pesq. Saúde**, vol.11 (1), jan/abr, 2010.

PRADO, P.R. *et al*.; Caracterização do perfil das mulheres com resultado citológico ASCUS/ASC, LSIL e HSIL segundo fatores sociodemográficos, epidemiológicos e reprodutivos em Rio Branco Acre, Brasil: Revista **Brasileira de Cancerologia** 2012, v. 58,n 3.

SANTOS, R. C. V., *et al* Prevalência de Vaginoses Bacterianas em pacientes ambulatoriais atendidas no Hospital Divina Providência, Porto Alegre, RS. **NewsLab: A revista do laboratório moderno**. São Paulo, ed. 75, p. 160-164, (2006)

SMELTZER, S. C. *et al*; Brunner&Suddarth: Tratado Médico de Enfermagem Médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2012.

THULE, L. C. S; BERGMANN, A.; CASADO, L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil,2000-2009: Estudo de Base Secundária, **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro; v. 58,n 3,p. 351-357, Junho 2012.

TORRES, G. H. F. Dificuldades enfrentadas por mulheres em realizar o exame papanicolaou. **Monografia.** Patos - PB. Biblioteca FIP. 2010.

VASCONCELOS, C.T.M. *et. al*. Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. **Revista Latino-Am. Enfermagem** 19 (1): [09 telas] jan-fev 2011.

Data do recebimento para publicação: 02.12.2013.

Data de aprovação do trabalho: 19.05.2014.

A EXTENSÃO ACADÊMICA COMO VIÉS DE AMPLIAÇÃO DO ENSINO APRENDIZADO EM ESTOMATERAPIA¹

THE ACADEMIC EXTENSION AS TEACHING MAGNIFICATION BIAS LEARNING STOMATHERAPY

João Batista dos Santos²

Diego Alves da Silva³

Priscylla Lycia Moura do Nascimento Nery⁴

Renata Lívia Silva Fonseca Moreira⁵

Yuri Charllub Pereira Bezerra⁶

RESUMO: Este artigo tem como objetivo destacar a importância da extensão universitária no campo da estomatoterapia, demonstrando a execução das práticas assistenciais operacionalizadas por discentes e docentes em uma clínica escola para tratamento de feridas. Trata-se de um estudo descritivo caracterizado por relato de experiência, resultado de um projeto de extensão de caráter socioeducativo e assistencialista realizado na cidade de Cajazeiras, Paraíba. Com base neste relato chega-se a conclusão que a prática exercida no projeto de extensão culmina diretamente na aquisição de conhecimentos e habilidades para o cuidado de pessoas portadoras de feridas, de maneira mais adequada, coesa e assistencialmente com promoção e reabilitação de saúde.

ABSTRACT: *This article aims to highlight the importance of university extension in the field of stomatherapy, demonstrating the implementation of care practices operationalized by students and teachers in a school clinic for treatment of wounds. This is a descriptive study characterized by experience report, the result of an extension project of social and educational character and welfare in the city of Cajazeiras, Paraíba. Based on this report reaches the conclusion that the practice carried on directly extension project culminates in the acquisition of knowledge and skills for the care of people with injured people, more appropriately, cohesive and with assistance with health promotion and rehabilitation in health.*

¹ Relato de Experiência sobre Projeto de Extensão, Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

² Acadêmicos de Enfermagem, Extensionistas, Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

³ Acadêmicos de Enfermagem, Extensionistas, Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

⁴ Acadêmicos de Enfermagem, Extensionistas, Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

⁵ Enfermeira, Professora, Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

⁶ Enfermeiro, Coordenador da Clínica de Feridas, Orientador, Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

INTRODUÇÃO

A extensão é um conjunto de ações processuais de caráter educativo, social, cultural, científico e tecnológico. É articulada indissociavelmente com o ensino e a pesquisa e tem por objetivo ampliar a relação entre a universidade e a sociedade. Já a estomaterapia é a área prática da enfermagem, voltada para o cuidado de estomias, feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, cateteres e incontinências anal e urinária (SOBEST, 2009). O compromisso social da universidade em promover ações integradas, voltadas para a garantia dos valores democráticos, da igualdade e do desenvolvimento social, é expressado através da bolsa de extensão (BORGES; OLIVEIRA; LIMA, 2004).

Os países da América Latina foram influenciados pela extensão dos Estados Unidos, implantando um modelo de Extensão Universitária Técnica associada a programas de desenvolvimento. Descobriu-se, então, que por meio da Extensão Universitária, há a possibilidade de transformações sociais, assim como de influência na vivência de uma pessoa. Como um bom exemplo, temos a prática da leitura (DIVINO, *et al.*, 2013).

Na enfermagem de forma geral e especialmente em estomaterapia, estas ações orientam-se na perspectiva de inserir um novo modelo de educação superior no país. Ferreira (2004), diz tratar-se de uma mudança na filosofia do significado e papel da educação na construção de uma sociedade, uma educação menos comprometida com a formação cidadã e mais voltada para o mercado. Assim, com esta reforma a educação fica mais voltada aos interesses do mercado e não efetiva-se como um direito social, ocorrendo uma inversão de valores na construção da cidadania.

A necessidade de implementar uma forma mais ampliada e coesa no atendimento a pacientes portadores de estomias, de forma paralela ao ensino e pesquisa em enfermagem deve vislumbrar a construção contínua do saber dos sujeitos envolvidos nesse processo, baseada nas melhores evidências, sem

desconsiderar as ações da prática assistencial e pedagógica. (SERVO; CORREIA, 2006).

Dias *et al.*, (2010), ressalta que os projetos de extensão são parte integrante das atividades de investigação e de ensino e que também criam espaço de intercâmbio acadêmico. Os autores destacam a necessidade e a importância da criação de ações cotidianas com o intuito de transformar as atividades de extensão em parte integrante das atividades de investigação e de ensino. É imprescindível superar a formação restrita a manuais, numa tentativa de propiciar espaços de intercâmbio acadêmico e prática sociais cada vez mais constantes.

O presente estudo tem como objetivo destacar a importância da extensão universitária no campo da estomaterapia, como ferramenta condicionante à ampliação do ensino aprendido na área. Para tanto, demonstrar-se-á a execução das práticas assistenciais do projeto de extensão intitulado “Atuação da Enfermagem no Tratamento de Feridas”, executado por acadêmicos e professores de uma instituição de ensino superior do Alto Sertão Paraibano.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, caracterizado por relato de experiência, resultado de um projeto de extensão, de caráter sócioeducacional e assistencialista, realizado na Clínica de Feridas, alocada ao departamento da Clínica Escola Integrada da Faculdade Santa Maria, da cidade de Cajazeiras, Paraíba.

A Clínica de Feridas em consonância com o Projeto de Extensão, existe desde o ano de 2009, atuando diretamente no tratamento de feridas, assistindo portadores de diversos tipos de úlceras agudas e crônicas, de forma gratuita, e fazendo uma referência e contra referência com a atenção básica do município.

Além do atendimento na cidade *lócu*, o projeto oferece cobertura também em cidades e estados circunvizinhos, sendo, a clínica, referência no tratamento de feridas no sertão paraibano, visto que utiliza-se coberturas biológicas necessárias para um bom êxito no tratamento e cicatrização das ulcerações.

A unidade é composta por recepção, local este onde é realizado o acolhimento e o preenchimento dos protocolos do atendimento, dois consultórios de enfermagem para a realização de curativos, um expurgo para execução de limpeza dos materiais utilizados e uma Central de Materiais Esterilizados (CME) para preparação e esterilização dos materiais.

Os acadêmicos são previamente submetidos a processo seletivo para consequente ingresso nos projeto, enquanto extensionistas da unidade. A equipe é supervisionada por professores enfermeiros e coordenadores do referido setor.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Por meio da operacionalização do projeto, pôde-se deflagrar um atendimento mais completo e específico para cada tipo de lesão assistida, o que comumente não ocorre na rede de Atenção Primária a Saúde ou mesmo em nível hospitalar, seja pela indisponibilidade de insumos, como as coberturas biológicas requeridas para o correto tratamento, ou pela indisponibilidade da equipe de enfermagem.

O perfil dos pacientes atendidos são, em sua maioria, pessoas com úlcera de etiologia venosa, lesões nos pés decorrentes das complicações do diabetes, úlcera arterial, úlceras traumáticas, comumente chamadas de cirúrgicas, pessoas vítimas de queimadura, lesões decorrentes da hanseníase, entre outras complicações que possam afetar a integridade da pele do ser humano.

Cada paciente é atendido dois dias por semana, onde se delibera um processo de trabalho esquematizado entre segundas e quartas, terças e quintas, o que não sobrecarrega os quadro de pacientes, nem tampouco o da equipe extesionista.

A assistência prestada atua diretamente na maximização do aprendizado dos acadêmicos, por permitir o contato com diferentes tipos de agravos lesionais, levando-os concomitantemente a exercer a capacidade de investigação, estudo, e consequente tomada de decisão em detrimento ao tratamento a ser adotado para cada paciente.

Tais decisões, sempre supervisionadas por um professor enfermeiro, vão desde a admissão do usuário, passando pelo tratamento, até os cuidados adjacentes a serem seguidos em nível domiciliar, durante o percurso terapêutico e pós-tratamento, necessários a fim de evitar a reversão do quadro.

Para Souza, *et al.*, (2008), garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde é fundamental. Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos, e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários é essencial.

Além dos segmentos prático-assistencialistas, os acadêmicos também se inteiram da rotina operacional de um ambiente para tratamento estomaterápico, com atividades em setores como Centrais de Materiais Esterilizáveis, e voltadas para promoção das práticas pedagógicas de educação em saúde para seus pacientes.

Os serviços de acolhimento, humanização, admissão, consulta de enfermagem, anamnese e encaminhamentos, evoluções de enfermagem e registro em sistemas também compõem o rol de procedimentos abordados pelo projeto de extensão.

Assim, o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2006a).

Neste âmbito, os profissionais que compõem as equipes de enfermagem, incluem em sua dinâmica de trabalho o acolhimento como ferramenta diária para modificações na sua própria relação de trabalho e na construção administrativa em que atuam, visando diminuição de filas e resolutividade para demanda espontânea na unidade de saúde. Um fato comum nas equipes são as discussões sobre questões como quem deve acolher? Qual é o horário (melhor horário) do acolhimento? Qual é o lugar? Tais perguntas mostram, muitas vezes, a dificuldade de compreensão, por parte dos trabalhadores, do que vem a ser o acolhimento (PEREIRA, 2006).

O trabalho em equipe, remetendo princípios como multiprofissionalidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade são exercidos principalmente com acadêmicos de áreas como a fisioterapia, mediante a existência também da necessidade de procedimentos fisioterápicos em estomaterapia e disponibilidade do serviço no departamento de Clínica Escola Integrada.

Segundo Ferreira Neto (2004), as novas dimensões de atuação profissional se constituem em uma mudança do trabalho isolado para o trabalho em equipe multidisciplinar e uma expansão de novos contextos de atuação, como a extensão universitária. Ressalta-se que o investimento na formação acadêmica do enfermeiro é de suma importância para uma boa qualificação profissional, uma vez que consideramos importante priorizar a problematização e construção do conhecimento a partir da troca com a interdisciplinaridade.

No primeiro atendimento, os pacientes são avaliados, seguindo o formulário do serviço, conforme os preceitos do exame clínico (anamnese e exame físico), para levantar a história da evolução da ferida e detectar os fatores sistêmicos e locais que interferem no processo de cicatrização e a maneira de cuidar da lesão. As lesões cutâneas deverão ser classificadas conforme a localização anatômica, etiologia e comprometimento tecidual.

Após a limpeza da ferida com solução fisiológica, em jato, as feridas são fotografadas no primeiro dia com identificação de sua localização e data. As condutas subsequentes e a escolha do tratamento adequado é fundamentada nas características da ferida e em eventuais, doenças de base. Determinadas orientações são fornecidas, como, ingestão de alimentos ricos em vitamina C, vitamina A, vitamina B, ferro e zinco respeitando as condições financeiras e o hábito alimentar do paciente.

Os retornos são agendados em conformidade com os dias de atendimento da unidade e conforme a necessidade de troca de curativo. A mensuração da ferida é realizada a cada quinze dias ou em período mais curto, se a redução for acentuada. O controle dos dados antropométricos e do nível pressórico é realizado mensalmente; o último dado, em caso de descompensação, semanalmente. As feridas são fotografadas mensalmente, com identificação da localização, do período de acompanhamento (tempo no serviço) e do tratamento realizado.

A cicatrização de feridas consiste em uma perfeita e coordenada cascata de eventos celulares e moleculares que interagem para que ocorra a repavimentação e a reconstituição do tecido. Tal evento é um processo dinâmico que envolve fenômenos bioquímicos e fisiológicos que se comportem de forma harmoniosa a fim de garantir a restauração. Devemos conhecer a fisiopatologia da cicatrização e saber quais são os fatores que podem acelerá-la ou retardá-la (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

CONCLUSÃO

Este relato de experiência vem reafirmar que a formação profissional em enfermagem depende também da qualidade e do sucesso que a extensão universitária promove aos discentes. Não é possível formar novos enfermeiros sem influencia dos principais pilares da formação universitária que são: ensino, pesquisa, assistência e extensão. A Faculdade Santa Maria através da Clínica de Feridas é a pioneira em realizar em nível de assistência e extensão, um atendimento integral e sistematizado em estomatoterapia, prestando um serviço de saúde com resolutividade através da articulação com outras áreas de ensino e segmentos de saúde, resultando em uma assistência ainda mais qualificada no tratamento de feridas onde os usuários, por sua vez recebem dela, impactos positivos de integração de saberes, promovendo em si um processo educativo no qual à medida que se ensina, se aprende.

A estomatoterapia como especialização exclusiva do enfermeiro busca desenvolver conhecimentos e habilidades para o cuidado de pessoas portadoras de feridas. Através da clínica de feridas e do seu projeto de extensão, é emanada uma nova modalidade de ensino-aprendizagem na prática de enfermagem, prática essa, que é integralizada junto à comunidade, realizando de maneira mais adequada uma assistência que visa a promoção e a reabilitação de saúde, reintegrando aquele paciente portador de ferida com seu pleno grau de integridade funcional à sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIVINO, A. E. A. A Extensão Universitária Quebrando Barreiras. Cadernos de Graduação, **Ciências Humanas e Sociais**. Aracaju, v.1., n.16., p.135-140, 2013.

SAMPAIO, O. B. **Contextualização Histórica da Extensão e Seus Reflexos na Sociedade Brasileira**. [Anais] Encontro de Extensão da Universidade Federal de Campina Grande. III. Campina Grande: UFCG, 2004.

FERREIRA, I. B. Implicações da reforma do ensino superior para a formação do assistente social: desafios para a ABEPSS. **Revista Temporalis**, Goiás, v.1, n.1, p.81-97, 2004.

BORGES E. L; OLIVEIRA, V. G; LIMA, V. L. A. N. **Projeto de Extensão Atendimento ao Portador de Ferida Crônica e o Papel do Bolsista**. [Anais]. 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

SOBEST. Associação Brasileira de Estomaterapia. **Assembléia Geral Ordinária**. [Anais], São Paulo: SOBEST, 2009.

SERVO, M. L. S.; CORREIA, V. S. C. Supervisão e a educação permanente da força de trabalho em enfermagem. **Diálogo & Ciência** - Revista Eletrônica da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Ano IV, n.8, jun. 2006

DIAS, M. T. F. *et al.* **Mediação, cidadania e emancipação social: a experiência da implantação do centro de mediação e cidadania da UFOP e outros ensaios**. Belo horizonte: Fórum, 2010.

FERREIRA NETO, J. L. **A formação do psicólogo: clinica, social e mercado**. São Paulo: Escuta, 2004.

Data do recebimento para publicação: 09.12.2013.

Data de aprovação do trabalho: 12.05.2014.

TRANSTORNO MENTAL: VIVÊNCIAS DE CUIDADORES NO ÂMBITO DOMICILIAR

MENTAL DISORDER: EXPERIENCES OF CAREGIVERS IN THE HOUSEHOLD CONTEXT

Adairis Fontes Balbino¹
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa²
Diego Thyciano Cezário dos Santos³
Francisca Emikaelle Leite Lopes⁴
Talina Carla da Silva⁵
Milena Nunes Alves de Sousa⁶

RESUMO: Introdução: é imprescindível identificar a compreensão das famílias a respeito da doença mental e das possíveis formas de seu tratamento, o que pode auxiliar na articulação do cuidado das equipes de saúde mental não apenas em direção ao usuário, mas também em direção aos seus familiares. **Objetivo:** identificar as vivências dos familiares no cuidado ao portador de transtorno mental. **Metodologia:** pesquisa do tipo exploratório com abordagem qualitativa. Para atender os objetivos da pesquisa, o estudo foi realizado com 20 familiares inseridos no CAPS I, da cidade de Lavras da Mangabeira-CE. A técnica utilizada para coleta de dados foi um questionário e a coleta de dados foi realizada no mês de maio. **Resultados:** referentes aos dados socioeconômicos houve entre os cuidadores uma participação equiparada nas faixas etárias dos 41-50 anos (32%) e entre 51-60 anos (32%), dados semelhantes foram apresentados em relação à escolaridade, pois o ensino médio e fundamental foi representado por 35% cada. Dos sujeitos, 55% referiram uma renda familiar entre um e dois salários mínimos. Entre os transtornos mentais mais acometidos, a depressão foi a mais citada com 40% dos pacientes, seguida de esquizofrenia (25%). Em relação aos dados referentes ao objeto do estudo, percebe-se que o cuidador detém de pouca informação, encontrando dificuldades em conceituar a doença. Contudo, ocorre certa compreensão por parte deles, demonstrando atenção, aceitação da doença, mesmo quando o portador do

¹ Enfermeira pela Faculdade Santa Maria.

² Enfermeira. Docente da faculdade Santa Maria. Mestre em enfermagem. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC – FMABC. Email: ankilmar@hotmail.com.

³ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria. E-mail: d-men100@hotmail.com

⁴ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria. E-mail: emikaellelopes@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente da Faculdade Santa Maria-PB.

⁶ Enfermeira. Docente Faculdade Santa Maria, Faculdades Integradas de Patos e Faculdade São Francisco da Paraíba. Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda em Administração pela UNINTER e Doutoranda em Promoção de Saúde pela UNIFRAN. E-mail: minualsa@hotmail.com.

transtorno está em crise. **Conclusão:** vê-se a necessidade de estudos aprofundados a fim de que se possa gerar uma discussão interdisciplinar, possibilitando contribuir para que os profissionais de saúde reflitam sobre suas intervenções não apenas ao doente mental, mas se entendendo aos seus familiares.

Palavras-chaves: Transtorno Mental. Cuidador. Vivências.

Abstract: Introduction: *It is essential to identify the understanding of families about mental illness and the possible forms of treatment, which can help in articulation of care of mental health teams not only concerning the user, but also to his family.* **Objective:** *To identify the experiences of family members in the care of patients with mental disorders.* **Methodology:** *an exploratory study with a qualitative approach. To support the research objectives, the study was conducted with 20 families entered in CAPS I, the Mangabeira city - CE. The technique used for data collection was a questionnaire and data collection was performed in May.* **Results:** *relating to socioeconomic data among caregivers was equated participation in the age groups of 41-50 years (32%) and between 51-60 years (32%), similar data were realized in relation to education, because the high school and elementary school was represented by 35 % each. The subjects, 55 % reported a family income between one and two minimum wages. Among the most affected mental disorders, depression was mentioned in 40 % of patients, followed by schizophrenia (25%). In relation of data to the object of study, one realizes that the caregiver has little information, finding it difficult to conceptualize disease. However, there some understanding come them, demonstrating attention, acceptance of the disease, even when the patient is in crisis.* **Conclusions:** *It is important see the need for detailed studies so that can generate an interdisciplinary discussion, contribute to enabling health professionals to reflect on their interventions not only to the mentally ill, but understanding their relatives.*

Key-words: *Mental Disorder. Caregiver. Life Experiences.*

INTRODUÇÃO

No Brasil, na área da saúde pública, está se buscando a implantação de modelos de atenção que atuem além da assistência médico-curativa, a qual está centrada num foco biológico. Isso parte da compreensão de que a saúde não se limita à ausência de doença. Nestes modelos, a promoção da saúde ganha destaque e as ações incidem sobre fatores socioeconômicos determinantes da doença, procurando-se levar em conta as condições e a qualidade de vida da população, bem como o entendimento de como diversos contextos podem interferir na saúde mental e determinarem ou não o desencadeamento de sofrimentos psíquicos (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Para Vechia; Martins (2009) na área da saúde mental, nas últimas décadas, a maior conquista se deu a partir da gradativa implementação dos serviços de saúde em regime semiaberto ou aberto, com base na reforma psiquiátrica, a qual se refletiu numa tentativa de rompimento com o modelo asilar (cujo fundamento é a exclusão social), para a criação de uma rede de serviços substitutivos que priorizem a desospitalização e a desinstitucionalização da assistência, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatórios, centros de convivência, oficinas de geração de renda, serviços residenciais terapêuticos, entre outros (BRASIL, 2004).

A partir dessa reformulação, os usuários dos serviços de saúde mental, antes confinados em hospitais psiquiátricos, agora podem contar com um tratamento mais humanizado, e a proposta fundamental é deixar o usuário em tratamento junto de seus familiares e da comunidade onde vivem. Estes, servindo como suporte fundamental para que o sujeito crie vínculos, produzindo novos modos de viver em sociedade revertendo o modelo manicomial.

A inclusão da família no tratamento à saúde mental começou a ser discutida no âmbito político e entre os profissionais de saúde da área a partir da década de 1960, em alguns países europeus, e no Brasil a partir de 1980 (GONÇALVES, 2001).

Desta forma, a importância da família para o tratamento é cada vez mais evidenciada, tornando-se imprescindível identificar a compreensão das famílias a respeito da doença mental e das possíveis formas de seu tratamento, o que pode auxiliar na articulação do cuidado das equipes de saúde mental não apenas em direção ao usuário, mas também em direção aos seus familiares (DEMENSTEIN *et al.*, 2010).

Os fatores motivadores referiram-se a percepção de lacunas em pesquisas, relacionadas à saúde mental, tanto pela escassez de profissionais enfermeiros interessados pelo tema, quanto a estudos alusivos, aos familiares dos portadores de patologias mentais, gerando assim curiosidades ao pesquisador de compreender melhor o cotidiano destes cuidadores, possibilitando a realização desta investigação em busca de soluções para os problemas que envolvem este diálogo (família *versus* ser cuidado) com a intenção de descobrir um novo conhecimento.

Estas são as razões que justificam a eleição desse tema como objeto desta pesquisa, buscando colaborar com a prática profissional no que tange a atuação na área de saúde mental, tanto em Lavras da Mangabeira - CE como em outros municípios. Assim sendo, de acordo com tudo que foi explanado sobre a saúde mental, buscou-se responder seguintes questões de pesquisa: 1) Quais as vivências dos familiares no cuidado ao portador de transtorno mental? 2) Quais os cuidados familiares delineados ao portador de transtorno mental? 3) Quais são os aspectos capazes de influenciar esse cuidar?

O objetivo geral procurou identificar as vivências dos familiares no cuidado ao portador de transtorno mental. Os específicos foram entender como as famílias compreendem a doença mental; averiguar o cuidado com o portador de transtorno mental dentro do seu ambiente familiar; verificar os aspectos capazes de influenciar o cuidado com o portador de transtorno mental em ambiente familiar; averiguar os impactos econômicos, sociais e psicológicos causados no cotidiano das famílias dos portadores de transtorno mental; identificar as estratégias utilizadas pela família ao enfrentamento do problema.

MÉTODO

A pesquisa foi do tipo exploratório com abordagem qualitativa. Realizada com familiares inseridos no CAPS I, da cidade de Lavras da Mangabeira - CE. A escolha do referido local deu-se pelo fato, de ser um ambiente de fácil acesso para a pesquisadora.

A população do estudo foi constituída de 20 familiares que cuidam de pacientes com transtornos mentais. Contudo, adotou-se uma amostra do tipo não probabilística por acessibilidade a qual, conforme Gil (2002), o pesquisador seleciona os elementos que tem acesso, permitindo que estes possam, de qualquer forma, representar o universo.

Os critérios de inclusão para participarem da amostra foram: 1) Ser cuidador responsável do paciente com algum tipo de transtorno mental atendido no CAPS I da cidade de Lavras da Mangabeira - CE; 2) Ser freqüentador assíduo das reuniões locais e 3) e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: O não preenchimento dos critérios supramencionados impossibilitou os familiares a participarem da amostra.

A técnica utilizada para coleta de dados foi um questionário estruturado, previamente elaborado com questões pertinentes aos objetivos da pesquisa. Teve início após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM) e posteriormente a autorização da Secretaria de Saúde do Município Lavras da Mangabeira - CE, por meio da Declaração da Instituição Co-Participante e foi analisado à luz da técnica de análise do discurso do sujeito coletivo.

ANÁLISE DOS DADOS

Conforme os dados coletados pode-se analisar que houve participação equiparada entre as faixas etárias dos 41-50 anos (32%) e entre 51-60 anos (32%).

No mais, 21% estão entre os 30-40 anos, 10% entre 61-70 anos e apenas 5% se encontrava acima dos 70 anos.

Dados semelhantes foram apresentados em relação à escolaridade, pois o ensino médio e fundamental foi representado por 35% cada. Dados igualitários também para a os sujeitos analfabetos e com ensino superior, apenas 15% cada da amostra. Quanto ao estado civil houve predominância dos casados (75%), e valores análogos para os solteiros e divorciados (10%) cada, restando apenas 4% para viúvo (a).

Em confronto ao estudo de Moraes (2008), onde reuniu uma amostra de 28 cuidadores, o grau de instrução variou de analfabetismo e ensino médio completo. Ele categorizou em relação ao sexo, no que diz respeito ao sexo feminino, o analfabetismo foi característico em 11% da amostra, o nível fundamental incompleto em 50%, o fundamental completo em 16,7% e 11% para o ensino médio incompleto e completo. Já no sexo masculino variou de analfabeto à fundamental completo, sendo 33% analfabetos, 55,6% com fundamental incompleto e 11% fundamental completo.

Detalhando mais sobre o grau de instrução e sexo, ambos podem ter influência direta sobre o ato de cuidar do paciente com transtorno mental, afinal o sexo feminino desde tempos imemoriais dedica-se ao cuidar de entes queridos. O grau de instrução, por sua vez, pode determinar o modo de cuidar, de ações mais do senso comum a práticas mais orientadas pelos profissionais de saúde.

Questionados sobre sua renda 11 (55%) sujeitos referiram a um ganho familiar entre um e dois salários mínimos, oito (40%) possuem uma renda superior a dois salários mínimos, e apenas um tem renda familiar inferior a um salário.

Quando indagados a respeito do número de pessoas com transtornos mentais na família, os resultados foram: apenas uma pessoa - 13 (65%) em cada família, duas pessoas em cada família - três (15%), e uma família (5%) possui mais de três pessoas com algum tipo de transtorno mental sob seus cuidados.

A renda é um fator relevante para melhores cuidados, pois quanto mais elevada maior disponibilidade para compra de medicamentos, alimentação, atividades de lazer.

Para conhecer melhor o portador de transtorno mental do estudo, foi solicitado ao cuidador que relatasse alguns dados sobre o perfil socioeconômico do portador. Nos dados colhidos em relação a idade, expuseram que a maioria dos

portadores, totalizando 40% se encontra na faixa etária de 51-60 anos, ocorreu dados iguais nas demais faixas etárias: 20-30; 31-40; 41-50 e acima de 60 anos, cada uma com 15%.

Quanto ao portador de transtorno mental ser aposentado, 12 (60%) deles recebem o benefício e oito (40%) não são aposentados, segundo relato dos cuidadores do presente estudo.

O pagamento de subsídios por deficiências pode representar um benefício enorme para pessoas com transtornos mentais e deve ser incentivado pela legislação. Onde se garantem pensões de deficiência para pessoas com transtornos mentais, nas quais devem ser pagas a uma taxa semelhante à de pensões concedidas a pessoas com deficiências físicas. A legislação da previdência social precisa ser flexível o bastante para permitir que as pessoas com transtornos mentais voltem ao emprego principalmente o emprego de meio período, sem perder os benefícios de sua pensão por deficiência (OMS, 2005).

Entre os transtornos mentais mais acometidos, a depressão foi a mais citada com 40% dos pacientes, seguida de esquizofrenia (25%), ansiedade (15%), transtorno bipolar (10%), e valores iguais para síndrome do pânico e compulsividade, com 5% cada.

Os transtornos de ansiedade (esta categoria, na CID-10 de acordo com a OMS), inclui uma série de transtornos diversos e atinge cerca de 25% da população no decorrer de suas vidas. Eles são os mais importantes, na prática psiquiátrica, pois possuem tratamentos eficazes, são o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), o pânico e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

A depressão e TAG possuem muitos sintomas em comuns: sintomas cognitivos, manifestação física, alterações do sono etc. Mas existe uma principal diferença entre as duas, a depressão possui um sintoma que é o rebaixamento do humor, o do TAG é a ansiedade. Contudo, a ansiedade pode ser acompanhada de alguma ansiedade, assim como acontece no TAG rebaixamento do humor, o que justifica em seus diagnósticos é a associação de qualquer outra patologia, se estes sintomas (rebaixamento do humor e TAG) forem desproporcionais ao esperado. (OMS, CID-10).

Ainda de acordo com o autor acima, em se tratando de síndrome do pânico a mesma atinge 1 a 2% da população ao longo da vida, e as mulheres são de dois a três vezes mais afetadas que os homens, e geralmente aparece no início da idade

adulta ou entre os 35 e 40 anos. Tal valor coincide com o presente estudo, onde a minoria, apenas um (5%) apresentou síndrome do pânico.

Dentre os questionamentos analisados quanto à vivência dos familiares foi-se inicialmente discutido sobre a conceituação acerca de transtorno mental na visão do cuidador, como mostra o Quadro 1.

Quadro 01: Conceito de transtorno mental na visão do cuidador.

IC 1	DSC
Sem Significado/pouca informação	<i>[...] não sei explicar [...] Problemas de Nervos [...] Nesse caso, ela fica triste e preocupada [...] é uma das coisa mais triste que pode acontecer com o ser humano [...] vida sofrida pra quem cuida e quem é doente [...] é uma tristeza grande [...]</i>
IC 2	DSC
Significado/informação	<i>[...] é uma patologia crônica e que deixa o paciente totalmente descontrolado psicologicamente [...]</i>

Fonte: Pesquisa Direta, Lavras da Mangabeira-Ce, 2012.

Nesta seção começa as revelações do cuidador sobre suas vivências com o portador de transtorno mental. Esta categoria evidencia o que eles entendem por transtorno mental. De acordo com as informações fornecidas, percebe-se que o cuidador detém de pouco informação, não se mostraram esclarecidos, encontrando dificuldades em conceituar a doença, associando apenas a sinais da doença e não a uma definição mais precisa, foi observada em apenas uma fala do sujeito da pesquisa uma definição mais clara acerca do que é o transtorno mental.

A OMS (2005) afirma que definir transtorno mental é bastante complexo, pois não se trata apenas de uma condição unitária, mas sim de um grupo de transtornos com pontos em comum. A definição de transtorno mental adotada por uma legislação nacional qualquer depende de inúmeros fatores, assim como de um contexto social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades.

Quadro 02: Compreendendo o portador de transtorno mental no domicílio.

IC 1	DSC 1
Aceitação	<i>[...] hoje já lidamos com mais aceitação, não é fácil [...] muitas vezes precisa de muita paciência, compreensão [...] ficamos aceitando as coisas que o meu filho doente faz [...]</i>
IC2	DSC 2
Paciência	<i>[...] com muita paciência e calma [...] muitas vezes precisa de muita paciência, compreensão [...]</i>
IC3	DSC 3
Não compreende muito	<i>[...] eu num compreendo muito não, tou tentando com ndo agora com ajuda da minha outra filha [...]</i>

Fonte: Pesquisa Direta, Lavras da Mangabeira-Ce, 2012.

Apesar de se verificar pouco entendimento em saber o que é o transtorno mental, percebeu-se através das falas dos cuidadores expostos, que ocorre certa compreensão por parte deles, demonstrando atenção, aceitação da doença, mesmo quando o portador do transtorno está em crise, o relacionamento se torna bastante razoável, demonstrando certa sensibilidade adquirida através das experiências vivenciadas junto com o portador de transtorno mental, poucos foram os relatos onde ocorreu falta de compreensão. Contudo, ficou visível que se deixa a vontade do doente prevalecer para evitar maiores aborrecimentos.

Ficou claro que a percepção do cuidador sobre o bem-estar dos indivíduos esta inteiramente vinculada à compreensão. No estudo de Rosa (2001) citado por Severo *et al.* (2007) a compreensão esta relacionada à aceitação da situação do transtorno mental apresentado, e que os cuidadores que melhor obtiveram resultados no consentimento do tratamento/cuidado foram aqueles que construíram uma relação de paciência, amor respeito com os portadores de transtorno mental.

Quadro 03: Ações para cuidar do portador de transtorno mental em seu ambiente familiar.

IC 1	
Medicação	<i>[...] fazemos com que o paciente tome os remédios nos horários [...] medico sempre na hora certa [...] alem de controlar bem a sua medicação, procuramos conversar bastante [...]</i>
IC 2	
Conversar/ouvir	<i>[...] procuro também conversar para entender que quando ele tá bom, ele é outra pessoa [...] conversar, procurar compreender [...] com muito cuidado conversar pra que ela não perceba que é diferente [...] tento ficar ouvindo quando ele ler a Bíblia, e também quando ele conta historias [...]</i>

Fonte: Pesquisa Direta, Lavras da Mangabeira-Ce, 2012.

Os cuidadores dos portadores de transtorno mental tem se mostrado, através de suas falas, bastante prestativos realizando atividades que proporcionam expectativas mais otimistas em seu ambiente familiar e as quais fazem sentirem-se melhores, estando mais abertos ao diálogo, preocupados com a medicação e evitando contrariá-los, fazendo de tudo para que não se sintam diferentes dos demais. Os auxiliam também em atividades diárias como: vestir, comer e na higienização.

De acordo com a OMS (2005) os papéis dos familiares ou outros atendentes de pessoas com transtornos mentais variam significativamente de país para país e de cultura para cultura. Entre essas incluem as de abrigá-las, vesti-las e alimentá-las, e assegurar que elas se lembrem de fazer seu tratamento. Eles também asseguram que essas pessoas se utilizem de programas de atenção e reabilitação.

Ainda, conforme a organização, os familiares e atendentes frequentemente amparam o impacto do comportamento da pessoa quando esta fica doente ou tem uma recaída e, normalmente, são tais sujeitos que fundamentalmente amam, cuidam e se preocupam com a pessoa com o transtorno mental.

Quadro 4: Aspectos positivos/negativos que influenciam no cuidado com o portador de transtorno mental

IC 1		
Pontos positivos	Não possuem	<i>[...] esse problema não tem nada de positivo [...] positivamente não tem nem uma influencia.</i>
	Tomar medicação	<i>[...] os aspectos positivos é o tratamento, quando toma os remédios [...] positiva: quando toma o medicamento pra não ficar em crise.</i>
IC 2		
Pontos negativos	Não tomar medicação	<i>[...] quando não toma o medicamento, entra em crise [...] quando tá em crise que não quer sair do quarto, fica triste demais e não quer tomar os remédios [...]</i>
	Preocupação	<i>[...] é porque a pessoa que cuida fica muito preocupado [...] eu acho ruim porque mim preocupo muito [...]</i>

Fonte: Pesquisa Direta, Lavras da Mangabeira-Ce, 2012.

No quadro 4 foi investigada a opinião dos cuidadores indagando sobre fatores positivos e negativos que influenciam no cuidado com o portador, e foram verbalizados alguns aspectos bastante contraditórios (principalmente quando a compreensão se mostrou tão presente), não sabendo eles informarem nenhum tipo de aspecto positivo, ou dizendo que de positivo não tinha nada ou não tinham influencia nenhuma, rara exceção como aceitar tomar a medicação seria visto como aspecto positivo. Já os aspectos negativos foram frequentemente associados quando o paciente está em crise, principalmente não tomando a medicação nesse período, assim como a preocupação que os cuidadores possuem ao lidar com o portador de transtorno mental.

Pôde-se também perceber no discurso dos cuidadores do presente trabalho a interação do tratamento com a medicação, confirmando assim alguns achados literários. A percepção dos cuidadores quanto ao tratamento dos seus doentes mentais é condizente com o que, de fato, mais acontece: tratamento sob a forma de

medicação para conter o comportamento e tornar o doente mais adaptado ao seu contexto social (GONÇALVES; SENA, 2001).

As contradições contidas nas falas dos cuidadores significam uma parcela de desinformação, não sendo citado nenhum tipo de atividade complementar, que pode vir ajudar e complementar o tratamento medicamentoso. Implicando assim, em uma mudança de postura dos profissionais de saúde, de autoridades e da própria sociedade, em um processo de revisão de medidas educativas e política pública.

Quadro 5: Dia a dia junto com o doente mental. Impactos econômicos, sociais e psicológicos.

IC 1	
Apoio do CAPS	<i>[...] temos o CAPS que tem nos ajudado em todos os ambitos [...] no final com a ajuda do povo do CAPS tudo dar certo [...]</i>
IC3	
Abalo psicológico	<i>[...] eu acho que o problema dos nervos que tive, já foi por causa do problema dele [...] é difícil a socialização e nos abala psicologicamente</i>
IC 4	
Não socializa	<i>[...] é difícil a socialização e nos abala psicologicamente, quando está em crise descontrola toda a família [...] não se socializa com as pessoas é preciso que haja um acompanhamento diário</i>

Fonte: Pesquisa Direta, Lavras da Mangabeira-Ce, 2012.

O quadro acima mostra depoimentos acerca de atividades realizadas diariamente junto ao portador de transtorno mental, que essas atividades estão associadas ao CAPS, encontrando nos centros subsídios para amenizar gastos financeiros, eficiência no tratamento, apoio dos profissionais, uma boa oferta de medicamentos, mas em contrapartida relatam também, a dificuldade de socialização do portador e um intenso desgaste psicológico do cuidador e toda família.

No estudo de Silva; Sadigursky (2008) os relatos denotam as queixas dos familiares sobre a falta de liberdade de ir e vir. Reflete também as implicações sobre o cuidar do doente mental no domicílio, onde destaca falas que demonstram o desgaste físico/psíquico de quem cuida. Nas manifestações socioeconômicas

destaca-se a falta de recursos financeiros que permitam aos familiares prestarem uma assistência adequada aos doentes mentais.

De acordo com Pereira; Pereira Jr (2003), a rotina dos membros da família é alterada devido a convivência com a pessoa com transtorno mental, em especial ao cuidador mais próximo, podendo trazer desesperança quanto à perspectiva de vida, como se não houvessem caminhos além de ser doente mental. Assim sendo, dependendo do modelo utilizado pelos profissionais de saúde e pela família, a maneira de lidar com questões advindas do convívio com a pessoa com transtorno mental contribuem para determinar as dinâmicas familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscou-se compreender sobre os diferentes métodos estabelecidos pelas famílias de acometidos por transtornos mentais acerca das suas vivências cotidianas com os sujeitos adoecidos mentalmente. A partir daí, foi possível explorar as ações utilizadas por esses atores e o modo que elas influenciam nos resultados do cuidado no âmbito domiciliar.

Foi possível discorrer sobre o conceito transtorno mental sob a óptica do cuidador. Munidos de tais informações, percebemos que os cuidadores domiciliares não se mostraram esclarecidos em relação ao tema proposto, de modo que as dúvidas estiveram evidentes, em praticamente todos os quesitos abordados. Da mesma forma encontraram dificuldades em conceituar a doença na sua totalidade.

No que se referente às atitudes frente ao cuidar do doente mental no domínio familiar, observou-se situações ambíguas, evidenciadas pelas suas respostas sobre as dificuldades inerentes ao cuidado, de maneira que expuseram o desejo de poder contribuir, de ajudar, de ficar perto e de vê-lo recuperado, em contrapartida, evidenciou-se que a sobrecarga, o cansaço psicológico, não permite que realize o trabalho de cuidador natural com satisfação, tornado assim a relação um tanto conflituosa. Esta afirmativa evidenciou-se em suas falas, nas controvérsias em explanar acerca do relacionamento afetivo, da convivência diária, sendo objetivado

pela dependência, pela improdutividade da maioria dos doentes, e pela atenção que deve ser empregada em tempo integral por parte dos seus cuidadores naturais.

Observou-se que levados pelo desgaste diário, eles precisam receber atenção psicológica para que a repressão dos conflitos possa ser amenizada, ensejando abertura para uma condição psíquica mais favorável.

No atual contexto da assistência psiquiátrica, que coloca a família num patamar privilegiado para a prática do cuidado, precisa ser inserida de forma efetiva nas discussões do novo paradigma de assistência em saúde mental, de modo que seja vista como uma facilitadora no processo de reinserção social do portador de transtorno mental. Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial emergente, ela deve ser encarada como foco de intervenção, para que seus anseios sejam acolhidos de modo satisfatório, desse modo, é importante que essas pessoas cuidadoras sejam ouvidas, para que seja analisada a sua realidade de forma subjetiva, que o seu sofrimento seja compreendido e que as famílias sejam acolhidas, orientadas e apoiadas integralmente.

Desta forma, vê-se a necessidade de estudos aprofundados a fim de que, se possa gerar uma discussão interdisciplinar, visando ampliar os resultados obtidos, de modo a comprovar se o instrumento proposto é de fato efetivo para a compreensão psicodinâmica do convívio familiar com autonomia em uma relação terapêutica.

Contudo, observou que todos os fatores sugerem para que haja uma importante mudança da relação do profissional de saúde mental com as famílias dos pacientes, sendo necessário investir na possibilidade de negociação, flexibilização e redistribuição dos papéis de cuidado do paciente mental crônico entre os demais familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AZEVEDO D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS II em Natal: a participação familiar enquanto estratégia. **Revista de Enfermagem UEPE on line**, v. 4, n. 4, p. 1815-22, Out/Dez. 2010. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1174/pdf_238> Acesso em: 06 set. 2011.

BARROS, S.; OLIVEIRA, A. A. D.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, v. 41, n. esp., p. 31-9, dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000000013&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2011.

_____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: DF, 09 de abril de 2001.

_____. Lei 10.708, de 31 de Julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: DF, 31 de julho de 2003.

_____. **Política Nacional de Saúde da Mental**. Brasília: 2004.

_____. **Temas de saúde mental**. Brasília: Imprensa Nacional, 1998.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no BRASIL**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CAMPOS, R. O.; BACCARI, I. P. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 91-6, abr. 2011.
CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. Entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 2, n. 5, p. 1053-62. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201100040004&lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2011.

COSTA, S. F. G. *et al.* **Metodologia da Pesquisa**: Coletânea de Termos. João Pessoa: Ideia, 2000.

DEMENSTEIN, M.; SALES, A. L.; GALVÃO, E.; SEVERO, A. K. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 41-9, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01037331201000040008&lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2011.

FOUCAULT, Michel. Trad. José Teixeira Coelho Netto. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, p. 21-6, 2002.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GONÇALVES, A. M., SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 26-31. Jan/fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2011.

HUMEREZ, D. C. Evolução histórica do conceito de loucura e de louco. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.3, p. 129-136, dez. 1990.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. e TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUSC, 2000.

MACEDO, C. F. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 391-5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400006&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 set. 2011.

MORAIS, C. A., (2008). **Saúde, Doença Mental e Serviços de Saúde na Visão de Adolescentes e seus Cuidadores**. Tese de Doutorado não – publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://www.msmdia.com/ceprua/dis_CamilaAMorais.pdf> Acesso em: 20/05/2012.

NASI, C.; STUMM, L. K.; HILDEBRANDT, L. M. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p.59-67, jan/abr. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Cuidar, sim – Excluir, não. 10º Revisão (CID-10), São Paulo, EDUSC/Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em:< http://www.who.int/topics/mental_health/en/> Acesso em: 15/05/2012.

PEREIRA, M. A. O., PEREIRA Jr., A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc Enferm USP** 2003;37(4):92-100. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11.pdf>>. Acesso em: 15/05/2012.

RIBEIRO, M. B. S.; MARTINS, S. T. F.; OLIVEIRA, L. R.. Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 30-5, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X20090002006&Lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2011.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 11-6, jan./fev. 2009.

SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 207-11, abr/jun.2006.

SEVERO, A. K. S., *et al.*, A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Arq. bras. Psicol.** V.59 n.2 Rio de Janeiro dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672007000200005&script=sci_arttext> Acesso em: 15/05/2012.

SOUSA, E. C. B. *et al.*, Percepção de alunos de graduação em enfermagem sobre o papel da família junto ao portador de transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista de Enfermagem UEPE on line**, v. 5, n. 7, p. 1644-50, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000013&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 set. 2011.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e Loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 5. ed. Petrópolis:Vozes, 1997.

VECHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 151-64, set/out. 2009.

Data do recebimento para publicação: 10.12.2013.

Data de aprovação do trabalho: 12.05.2014.

PESSOAS TRANS, SAÚDE E EDUCAÇÃO: UM MODELO HETEROSSEXISTA

TRANS HEALTH AND EDUCATION PEOPLE: A HETEROSEXIST MODEL

Lúcia Temóteo¹
Rosângela Pereira²
Priscila Belmond³
Talles Thiago da Silva Rocha⁴
Samara Pereira de Sousa⁵
Widmyllia Querino de Souza⁶

RESUMO: Este texto é uma reflexão sobre aspectos da saúde e da educação trans - travestis, transexuais, transformistas, gay, ou seja, pessoas que transcendem o gênero. O conteúdo aqui exposto faz parte de uma pesquisa mais ampla feita na cidade de Cajazeira, PB, intitulada O Perfil da População Trans que levantou dados relacionados à educação, a saúde, ao trabalho e a segurança, além dos aspectos socioeconômicos. A pesquisa foi realizada em 2013 e fez uso de um questionário com questões de múltipla escolha. A temática abordada remeteu o texto para questões como a normatização de corpos, implícitos em discursos, sejam eles científicos ou religiosos, mas todos refletindo a heterossexualidade como norma.

Unitermos: Sexualidade. Saúde. Educação.

ABSTRACT: *This text is a reflection about the aspects of transgender health and education –transvestites, transsexuals, drag queens, gay, ie, people who transcend the genre. The exposed content of this article is part of a broader research done in Cajazeiras, PB, whose title is ‘O Perfil da População Trans’ (The Profile of Transgender Population) that raised data related to education, health, work and security, besides the social and economic aspects. The research was realized in*

¹ Licenciada em Psicologia, Mestra em Educação. Professora da Faculdade Santa Maria - FSM, coordenadora da pesquisa O Perfil da População Trans de Cajazeiras - PPTC. Endereço: Rua Maria Auzenir Rodrigues, 196/302 – Bessa, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: luciatemoteo@gmail.com.

² Graduada em Matemática. Mestra em Matemática. Professora da FSM. Coordenadora da pesquisa PPTC.

³ Aluna de Serviço Social da FSM. Pesquisadora da pesquisa PPTC.

⁴ Aluno de Psicologia da FSM. Pesquisador da pesquisa PPTC.

⁵ Aluna de Psicologia da FSM. Pesquisadora da pesquisa PPTC.

⁶ Aluna de Psicologia da FFSM. Pesquisadora da Pesquisa PPTC.

2013 and used a questionnaire with multiple answer questions. The thematic of the text referred to issues such as standardization bodies, implied in speeches, whether scientific or religious, but all reflecting heterosexuality as the norm.

Keywords: *Sexuality. Health. Education.*

INTRODUÇÃO

A homossexualidade enquanto categoria de análise surgiu no final do século XIX e fez parte de um projeto que intencionava tirar as impurezas dos espaços urbanos. Conhecido como movimento higienista, tinha uma base médico-moral. Neste período, manifestações do humano foram estudadas, classificadas, normatizadas e naturalmente separadas por meio de juízo de valor. É evidente que a sexualidade assumiu uma posição central nessas novas concepções, pois é neste contexto que surgiu a sexologia, que se ocupou em classificar os comportamentos sexuais. Colocou-se como parâmetro a heterossexualidade, e qualquer outra variação da sexualidade passou a ser patológica. Além disso, ainda se admitia aos homens relacionamentos fora do casamento, e não as mulheres. A vivência da sexualidade feminina fora do casamento, e, assim, fugindo ao intuito da procriação, era considerada imoral. À mulher coube o leito reservado do lar, local de procriação, e não necessariamente espaço de prazer. De qualquer forma, seja o comportamento sexual da mulher ou o do homem, os novos discursos dos senhores da medicina os associava ao biológico, à genitália.

Foucault nos mostra, em seu estudo que culminou na publicação da *História da Sexualidade*, que “[...] no início do século XVII ainda vigorava uma certa franqueza. As práticas não procuravam o segredo; as palavras eram ditas sem reticências excessivas e, as coisas, sem demasiado disfarce; tinha-se com o ilícito uma tolerante familiaridade”. (FOUCAULT, 1988, p.9). A ciência ainda não havia evidenciado essa temática como objeto de estudo. A manifestação da sexualidade andava livre e corpos não necessitavam serem cobertos pudicamente, crianças não eram afastadas das conversas dos adultos que envolviam questões do amor/sensualidade, não existia uma separação brusca entre vida e sexo. Após isso, tem início um discurso que fabrica um conceito de sexualidade e esta, então, é trancafiada pela moralidade de tal forma que a sexualidade só pode ser pensada em corpos adultos e apenas será aceita dentro do contexto de uma família nuclear.

Fica, desta forma, relacionada ao que é casto e puro e, evidentemente, permitida porque associada à procriação. (FOUCAULT, 1988).

Em 1905, quando Freud, reconhecido como o pai da psicanálise, publicou os *Três Ensaios da Sexualidade*, e dedicando um deles a sexualidade infantil, foi recebido com escárnio pela sociedade vitoriana - uma sociedade hipócrita, puritana e moralista que não poderia aceitar a sexualidade na criança, já que insistia em manter que só existia sexualidade quando os corpos podiam ejacular ou ovular, ou seja, quando biologicamente preparados para gerarem novas vidas. Freud, antes disso, já havia encontrado resistência, principalmente no meio médico, ao relacionar a histeria à sexualidade, quando muitos acreditavam que ela estava circunscrita ao mundo feminino, sendo associada a alguma lesão corporal e até a jogos teatrais. Afirma o autor que o sintoma histérico não podia ser visto segundo a lógica anatômica, e sim com os olhos do emocional, considerando as histórias de vida de cada um, sendo o componente sexual fundamental para o entendimento e cura da enfermidade.

Desde o século XIX, ao feminino e ao masculino são atribuídos lugares biológicos, estando estes condicionados à genitália. É a presença do pênis e da vagina que define e diferencia o masculino e o feminino. Foucault relaciona o discurso da sexualidade a uma trama que envolve o saber e o poder, e, assim, denuncia o seu caráter perverso e poderoso na invasão de corpos, na subjugação de desejos e na proibição de prazeres.

Daí decorre também o fato de que o ponto importante será saber sob que formas, através de que canais, fluindo através de que discursos o poder consegue chegar às tênues e mais individuais das condutas. Que caminhos lhe permitem atingir as formas raras ou quase imperceptíveis do desejo, de que maneira o poder penetra e controla o prazer cotidiano. (FOUCAULT, 1988, p.18).

Instalada a relação direta entre gênero e genitália, outras vinculações se inscrevem engessando as relações interpessoais. Os comportamentos são definidos a partir do sexo: à menina coube às lágrimas, ao menino à dureza; à menina a submissão, ao menino a imposição. A vivência sexual permitida é a heterossexual. Qualquer atitude que se insurge contra essa gramática normativa que naturaliza as condutas recebem atributos de patológicos ou amorais, na melhor das hipóteses.

Hoje, no século XXI, os discursos permanecem os mesmos, ainda que se considere, em algumas em áreas de conhecimentos um certo avanço; ainda há uma concepção arcaica, fechada, religiosa, biologizante, seja no contexto da medicina, da psicologia, do jurídico, como na sociedade de forma generalizada. Nascer com a genitália masculina e se relacionar com homens, ainda causa espanto, principalmente em sociedades cobertas pelo véu das religiões fundamentalistas. Nascer com uma vagina e não se sentir mulher e procurar adequar o seu corpo à sua identidade, fazendo as cirurgias de retirada do seio, do útero e fazendo uso da hormonoterapia, parece, à luz da ciência, da religião e da sociedade, algo inconcebível. Ou outras manifestações como até mesmo nascer com um pênis e vestir-se de roupas socialmente definidas como femininas. Berenice Bento, em seu livro *O que é transexualidade* dá voz à Judith Butler, pensadora e feminista americana, quando afirma:

Transexualidade, travestilidade, transgênero são expressões identitárias que revelam divergências com as normas de gênero uma vez que estas são fundadas no dimorfismo, na heterossexualidade e nas idealizações. As normas de gênero definirão o considerado 'real', delimitando o campo no qual se pode conferir humanidade aos corpos (BENTO, 2008, p. 20).

No seio do discurso científico está uma ideologia de gênero que norteia e comanda a normatização dos corpos, dividindo-os em femininos e masculinos e, a estes, atribuindo-se atributos específicos. Essa concepção se estende para as diferentes manifestações da sexualidade. Médicos, psiquiatras e psicólogos, por exemplo, ao serem convocados para autorizarem a cirurgia de transgenitalização ao transexual é nessa lógica de atributos de gênero que eles irão se basear. O transexual que almeja receber uma vagina e se não dispõe dos atributos femininos, acaba fingindo tê-los para conquistar o aval dos profissionais que o acompanha. É este mesmo profissional que diagnosticará se aquela pessoa *sofre* de transexualismo, e sendo afirmativo, poderá indicá-la a cirurgia. Esse tipo de concepção revela que "certos tipos de 'identidade de gênero' parecerem ser meras falhas do desenvolvimento, ou impossibilidades lógicas, porque não se conformam às normas da inteligibilidade cultural vigente" (BUTLER, 2003, p.39).

Entretanto, a manifestação da sexualidade por seres que insistem em fazer valer a sua vontade, alheia às normas, desfila com seu jeito particular de ser, espantando uns e outros. A experiência sexual

[...] quebra a causalidade entre sexo/gênero/desejo e desnuda os limites de um sistema binário assentado no corpo-sexuado (corpo-homem e o corpo-mulher) [...]

Um homem de batom e silicone? Uma mulher que tira os seios e o útero? Mulheres biológicas que tomam hormônios para fazer a barba crescer e engrossar a voz? (BENTO, 2008, p. 21-22).

Berenice Bento prossegue em sua leitura.

Os olhares acostumados ao mundo dividido em vaginas-mulheres-feminino e pênis-homens-masculino ficam confusos, perdem-se diante de corpos que cruzam os limites fixos do masculino/feminino e ousam reivindicar uma identidade de gênero em oposição àquela informada pela genitália e ao fazê-lo podem ser capturados pelas normas de gênero mediante a medicalização e a patologização da experiência. (BENTO, 2008, p. 22).

E, desta forma, pessoas vestidas em corpos por elas produzidos, seguem sem se submeterem às normas e às imposições de uma visão castradora do desejo, mesmo tendo que enfrentar o olhar de reprovação do outro e a institucionalização da sexualidade.

METODOLOGIA

A pesquisa Perfil da População Trans, em que se insere este texto, foi desenvolvida na cidade de Cajazeiras, sertão da Paraíba, junto às pessoas nascidas com o sexo masculino que se autodenominam de gay, travesti, transexual, transformistas, ou seja, genericamente aquelas que transcendem o gênero. O projeto desse estudo foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa e os dados

coletados após sua aprovação. Os dados foram coletados durante os meses de agosto a outubro de 2013.

Como parte de um estudo preliminar à pesquisa, foram chamadas para uma reunião pessoas da cidade autodenominadas travestis e transexuais. Lá, tínhamos a intenção de informá-las da pesquisa, conhecê-las e pedir-lhes ajuda na confecção do instrumento de pesquisa. Ao todo, compareceram 13 pessoas, e a estas foi apresentado um questionário piloto. O grupo respondeu, criticou o instrumento, e, em seguida sugeriu a inserção de novos itens, como também a reformulação de outros. Já nesse encontro, percebeu-se a fragilidade das categorias travesti e transexual, visto que já neste encontro estavam presentes pessoas que usavam vestes e apetrechos femininos, seja de forma regular ou esporadicamente e nem por isso consideravam-se pertencentes a nenhuma das categorias eleitas no questionário. Decidiu-se, portanto, adotar a terminologia trans para designar, de forma genérica, aquelas pessoas que transitam entre os gêneros, ainda que não estivéssemos de todo satisfeitos com a solução encontrada e inserimos a categoria transformista, sugerida pelo grupo.

Após esta reunião reelaborou-se o questionário com 76 questões de múltipla escolha que foram alocadas por eixos temáticos: a) situação socioeconômica e social; b) saúde; c) educação; d) trabalho e d) segurança. Antes da aplicação do questionário definitivo, alguns pesquisadores do projeto saíram à noite pela cidade a fim de encontrarem com os possíveis colaboradores da pesquisa. Alguns pontos de encontro e/ou de programas foram visitados, momento em que se falou da pesquisa e verificou-se a possibilidade da colaboração deles. O grupo de pesquisadores foi muito bem recebido e as pessoas encontradas nesses espaços manifestaram orgulho por poderem colaborar e serem alvos de interesse de pesquisadores.

No momento da coleta de dados, entretanto, uma dificuldade surgida merece ser pontuada. Muitos eram menores e embora se dispusessem a responder ao questionário, não conseguiram que seus pais assinassem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, impedindo, assim, a sua colaboração.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Ao todo, 44 pessoas responderam ao questionário. Desse total, 61% responderam ser Gay, 25% assinalaram as opções travesti, transexual e transformista; 14% assinalaram Outros. Essa disposição denuncia a transitoriedade do gênero. 48% dizem adotar nomes femininos. Ao assinalarem a opção *outro*, ressalta a questão de que muitos não se enquadram em conceitos estabelecidos e mesmo aqueles que assinalaram gay não é garantia de que eles se autoneiem como tal, já que muitos não se enquadram no que é comumente definido como gay, principalmente no que diz respeito a escolha do parceiro do mesmo sexo. Este resultado só reforça o que se falou acima, ao serem apresentadas as categorias acima e mesmo contemplando aquelas sugeridas pelo grupo dos 13, muitos que responderam o questionário definitivo, não se reconheceram em nenhuma delas, o fato da maioria assinalar o item gay, certamente foi devido ao fato deste ser um conceito abrangente e que coube, embora não adequadamente, a realidade de cada um. E, além disso, não existe uma condição sexual estabelecida e fixa, são inúmeras as possibilidades de encontros, existem homossexualidades, travestilidades, transexualidades.

62% dos participantes da pesquisa se encontram na faixa etária de 18 e 30 anos, sendo que 48% têm entre 18 a 25 anos. 64% se declararam pardos ou negros. 68% dos entrevistados não recebem salário ou recebem menos do que o salário mínimo. 48% moram com pais e irmãos.

Percebe-se que a maioria das pessoas que participaram da pesquisa é de jovens adultos. Um percentual muito alto declarou não receber salário e um número considerável vive com os pais. Interferiu neste resultado o fato de que pessoas que responderam o questionário estarem em espaços públicos e nele assumindo a sua condição sexual. Certamente se a opção fosse buscar aquelas pessoas dentro de seus lares ou de seus trabalhos o nível socioeconômico seria mais elevado. Ao contrário, as pessoas aqui estavam em pontos de encontro no meio da rua ou em salões de beleza em sua maioria.

Saúde trans

Todos os entrevistados declaram ter uma boa saúde ou excelente. 25% tem falta de apetite, 34% dormem mal, 34% se sentem nervosos, tensos ou preocupados. Ao serem perguntados sobre a sua condição de saúde no mês que antecedeu a pesquisa, responderam: 27%, disseram que problemas emocionais ou físicos interferiram em sua vida social; 41% em sua vida laboral e 65% têm dores no corpo.

Embora respondam que gozam de saúde, boa parte dos que responderam o questionário tem algum tipo de incômodo físico ou anímico fazendo parte de sua vida, de tal forma atrapalhar o seu convívio social e suas relações de trabalho. Alguns afirmam apresentarem dores no estômago. Os incômodos na região do estômago se sabe que está associado ao estresse. Quase que a mesma porcentagem daqueles que dormem mal e se sentem nervosos, preocupados, estão os que foram violentados sexualmente na infância, já que 30% assim o declaram. Mesmo que não se possa garantir uma relação direta entre esses dados, não se pode fugir a realidade de que uma experiência de agressão, sobretudo de natureza sexual, na infância, deixa marcas indelévels para a vítima. As pessoas de nossa pesquisa, assim como a maioria do seu meio social que foi violentada, certamente nunca se beneficiaram de serviços da psicologia. Muitos sequer revelaram para aos pais ou professora, até porque a possibilidade da violência ter ocorrido no âmbito familiar é muito grande, sendo comum a vítima da violência preferir o silêncio por medo da incompreensão dos pais ou por sentirem-se culpadas. Acontece também que mesmo a criança dando sinais ou até mesmo relatando o ocorrido para um membro da família não seracreditada, tudo em nome de manter uma dinâmica familiar inalterada.

[...] a falta de evidências médicas e de elementos para comprovar o abuso sexual infantil, a necessidade de acusação

verbal por parte da criança, a falta de credibilidade ao menor, as consequências da revelação, ameaças físicas e psicológicas, distorção da realidade, medo de punição pela ação que participou, a culpa da criança, a negação e a dissociação. (FURNISS, 1993, p. 29)

E mesmo não se tratando daqueles que não sofreram violência, seja sexual ou física, na infância, elas vivem o estresse causado pela incompreensão da sua sexualidade por parte da família e da sociedade (muitos vivem exilados de sua própria casa por não serem aceitos pelos pais e irmãos). A pesquisa mostra que é o pai o membro da família que mais apresentou dificuldade na aceitação do filho, o que é curioso e, ao mesmo tempo, perverso visto que este mesmo pai, em sua boa parte, foi o algoz do filho.

32% dos que responderam a pesquisa em Cajazeiras, não usam preservativo em nenhuma das vezes ou faz uso esporádico em suas relações sexuais. É provável que esse número ainda seja maior, se considerarmos que os dados recentes de uma pesquisa realizada pela Secretaria de Saúde de São Paulo, reflete a tendência nacional. Os dados foram coletados durante a Parada do Orgulho LGBT em 2013, na capital paulista, e teve o seguinte resultado: cerca de 42% dos jovens homossexuais do sexo masculino nem sempre usam preservativos em suas relações sexuais. Esses resultados foram estampados em vários setores da mídia.

20% fazem programa de prostituição. Ao cruzarmos os dados com a porcentagem total dos que não usam o preservativo todas as vezes, chama-se a atenção para o fato de que mesmo aqueles que vivem profissionalmente da prostituição ou a vivem de forma esporádica, muitos não usam o preservativo e alegam que há parceiros que se recusam ao uso do preservativo e tem aqueles que oferecem um maior pagamento pelo programa.

Dedicando-se especificamente a pensar na prática do sexo profissional e independente de serem atraídos por ganhar mais dinheiro pelo programa cabe aqui um questionamento: o que leva essas pessoas a se entregarem a situações de extremo risco de adquirirem uma doença sexualmente transmissível e que pode leva-las à óbito? Superficialmente, poderia se colocar a questão apenas ao nível do

social para entender que elas são vítimas de um sistema social e econômico que as levam a arriscar a vida em prol de sua sobrevivência. Esse é um lado da questão, mas não responde tudo e aqui podemos incluir aquelas, mesmo não fazendo programas, se entregam a situações de risco. Se focado numa visão psicanalítica, uma análise possível seria que estas pessoas se entregam a autodestruição, talvez por viverem um processo de autopunição, jogando em seu corpo um grito implosivo, talvez uma raiva por ter vivido situações que ela não teve condições de absorver ou elaborar. Pode ser uma forma de agredir aquele (seja uma pessoa específica ou a sociedade) que as agrediram, as abandonaram ou não as compreenderam, considerando aqui, evidentemente, a agressão também psicológica e o abandono não necessariamente físico ou material, mas o abandono emocional. Para entender o que de fato aconteceu com essas pessoas, teria que se buscar suas histórias de vida e reconhecer os fios de uma trama complexa, vivida individualmente, em seu processo de subjetivação.

Educação trans

No que diz respeito aos resultados das questões relacionadas à educação, os dados mostram que 34% dos entrevistados têm ensino médio completo, 18% ensino médio incompleto, 20% o fundamental incompleto, 14% revelaram que tem o fundamental completo, 11% superior incompleto, 2% são especialistas.

Quanto à escolaridade dos pais, 34% nunca foram à escola, 46% têm 4º ano do ensino fundamental, 16% têm ensino médio. E das mães, 29% nunca foram à escola, 41% têm até 4º ano do ensino fundamental, 23% têm o ensino médio. Ao cruzar os dados de escolaridade dos filhos com os dados dos pais percebe-se que os filhos avançaram significativamente na escolaridade em relação a escolaridade dos pais. Entretanto, o avanço está longe de ser satisfatório e ainda mais se comparado aos outros segmentos da sociedade. Percebe-se que a maioria sequer concluiu o ensino médio. Sabe-se que o acesso ao ensino superior está mais facilitado por conta da interiorização da educação e dos sistemas de bolsas ou

financiamentos por parte do Estado e, mesmo assim, um percentual bastante pequeno do público pesquisado, 11%, estão cursando o nível superior e uma parcela menor ainda já conclui a graduação.

Dos participantes, 52% pararam de estudar e alegam motivos diversos. Não seria nenhum despropósito, pelo menos neste caso, fazer uma relação direta com os dados de desistência e ao assédio, já que 55% revelaram que sofreram assédio na escola por conta da sua sexualidade. Os autores do assédio foram colegas, professores e funcionários. É como se o fato das pessoas demonstrarem uma sexualidade que foge aos padrões sociais autorizasse o outro a assediá-lo.

Essa realidade projeta a escola como espaço de desqualificação e de extrema violência dirigida a meninos e meninas, simplesmente por serem uns mais delicados e outros mais afoitos. Jovens e adultos LGBT vivem processos de autculpabilização, negando a si mesmos por conta da violência homofóbica recebida, sem receberem apoio da família, profissionais escolares e da sociedade. (JUNQUEIRA, 2009, p. 15). E mesmo com o esforço das escolas implantarem em seu interior a discussão da sexualidade, esta discussão segue atrelada ao biológico, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e ao binarismo, masculino-feminino. O que hoje se vê instalado em nossa educação teve início no século XVIII e, aqui, vale a pena retornar a Foucault:

A partir do século XVIII, o sexo das crianças e dos adolescentes passou a ser um importante foco em torno do qual se dispuseram inúmeros dispositivos institucionais e estratégias discursivas. É possível que se tenha escamoteado, aos próprios adultos e crianças, umacerta maneira de falar de sexo, desqualificada como sendo direta, crua, grosseira. Mas isso não se passou da contrapartida e, talvez da condição para funcionarem outros discursos, múltiplos, entrecruzados, sutilmente hierarquizados e todos estritamente articulados em torno de um feixe de poder. (FOUCAULT, 1988, p. 36).

Em se tratando de educação, a pretensa neutralidade científica não existe de fato, já que os discursos estão recheados por uma perspectiva heterossexista, masculina, e, em nosso caso específico, cristã e branca. E de outra forma não será possível, a não ser focar nas diferenças na educação questionando as imposições desse tipo de educação inclusive no material didático. (MISKOLCI, 2012, p. 44).

De que forma as pessoas trans podem se sentir reconhecidas em um espaço cujo material didático não as inclui? Os livros didáticos, em sua grande parte, ainda apresentam a família nuclear heterossexual, como o padrão de normalidade. “A recusa violenta de formas de expressão de gênero ou sexualidade em desacordo com o padrão é antecipada e até apoiada por um processo educativo heterossexista, ou seja, por um currículo oculto comprometido com a imposição da heterossexualidade compulsória.” (MISKOLCI, 2012, p.34) O aprendizado que não envolve o reconhecimento das diferenças está fadado a manter e incentivar à violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo, a intenção dos autores foi oferecer um questionamento acerca de aspectos relacionados à saúde e educação da população trans. Ressaltar os limites que são colocados a esta população numa sociedade engessada por um discurso que contempla uma visão unilateral e sexista da vivência humana.

Mesmo já tendo sido criada algumas políticas públicas contemplando a população LGBTTT, é visível o despreparo da equipe de saúde para o atendimento a este público. Não basta a equipe de saúde ter conhecimento dos aspectos biológicos e clínicos específicos para os trans ou LGBTTT. É um outro tipo de conhecimento que não depende da técnica, mas da compreensão da subjetividade da pessoa atendida, significa enxergar para além do seu narcisismo para entender que o outro tem anseios, vontade e desejos próprios e não impor a sua concepção de mundo, especialmente religiosa e, mesmo nos programas de políticas públicas, faz parte de seu discurso uma concepção heterossexista e carregada do biopoder.

O estudo ressalta a importância do profissional da educação estar preparado para saber lidar com essa questão tão complexa e atual, e, desta maneira, buscar inserir as pessoas trans dentro do contexto escolar, respeitando as divergências da orientação sexual. Para isso, é fundamental que haja um programa educacional mais amplo e que o assunto diversidade sexual faça parte do conteúdo didático.

O papel da escola ao trabalhar temas transversais é facilitar, fomentar e integrar as ações de modo contextualizado, através da interdisciplinaridade e transversalidade, buscando não fragmentar em blocos rígidos os conhecimentos, para que a Educação realmente constitua o meio de transformação social.

Os temas transversais são constituídos pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's) e compreendem seis áreas sendo uma delas Orientação Sexual (Corpo: Matriz da sexualidade, relações de gênero, prevenções das doenças Sexualmente Transmissíveis). Contudo, percebe-se que a escola ainda não está trabalhando este tema de uma forma que expresse conceitos e valores básicos à democracia e à cidadania abordando questões importantes e urgentes para a sociedade. Em se tratando especificamente da temática sexualidade, aparece a discussão, em sua grandeparte, vinculada à ótica biológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BUTLER, Judith Problemas de Gênero. **Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: - A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Grall, 1988.

FREUD, S. (1901-1905) **Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade**. Obras completas, ESB, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FURNISS, Tilman. **Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar**. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1993.

JUNQUEIRA, R. D. Homofobia nas escolas: um problema de todos. **Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Ministério da Educação. Brasília, 2009.

MISKOLCI, Richard. **Teoria Queer: um aprendizado pelas diferenças**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIVINO, A. E. A. A Extensão Universitária Quebrando Barreiras. Cadernos de Graduação, **Ciências Humanas e Sociais**. Aracaju, v.1., n.16., p.135-140, 2013.

SAMPAIO, O. B. **Contextualização Histórica da Extensão e Seus Reflexos na Sociedade Brasileira**. [Anais] Encontro de Extensão da Universidade Federal de Campina Grande. III. Campina Grande: UFCG, 2004.

FERREIRA, I. B. Implicações da reforma do ensino superior para a formação do assistente social: desafios para a ABEPSS. **Revista Temporalis**, Goiás, v.1, n.1, p.81-97, 2004.

BORGES E. L; OLIVEIRA, V. G; LIMA, V. L. A. N. **Projeto de Extensão Atendimento ao Portador de Ferida Crônica e o Papel do Bolsista**. [Anais]. 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

SOBEST. Associação Brasileira de Estomaterapia. **Assembléia Geral Ordinária**. [Anais], São Paulo: SOBEST, 2009.

SERVO, M. L. S.; CORREIA, V. S. C. Supervisão e a educação permanente da força de trabalho em enfermagem. **Diálogo & Ciência** - Revista Eletrônica da Faculdade de Tecnologia e Ciências. Ano IV, n.8, jun. 2006

DIAS, M. T. F. *et al.* **Mediação, cidadania e emancipação social: a experiência da implantação do centro de mediação e cidadania da UFOP e outros ensaios**. Belo horizonte: Fórum, 2010.

FERREIRA NETO, J. L. **A formação do psicólogo: clinica, social e mercado**. São Paulo: Escuta, 2004.

Data do recebimento para publicação: 18.11.2013.

Data de aprovação do trabalho: 25.04.2014.

QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS JOVENS HIPERTENSOS

QUALITY OF LIFE IN YOUNG ADULTS HYPERTENSIVE

Samara Alencar Diniz¹
Ubiraídys de Andrade Isidório²
Marta Lígia Vieira Melo³
Sheylla Nadjane Batista Lacerda⁴
Milena Nunes Alves de Sousa⁵
Elisangela Vilar de Assis⁶

RESUMO: **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida em pessoas portadoras de Hipertensão Arterial. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa transversal e descritiva. A amostra foi constituída por 40 indivíduos, com idade igual ou superior a 20 anos cadastrados na Unidade de Saúde da Família, todos residentes na cidade de Bonito de Santa Fé- PB. Para coleta de dados utilizou-se um questionário, que se constituiu de um roteiro onde facilitou a caracterização dos principais dados dos pacientes, utilizando o formulário WHOQOL – bref para avaliação da qualidade de vida. **Resultados:** A qualidade de vida geral apresentou-se com uma média de 3,1 sendo considerado regular. Entre os domínios avaliados o que apresentou melhor resultado foi o das relações sociais. **Conclusões:** Esta investigação contribui positivamente para oferecer esclarecimento sobre a modificação de vida dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, identificando as possíveis mudanças de estilo de vida que possam comprometer as atividades diárias.

Palavras-chave: Hipertensão. Qualidade de vida. Adultos

¹ Fisioterapeuta. Graduada pela Faculdade Santa Maria. E-mail: samaradiniz_@hotmail.com.

² Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: ubiraidys_1@hotmail.com.

³ Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos. E-mail: martaligifisio@hotmail.com.

⁴ Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos. E-mail: martaligifisio@hotmail.com.

⁵ Turismóloga, Administradora e Enfermeira. Docente nas Faculdades Integradas de Patos e Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Promoção da Saúde, Universidade de Franca/UNIFRAN. E-mail: minualsa@hotmail.com.

⁶ Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina do ABC. E-mail: ely.vilar@hotmail.com.

ABSTRACT: **Objective:** Evaluate the quality of life on people suffering from Hypertension. **Materials and methods:** This was a quantitative, cross-sectional and descriptive research. The sample consisted of 40 individuals, aged over 20 years, registered at Unidade de Saúde da Família, all residents in Bonito de Santa Fe, PB. To collect data, it was used a questionnaire consisting of a script which facilitated the characterization of the patients' main data, using form WHOQOL -bref to evaluate quality of life. **Results:** The overall quality of life resulted in an average of 3.1, considered regular. Among the evaluated areas, social relations was the one that showed the best result. **Conclusions:** This research positively contributes to provide clarification on the amendment of life of patients with Systemic Hypertension, identifying possible changes in lifestyle that may impair daily activities.

Keywords: Hypertension. Quality of life. Adults.

INTRODUÇÃO

A saúde de um indivíduo pode ser alterada por seus maus hábitos de vida, onde seu organismo vai apresentar sinais fisiológicos alterados, como a pressão arterial (PA). A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica degenerativa que é caracterizada por a elevação da pressão arterial, representando um fator de risco para doenças cardiovasculares (CASTRO; MAURÍCIO, 2006).

Rosario et al. (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006) considera-se hipertensos todos os indivíduos cuja pressão arterial sistólica atinge valores superiores a 140 mmHg, e cuja pressão arterial diastólica seja maior que 90 mmHg, com ocorrências frequentes. E é considerada uma pessoa normotensa quando apresenta, PA normal inferior a 130/85 mmHg, e PA ótima com o valor de 120/80 mmHg.

De acordo com Moreira *et al.* (2011) está ocorrendo cada vez mais diagnósticos prematuros de hipertensão arterial devido a exposição a fatores de risco que começam na adolescência e se fixam na juventude. Fatores importantes nessa fase da vida, onde adultos jovens buscam precocemente a independência no campo profissional, bem estar e o consumismo que interfere na qualidade de vida, influenciando negativamente nos cuidados a saúde.

Sendo uma das principais causas de mortalidade a HA pode vir a desenvolver outras doenças cardiovasculares como, doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica e insuficiência cardíaca. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pode estar associada ao histórico familiar de doença ou a outros fatores de risco modificáveis como obesidade que tem como consequência o sobrepeso, tabagismo, sedentarismo e diabetes mellitus onde tais fatores influenciam de forma negativa na qualidade de vida. Sendo que estes conjuntos de agentes estão diretamente relacionados com a satisfação de seu bem estar, associada a sua vida ambiental, social e familiar (MEDEIROS *et al.*, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o termo qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(BRITO *et al.*, 2008).

Quando a qualidade de vida é modificada altera o estado físico, psicológico e funcional do paciente devido aos sintomas da doença e o tratamento que é de difícil adesão, sendo influenciados muitas vezes por condições socioeconômicas, ocorre uma modificação dos hábitos e costumes necessários que serão adaptados a sua convivência e que são decisivos nesse processo de mudança, pois será alterado seu modo de viver (SAMPAIO *et al.*, 2011; SILVA, 2010).

Portanto é fundamental para o indivíduo ter conhecimento da pressão arterial para detecção precoce da doença e sendo diagnosticado o paciente deverá adquirir um tratamento, pois quando tratada adequadamente reduz a morbidade e mortalidade cardiovascular (FAERSTEIN *et al.*, 2002; ALAVARCE *et al.*, 2000).

Como a hipertensão é uma doença crônica não transmissível que vem crescendo e comprometendo grande parte da população de todas as faixas etárias e, repercutindo na qualidade de vida dos seus portadores são necessários estudos que possam estimar esse comprometimento, para que desta forma ações educativas ou de promoção da saúde possam ser elaboradas e executadas, com o intuito de restaurar a qualidade de vida nessa população. Portanto o objetivo desta pesquisa é de avaliar a qualidade de vida de adultos jovens hipertensos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa transversal e descritiva. Foi realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na Rua: Projetada S/N - Bairro Jardim das Neves, na cidade de Bonito de Santa Fé - Paraíba.

Foram entrevistados 40 pessoas de ambos os gêneros, com idade igual ou maior a 20 anos que apresentaram diagnóstico de hipertensão arterial e que fossem cadastrados no programa de hipertensão da unidade, com capacidade de se

comunicarem normalmente. Foram excluídos pacientes idosos, gestantes, com doença mental ou que não possuíam habilidade para responder ao questionário.

Para coleta de dados foi aplicado o questionário, que se constitui de um roteiro onde facilita a caracterização dos principais dados dos pacientes, utilizando o WHOQOL - bref (World Health Organization Quality of Life- abreviado). Onde Britto *et al.* (2008) afirmam que para cada item o paciente escolhe apenas uma opção que identifica seu cotidiano.

O Whoqol-bref é constituído de 26 questões que identificam situações ocorridas em até aproximadamente as duas últimas semanas antecedentes a entrevista, sendo a mesma dividida em quatro designações: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente com uma escala de 1 a 5 a serem escolhidas (SANTOS *et al.*, 2009).

As duas primeiras questões do Whoqol-bref estão relacionadas a percepção do indivíduo com relação a sua própria qualidade de vida (Questão 1), e a sua percepção individual com relação a sua satisfação com a sua saúde (Questão 2). Todas estas questões são expostas em forma de uma escala Likert que se constitui de cinco pontos, que quanto mais próximo do número 1, é considerado uma pior qualidade de vida, e quanto mais próximo de 5, melhor a qualidade de vida. As respostas do questionário são constituídas das opções: nada satisfeito, muito pouco satisfeito, mais ou menos satisfeito, bastante satisfeito, até extremamente satisfeito. Para se obter o resultado no WHOQOL-Bref, separa-se as questões por domínio e calcula-se a média de todos os participantes, somando os escores das questões e dividindo por o número de participantes (ROBERTI *et al.*, 2010; OLMO *et al.*, 2012). Todos os dados foram calculados utilizando o Excel 2007 para Windows XP, os resultados foram expressos por meio de média e apresentados em forma de tabelas e gráficos.

Foram realizadas visitas na Unidade de Saúde da Família durante o período de abril a maio de 2013 em diferentes dias para a coleta de dados, junto aos indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante a realização da pesquisa seguiram-se os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/CNS. A coleta iniciou-se após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (nº protocolo 229.301).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença caracterizada por altos níveis de pressão arterial. Está associada a modificações estruturais e tem como consequências um alto risco cardiovascular que pode ou não ser fatal (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

De acordo com Nogueira *et al.* (2010), apenas a metade dos hipertensos são detectados e de todos estes somente a metade são tratados, e em poucos casos usam o tratamento corretamente. Devido nos últimos anos a hipertensão ter crescido imensamente o reconhecimento, a aceitação, o tratamento e controle ainda é limitado. Muitos hipertensos no mundo ainda desconhecem sua condição patológica, sendo que em muitos casos o tratamento ainda é frequentemente inadequado.

A HAS causa mudanças na qualidade de vida dos indivíduos, devido às dificuldades enfrentadas nas mudanças no cotidiano, os efeitos colaterais do uso contínuo de medicamentos e a adaptação a um novo estilo de vida causa dificuldades de aceitação, trazendo efeitos negativos à vida do portador (CARVALHO *et al.*, 2012).

Para Moreira *et al.* (2011) no Brasil principalmente os adultos jovens estão sujeitos a muitas patologias crônicas, pois estão sempre mais expostos a riscos devido alguns fatores como, fatores ambientais e sociais, dificuldades econômicas, assim desenvolvendo doenças cada vez mais jovens, trazendo frequentemente muitas complicações. Muitas das mortes de doenças coronarianas ocorrem em pessoas que estão incluídas nos grupos classificados de baixo risco para a doença cardiovascular.

Carvalho *et al.* (2013) observaram que muitas são as características que estão associadas ao paciente que pode intervir na sua qualidade de vida. Dai a

importância de sua avaliação para que possa identifica-la, pois é uma doença assintomática, implicando em muitas mudanças principalmente no tratamento que para alguns, o fato de ingerir medicamentos trazem efeitos que causam o abandono do tratamento.

Gusmão *et al.* (2009) concordam que, o que mais afeta a adesão ao uso da medicação está ligado ao difícil regime terapêutico, como o número de doses diariamente, o horário de tomar, a duração do tratamento associado a falhas anteriores, juntamente com a ausência de alívio dos sintomas influenciados ao tratamento medicamentoso, alterando assim o estilo de vida e seu grau de satisfação.

Uma possível explicação pode estar associada ao tipo de trabalho exercido por as pessoas de classes menos favorecidas, onde seu ambiente de trabalho exige um maior esforço físico gerando muitas consequências à saúde. Enfatizando que nas classes socioeconômicas mais baixas, em muitos casos a alimentação é inadequada, utilizando um maior o consumo de sal, contribuindo para o desenvolvimento da doença. A situação financeira também contribui na qualidade de vida diária alterando o estado físico e mental, uma vez que garante a facilidade ao tratamento e à compra de medicamentos (SALROLI *et al.*, 2007).

Carvalho *et al.* (2012) afirmam que portadores de hipertensão possuem um declínio significativo da qualidade de vida (QV) quando relacionados a pacientes normotensos. Avaliar a qualidade de vida é de grande importância, pois é utilizado como indicador das condições de vida e dos impactos que tal patologia pode vir a causar aos portadores.

A caracterização da amostra estudada resultou em um total de 40 participantes, desses 22 foi do sexo feminino e quanto à idade ficou em uma faixa etária de 20-50 anos.

Observou-se no presente estudo que a qualidade de vida geral e a satisfação com a saúde, que são abordadas nas questões 1 e 2, respectivamente, apresentaram uma média de 3,8 para a questão 1, apresentando um valor mais próximo de 4 relacionando-se a opção “boa” no questionário. (Tabela 1).

Tabela 01: Avaliação da qualidade de vida pelos domínios: Físico, Psicológico, Social e Meio ambiente.

DOMÍNIO	MÉDIA
Domínio físico	3,1
Domínio psicológico	3,1
Relações sociais	3,3
Meio ambiente	3,0
Média geral	3,3

Dos participantes da pesquisa 72,5% dos indivíduos avaliaram sua qualidade de vida como boa, porém 27,5% escolheram a resposta “nem ruim/nem boa” (Figura 1).

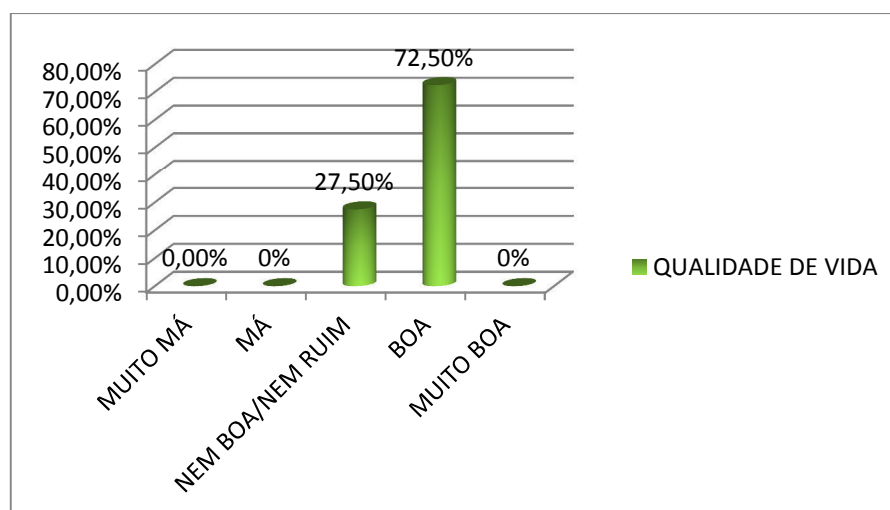


Figura 1: Distribuição dos participantes de acordo com percepção da qualidade de vida.

Já em relação a satisfação com a própria saúde, questão 2, observou-se os resultados onde 57,5% dos participantes estão satisfeitos com sua saúde e 30% optaram pela resposta nem satisfeito nem insatisfeito, enquanto 12,5% estavam insatisfeitos com relação a sua saúde, resultando em uma média de 3,4 que na classificação corresponde a opção qualidade de vida regular (Figura 2).

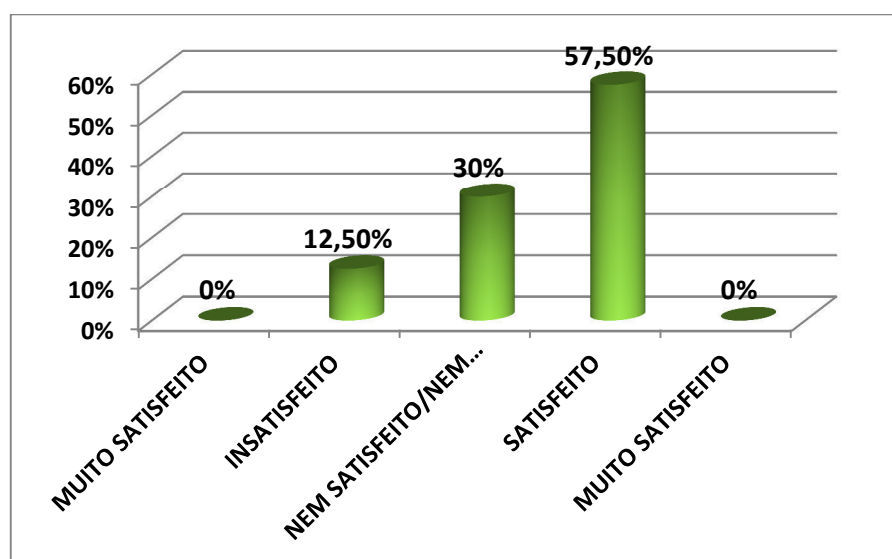


Figura 2: Distribuição dos participantes de acordo com a satisfação da saúde.

O questionário WHOQOL-bref é composto por quatro domínios: Físico, Psicológico, Social e Meio ambiente. As médias dos domínios estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 02: Avaliação da qualidade de vida pelas facetas dos domínios: Físico, Psicológico, Social e Meio ambiente.

DOMÍNIOS	QUESTÕES	FACETAS	MÉDIAS
Domínio 1 - físico	3	dor e desconforto	2,6
	4	energia e fadiga	2,4
	10	sono e repouso	3,4
	15	mobilidade	3,3
	16	atividade de vida cotidiana	3,3
	17	dependencia de medicação ou tratamentos	3,2
	18	capacidade de trabalho	3,3
	5	sentimentos positivos	4,0
Dominio 2 - psicológico	6	memória e concentração	3,8
	7	auto-estima	2,8
	11	imagem corporal e aparência	3,7
	19	sentimentos negativos	3,5
Domínio 3 - relações sociais	26	religião/crenças pessoais	1,2
	20	relações pessoais	3,7
	21	suporte social	3,9
	22	atividade sexual	2,2
	8	segurançafísica	3,7
Dominio 4 - meio ambiente	9	ambiente no lar	3,7
	12	recursos financeiros	2,5
	13	cuidados de saúde e social	2,9
	14	informações e habilidades	2,0
	23	recreação e lazer	3,8
	24	ambiente físico	3,6
	25	transporte	2,2

O domínio físico apresentou-se como uma média de 3,1, considerado um estado regular, comprovandoentão uma insatisfação dos participantes quanto a QV. Ao ser aplicado o questionário observou-se algumas questões das facetas (perguntas) que compõem este domínio a querepresentou o menor escore médio com 2,4 foi a questão 4 que diz respeito a energia e fadiga.

Considerou-se que em alguns casos ocorre uma ausência de energia para realização das atividades do cotidiano e limitação associada a um desconforto causado por dor ou privação de repouso, entretanto em sua grande maioria os indivíduos relatam independência física para realizar suas atividades habitualmente.

No estudo feito por Brito *et al.* (2008) ao se avaliar o “domínio físico”, onde é pesquisada as restrições que dificultam a execução das suas atividades diárias, independente da idade, e diagnóstico dos portadores, em muitos dos pacientes não foi detectada incapacidades físicas e estes conseguiam realizar e desenvolver sua atividades diárias normalmente.

Relacionado à vida emocional de acordo com o domínio “Psicológico” que foi investigado, obteve-se uma média de 3,1 sendo considerado regular, em poucos casos ocorreu alterações no comportamento e descontrole emocional no portador. Os sentimentos positivos e negativos formam uma ponte intermediária no aspecto saúde/doença indicando prejuízos em relação ao comportamento evidenciando um descontrole da pressão. A saúde mental de hipertensos jovens está em uma situação ausente de gravidade, pouco interferindo no bem estar psicológico. O maior escore desta faceta foi de 4,0 na questão 5 definida como sentimentos positivos.

De acordo com Teixeira *et al.* (2006) no “domínio psicológico”, o estado emocional evidencia que o portador pode desencadear comportamentos diferenciados como atitudes negativas, agressiva, reprimida ou de bloqueio em razão dos sintomas cardíacos, podendo causar ainda mais a elevação da pressão arterial. Sendo um portador que esteja sempre em constantes tensões elevando seu estado emocional vai dificultar cada vez mais o controle a hipertensão, prolongando assim o tratamento causado pelos desconfortos dos sintomas.

No domínio “relações sociais” apresentou-se com uma média de 3,3 neste aspecto sendo considerado regular a respeito dos relacionamentos no perfil dos pacientes, já que tiveram de mudar muitos hábitos para se adequar a patologia. A aceitação e apoio da sociedade tornou-se importante nesse aspecto, para melhorar o quadro da doença sendo incentivado pelas relações pessoais. Outro aspecto que se une a vida social do portador é relativo a atividade sexual que apresentou-se com um escore de 2,2 necessitando uma melhora nesse aspecto onde a grande maioria afirmou rara a prática sexual.

Carvalho *et al.* (2013) afirmam que nas relações sociais a influência da hipertensão arterial nesse aspecto deve estar associado com necessidade de alterar seu cotidiano e o seu estilo de vida, nas atividades rotineiras e até mesmo no lazer, comprometendo assim a qualidade de vida.

Em relação ao domínio “*meio ambiente*” que engloba a segurança no lar e os recursos financeiros disponíveis para manter um bom padrão de vida constatou-se escore de 3,0 influenciando de forma desfavorável na vida do indivíduo, visto que na faceta 12 rotulada de participação nas atividades de recreação com escore mínimo de 2,0, assim limitando-os de algumas oportunidades, como a participação em lazer e da aquisição de melhores oportunidades como transporte e medicação, onde tais itens também são inclusos e atuam como cuidados de saúde.

Segundo Carvalho *et al.* (2012) cidadãos com uma melhor renda apresentam melhor qualidade de vida pois os recursos financeiros interferem no aspecto do meio ambiente relacionado ao seu físico e mental, assegurando o indivíduo a disponibilidade e acessibilidade ao tratamento, proporcionando melhores oportunidades relativas a uma vida tranquila devido a uma maior aquisição de bens e associada a hábitos saudáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que durante muito tempo a Hipertensão Arterial era restrita apenas a idosos, mas atualmente essa doença acomete adultos cada vez mais jovens afetando a qualidade de vida dessas pessoas. Mediante estudo analisado pode-se perceber que a qualidade de vida em adultos jovens portadores de hipertensão arterial mudou o seu estilo de vida devido o cuidado e controle da hipertensão.

Percebe-se com a utilização do questionário que os aspectos físicos, psicológicos e sociais passam por mudanças podendo comprometer a satisfação do viver, revelando que a qualidade de vida nos hipertensos jovens pode apresentar um comprometimento regular, mas suficientemente capaz de causar mudanças no seu estilo de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAVARCE, C.D. *et al.* A pressão arterial está sendo medida? **Rev. Esc. Enf.USP.** v. 34, n. 1, p. 84-90, 2000.

BRAGA, B.E.; MORAES, C.L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 25, n. 1, p. 111-123, 2009.

BRITO, D.M.S. *et al.* Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública.** v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008.

CARVALHO, M.A.N. *et al.* Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos e Comparação entre dois Instrumentos de Medida de QVRS. **ArqBrasCardiol.**2012.

CARVALHO, M.V. *et al.* A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. **ArqBrasCardiol.** v. 100, n. 2, p. 164-174, 2013.

CASTRO, M.E.; ROLIM, M.O.; MAURICIO, T.F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enferm.** v. 18, n. 2, p. 184-9, 2005.

FAERSTEIN, E. *et al.* Aferição da pressão arterial: experiência de treinamento de pessoal e controle de qualidade no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública.** v. 22, n. 9, p. 1997-2002.

GUSMÃO, J.L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **RevBrasHipertens,** v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

MEDEIROS, C.C.M. *et al.* Prevalência dos fatores de risco para diabetes mellitus de servidores públicos. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 3, p. 559-69, 2012.

MOREIRA, O. C. *et al.* Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte.** v. 25, n. 3, p. 397-406, 2011.

NOGUEIRA, D. *et al.* Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** v. 27, n. 2, p. 103-109, 2010.

OLMO, N.R.S. *et al.* Percepção dos estudantes de medicina do primeiro e sexto anos quanto à qualidade de vida. **Diagn Tratamento**. v. 17, n. 4, p. 157-61, 2012.

ROBERTI, F.M.R. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em portadores de doença falciforme do Hospital das Clínicas de Goiás, Brasil. **Ver. Bras. HematolHemoter**. v. 32, n. 6, p. 449-454, 2010.

ROSARIO, T.M. *et al.* Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres - MT. **ArqBrasCardiol**. v. 93, n. 6, p. 672-78.

SALAROLI, L.B. Prevalência de Síndrome Metabólica em Estudo de Base Populacional, Vitória, ES – Brasil. **ArqBrasEndocrinolMetab**.v. 51, n. 7, p. 202-215, 2007.

SAMPAIO, O.N. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em hipertensos com uso do miniquestionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (Minichal). **Brasília Med**. v. 48, n. 2, p. 138-142, 2011.

SANTOS, A.J.M. *et al.* A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em Unidade Básica de Saúde. **Rev.Inst. Ciênc. Saúde**, v. 27, n. 4, p. 330-7, 2009.

SILVA, M.E.D.C. **Representações sociais da hipertensão arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde: Uma contribuição para enfermagem**. 2010. 153p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, 2010.

TEIXEIRA, E.R. *et al.* O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial. **Esc Anna Nery R Enferm**. v. 10, n. 3, p. 378-84, 2006.

V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. **Rev. da Sociedade Brasileira de Hipertensão**. v. 9, n. 4, 2006.

Data do recebimento para publicação: 13.01.2014.

Data de aprovação do trabalho: 30.06.2014.

INTERVENÇÕES FÍSICAS NA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PHYSICAL INTERVENTION IN DEEP VEIN THROMBOSIS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Ana Tereza Soares de Maria¹
Ubiraídys de Andrade Isidório²
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa³
Milena Nunes Alves de Sousa⁴
Kelly Patrícia Medeiros de Falcão⁵
Elisangela Vilar de Assis⁶

RESUMO: Objetivo: Identificar e descrever as intervenções físicas mais utilizadas no tratamento da TVP. Método: A pesquisa caracteriza-se como sendo de revisão integrativa da literatura, onde foram reunidos os estudos referentes às intervenções físicas no tratamento da TVP. Foram consultadas bases de dados como Medline, Scielo, Lilacs, PEDro. Os dados coletados referem-se aos anos de 2000 a 2013. Foi utilizada como estratégia de busca termos livres como trombose venosa profunda, fisioterapia, mobilização, deambulação, exercícios, compressão intermitente, utilizadas nos idiomas inglês e português. Resultados: Foram eleitos 10 artigos para serem revisados, estes divididos de acordo com os critérios de intervenção. Os métodos mecânicos encontrados nas pesquisas foram deambulação realizada livremente, compressão realizada através de ataduras inelásticas ou meias elásticas. Ocorreram menores descrições de exercícios aeróbicos, alongamento e fortalecimento. Conclusão: Nenhuma técnica se mostrou ineficaz ou danosa a saúde do paciente, cabendo a escolha certa para cada paciente de acordo com seus hábitos e a relação custo benefício.

¹ Fisioterapeuta. Graduada pela Faculdade Santa Maria em Cajazeiras-PB. E-mail: aninha_tereza@hotmail.com.

² Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: ubiraidys_1@hotmail.com.

³ Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. E-mail: ankilmar@hotmail.com.

⁴ Turismóloga, Administradora e Enfermeira. Docente nas Faculdades Integradas de Patos e Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Promoção da Saúde, Universidade de Franca/UNIFRAN. E-mail: minualsa@hotmail.com.

⁵ Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestre em Ciências da Saúde pela UFPE. E-mail: kypmedeiros@hotmail.com.

⁶ Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. E-mail: ely.vilar@hotmail.com.

Palavras-chave: TVP. Fisioterapia. Mobilização. Deambulação. Exercícios.

ABSTRACT: *Objective: Identify and describe the physical interventions most used in the treatment of DVT. Method: The research is characterized as an integrative literature review, which studies related to physical interventions in the treatment of DVT were gathered. Databases such as Medline, Scielo, Lilacs and PEDro were consulted. The collected data refer to the years from 2000 to 2013. It was used, as search strategy, free terms such as deep vein thrombosis, physiotherapy, mobilization, ambulation, exercises and intermittent compression, in English and Portuguese languages. Results: It was elected 10 articles for review, these divided according to the criteria of intervention. Mechanical methods found in searches conducted were ambulation freely performed, compression through inelastic bandages or elastic stockings. There were minor descriptions of aerobic exercise, stretching and strengthening. Conclusion: No technique proved ineffective or harmful to the patient, being up to each one to decide the right choice according to their habits and cost benefit.*

Keywords: DVT. Physiotherapy. Mobilization. Ambulation. Exercises.

INTRODUÇÃO

Desconhecida pela população, entretanto responsável por milhares de mortes todos os anos, a trombose venosa profunda (TVP) é uma doença complexa e silenciosa que atinge principalmente os membros inferiores, podendo trazer sérias complicações quando não tratada rápida e adequadamente (PENHA *et al.*, 2009; BARROS-SENA; GENESTRA, 2008). Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística relata que entre janeiro 2008 e agosto de 2010 os dados do Sistema Único de Saúde (SUS) mostraram que o número de internações no país por TVP foi de 85, 772 mil com uma taxa de mortalidade de 2,38% (IBOPE, 2010).

Silveira (2002), afirma que no desenvolvimento de um coágulo denominado trombo, localizado dentro de um vaso sanguíneo venoso com conseqüente reação inflamatória do vaso, os sintomas e sinais clássicos da TVP são dor a palpção muscular ou espontânea, empastamento da panturrilha, edema subcutâneo e muscular, distensão venosa superficial, hipertermia local e hiper coloração do membro afetado (PENHA *et al.*, 2009). O coágulo quando instalado pode gerar uma complicação conhecida como síndrome pós-trombótica (SPT) que consiste em danos as válvulas venosas, causando refluxo sanguíneo (RIZZATTIEG; FRANCO, 2001).

Piccinato (2008) e Paiva *et al.* (2010) asseguram que quando um coágulo de sangue ou parte dele se rompe pode ser conduzido para os pulmões, resultando em uma embolia pulmonar (EP) assim quando as três condições são reunidas (TVP, SPT, e EP) são conhecidas como tromboembolismo venoso (TEV). A TEV tem alta incidência de mortalidade e morbidade, onde seu tratamento ainda não está totalmente seguro, pois mesmo com cuidados clínicos ocorre um alto nível de mortalidade (SILVA, 2002).

Segundo Kisner (2009) o tratamento conservador da TVP baseia-se na imobilização absoluta fundamentada no princípio de que a mobilização prematura

provocaria o desalojamento do trombo para a circulação pulmonar originando o EP. Em controvérsia acredita-se que a imobilização possa aditar a formação de mais trombos no meio vascular, posto que um dos fatores etiológicos é a estase venosa (SILVA, 2002). Existem métodos físicos que são a deambulação precoce, elevação dos membros inferiores, exercícios ativos e passivos das pernas, compressão elástica através de meias e compressão pneumática externa intermitente (PENHA *et al.*, 2009; PICCINATO, 2008). No entanto, as dúvidas circundam sobre os profissionais fisioterapeutas em realizar ou não a mobilização no paciente. O objetivo desta pesquisa foi de reunir as intervenções físicas mais utilizadas no tratamento da TVP.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa caracteriza-se como sendo de revisão integrativa da literatura, onde foram reunidos os estudos referentes as intervenções físicas no tratamento da TVP. Foram consultadas bases de dados como Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Physiotherapy Evidence Database (PEDro).

A revisão integrativa da literatura deve seguir 6 etapas. A 1ª etapa é a identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, guiando a construção de uma revisão integrativa. A 2ª etapa é o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão. A 3ª etapa é a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, realizando uma leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas localizadas pela estratégia de busca. A 4ª etapa é a categorização dos estudos selecionados, que tem como objetivo resumir e documentar as informações extraídas dos artigos científicos. A 5ª etapa é a análise e interpretação dos resultados. A 6ª etapa é a apresentação da síntese do conhecimento contempla a descrição de todas as fases percorridas pelo pesquisador apresentando os principais resultados obtidos.

Os dados coletados referem-se aos anos de 2000 a 2013. Foi utilizada como estratégia de busca termos livres como trombose venosa profunda, fisioterapia, mobilização, deambulação, exercícios, compressão intermitente, utilizadas nos idiomas inglês e português.

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos de intervenção, quase experimental e estudos de casos. Foram excluídos artigos de revisão, resumos, teses e dissertações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando a estratégia de busca predeterminada, 242 títulos foram encontrados e escolhidos através dos títulos e resumos, restando 112 pesquisas, sendo analisadas através de manuscritos atingiu o número de 37 estudos eleitos, sendo apta a inclusão apenas 10 artigos, dentre estes oito eram randomizados e dois observacionais. Os estudos foram avaliados e resumidamente descritos em forma de tabela (Tabela 1).

Tabela 1: Atribuições dos estudos quanto ao número de pacientes, tipo de intervenção e resultados obtidos.

AUTOR, ANO	PACIENTES	INTERVENÇÃO/ EXPOSIÇÃO	RESULTADOS
ASCHWAND EN <i>et al.</i> , 2001	129 pacientes com TVP proximal aguda Mulheres: 44% Idade média: 65 anos	Deambulação supervisionada ≥ 4 horas/ dia para os primeiros 4 dias + terapia de compressão (n=69) <i>versus</i> Repouso para os primeiros 4 dias sem terapia de compressão (n = 60)	Cintilografia pulmonar do 4º dia revelou EP: Deambulantes: 10/69 (14%) Repouso: 6/60 (10%) Circunferência e, dor nas pernas: Ambos os grupos melhoraram ao mesmo grau. Não ocorreram óbitos. Aos 3 meses TEV recorrente:

JÜNGER al, 2006	<p>et 103 pacientes com TVP proximal aguda (1 acompanhamento perdido)</p> <p>Mulheres: 44%</p> <p>Média de idade: 60 anos</p> <p>EP assintomática eram 49% no início do estudo.</p>	<p>Mobilizados: Livre circulação na enfermaria por 5 dias (n = 52)</p> <p><i>versus</i></p> <p>Imobilizados: Repouso absoluto por 5 dias (n = 50)</p> <p>Todos os pacientes receberam curativos compressivos de pouca elasticidade da perna até a virilha</p>	<p>Deambulantes: 2 (3%) / Repouso: 1 (2%)</p> <p>Óbitos:</p> <p>Deambulantes: 3 (4%) / Repouso: 2 (3%)</p> <p>Progressão ou complicação da doença:</p> <p>Mobilizados: 7/52 (13,5%)</p> <p>Imobilizados: 4/50 (28,0%)</p> <p>EP sintomáticas:</p> <p>Mobilizados: 1/52 (1,9%)</p> <p>Imobilizados: 5/50 (10,0%)</p> <p>Progressão ou formação do trombonoultra-som:</p> <p>Mobilizados: 4/52 (7,7%)</p> <p>Imobilizados: 10/50 (20%)</p> <p>Óbitos: 0</p>
BLÄTTLER; PARTTSH, 2003	<p>53 pacientes com TVP proximal aguda</p> <p>Características dos pacientes não fornecidas</p>	<p>Meias de compressão elásticas + caminhada por 9 dias (n = 18)</p> <p><i>versus</i></p> <p>Ataduras de compressão não elástica + caminhada por 9 dias (n = 18)</p> <p><i>versus</i></p> <p>Repouso no leito durante 9 dias (n = 17)</p> <p>A caminhada começou no dia do diagnóstico e foi progressivamente aumentada com uma média de 4 km / dia</p>	<p>Dor na perna: melhorou ao longo dos 9 dias a um grau semelhante em ambos os grupos.</p> <p>EP (todos assintomáticos)</p> <p>Deambulação + ataduras: 1/18 (5%)</p> <p>Deambulação + meias compressivas: 1/18 (5%)</p> <p>Repouso: 1/17 (6%)</p> <p>Progressão do trombo Deambulação + compressão: 6/27(22%)</p> <p>Repouso: 4/10 (40%)</p> <p>Qualidade de vida melhor e dor nos membros diminuída com a deambulação + compressão do que com imobilização</p>

TRUJILLO-SANTOS <i>et al</i> , 2005	2.650 pacientes TVP (n=2.038) EP (n=612) Idade média: 66 anos Mulheres: 58%	Repouso absoluto(mínimo 3 dias): 54% (n=1435) TVP: 52% (n=1.050) EP: 63% (n=385) Deambulação (livre): 46% (n=1215) TVP: 48% (n=988) EP: 37% (n=227)	Óbitos total: 11/2650 TVP: Repouso absoluto Novo EP: 0.6% 7/1050 / óbito: 0.3% 4/1050 Deambulação: Novo EP: 0,4% 4/988 / Óbito: 0,1% 1/988 EP: Repouso absoluto: Novo EP: 0.5% 2/385 / Óbito: 1,2% 5/385 Deambulação: Novo EP: 0.8% 2/227 / Óbito: 0.4% 1/227
KAHN <i>et al</i> , 2003	41 pacientes com TVP Mulheres: 41% Idade média: 51 anos 2,2 anos: tempo médio da TVP	Exercícios realizados em duas sessões na esteira sendo caminhada ou corrida por até 30 min. realizada com ou sem meias de compressão (30 mmHg)	Comparação entre uso ou não da meia compressiva no membro afetado: Não houve diferenças na severidade dos sintomas da perna pós-exercício, no volume de perna, na circunferência ou flexibilidade da panturrilha. Não houve diferenças em tempo de esteira.
SHRIER; KAHN, 2005	301 pacientes com TVP (50% proximal) Idade média: 55 anos Mulheres: 50%	Freqüência e intensidade da atividade física durante o tempo de lazer típico semanal (avaliados por questionário dividindo o tempo de lazer como: inativo, moderadamente leve ou altamente ativo), avaliou 1 e 4 meses após a TVP.	A modificação por gravidade da doença, em comparação entre os grupos: Moderadamente leve ativos: OR (odds ratio) 0,93 (95% IC 0,47 - 1,87) Altamente ativos: 0,52 (95% IC 0,24 - 1,15) Níveis superiores de atividades em 1 mês pode ser protetora contra o agravamento da SPT e ao longo dos 3 meses subseqüentes.
KAHN <i>et al</i> , 2011	43 pacientes com SPT Idade média:	Treinamento: (fortalecimento, alongamento e aeróbicos) diários +	Diferenças das medias de eficácia em pontos: Mudança na qualidade de vida:

	47 anos	15 sessões acompanhadas de educador físico.	6 meses: Inicial a6 meses: Intervenção= 6 / controle = 1,4 (4,6 pontos em favor do treinamento físico).
	Mulheres: 56%	<i>versus</i> Controle: 1 hora de apresentação educativa + chamadas telefônicas mensais	Risco de gravidade de SPT: Inicial a 6 meses: intervenção = - 3,6 / controle= -1,6. (2 pontos em favor do treinamento físico).
ASCHWAND EN <i>et al</i> , 2008	169 pacientes com TVP proximal	Após 6 meses de terapia padrão utilizar meias de compressão ou não.	Mudanças na pele trombótica: Controle: 20% (n=17) / Intervenção: 13,1% (n=11)
	6 meses de diagnóstico	Intervenção: (n=84) Controle: (n=85)	Visitas com reclamação de Sintomas: intervenção: 12,2% (77 / 629) Controle: 16,5% (93 / 563)
	Idade média: 64 anos		Óbitos: Controle: 3 / Intervenção: 3
	Mulheres: 41%		Nenhum desenvolveu úlcera venosa
GINSBERG <i>et al</i> , 2001	202 pacientes avaliados 1 ano após TVP	Estudo 1: Sem intervenção.	Estudo 1: Falhas no tratamento: 5% 6/120
	Estudo 1: (n=120)	Estudo 2: Meia de compressão graduada (20 a 30 mmHg) abaixo do joelho <i>versus</i> meia de compressão placebo	Estudo 2: Falhas no tratamento: Compressão: 0% 0/24 / Placebo: 4,3% 1/23
	Idade média: 64 anos	Estudo 3: Meia de compressão graduada coxa ou panturrilha (30 a 40 mmHg) <i>versus</i> meia de compressão placebo	Estudo 3: Falhas no tratamento: Compressão: 61,1% 11/18 / Placebo: 58,8% 10/17
	Mulheres: 56%		
	Estudo 2: (n=47)		
	Idade média: 61 anos		
	Mulheres: 45%		
	Estudo 3: (n=35)		
	Idade média: 48 anos		
	Mulheres: 65%		
PRANDONI <i>et al.</i> , 2004	180 pacientes com TVP	Os pacientes foram distribuídos	Seqüelas pós-trombótica:

proximal	aleatoriamente para	Controle: 48% 44/90
	usar ou não meias	Grave: 10/44
Idade média:	elásticas de	Compressão: 25% 23/90
61 anos	compressão abaixo	Grave: 3/23
	do joelho (30 a 40	
Mulheres: 57%	mmHg no tornozelo)	Incidência cumulativa de
		seqüelas de SPT:
		Controle: 40,0% /
		Compressão: 21,1%
		Após 6 meses:
		Controle: 46,7% /
		Compressão: 22,2%
		Após 1 ano:
		controle: 49,1%
		/Compressão: 24,5%

Os métodos mecânicos encontrados nas pesquisas foram deambulação realizada livremente, com intervalo de tempo definido ou distância pré-definida. Compressão realizada através de ataduras inelásticas ou meias elásticas de compressão graduada, diferenciando também a localização em coxa ou abaixo do joelho; também monitorado o tempo de utilização. Exercícios aeróbicos, alongamento e fortalecimento foram relatados através de um estudo realizado por Kahnet *al.*, 2011 que estabeleceu um programa segundo diretrizes do American College of Sports (GARBER *et al.*, 2011).

A prescrição do exercício para obtenção e manutenção cardiorrespiratória é a realização de ginástica por (60-120 minutos por semana de exercício aeróbico realizado dentro de 60% -85% da frequência cardíaca máxima) com base nos resultados exercidos no teste de esforço e do tipo de atividade aeróbica preferida (por exemplo, caminhar, correr). Realizar programa de fortalecimento de três a quatro vezes por semana, o programa de alongamento sete vezes por semana, e o programa de aeróbica por 60 - 120 minutos por semana. Um dos estudos realizou a utilização de esteira para aeróbica por até trinta minutos caminhando ou correndo (KANH *et al.*, 2003), Os exercícios estão resumidos na Tabela 2. Em alguns exercícios pode se verificar a associação de intervenções como compressão e deambulação, exercícios intensos e compressão.

Tabela 02: Principais Meios Físicos de Intervenção na TVP.

INTERVENÇÃO	TEMPO	QUANTIDADE	MODALIDADE
Deambulação	-	-	-Livre -Aumentando 4km/dia - Mais de 4h/ dia
Aeróbico	60/120 minutos por semana	60% - 85% da frequência cardíaca máxima	-Caminhada -Corrida -Esteira
Alongamento	-	7 x por semana	-
Fortalecimento	-	3 / 4 x por semana	-
Compressão	1/ 2 anos ou mais	20 -60 mmHg	- Coxa / Abaixo do joelho -Elástica / Inelásticas -Meias / Ataduras

A visão geral desta revisão apoia um papel positivo dos exercícios, deambulação e compressão em pacientes com TVP aguda, EP e SPT. Primeiro lugar, com base nos resultados em quatro estudos randomizados controlados realizados por Aschwanden *et al.* (2001), Jünger *et al.* (2006), Blättler e Partsch (2003) e Trujillo-Santos *et al.* (2005) presume-se uma grande certeza de que a deambulação precoce não eleva o risco de EP após o diagnóstico e início da terapia anticoagulante para TVP. Trujillo-Santos, Martos-Pérez, Perea-Milla (2004) em sua revisão sistemática anterior incluiu três dos quatro ensaios encontrados, com fins semelhantes fundamenta ainda mais a estabilidade de retomar a deambulação logo após o diagnóstico e a iniciação tratamento de TVP. A última conferência de consenso do American College of Chest Physicians recomenda deambulação conforme tolerado para pacientes com TVP (ALDRICH; HUNT, 2004).

Jünger *et al.* (2006) concluíram que o repouso na cama não tem qualquer influência sobre o risco de desenvolver EP sintomática, em pacientes com ou TVP aguda ou EP submácula. Blättler e Partsch (2003) propõem que a deambulação precoce pode reduzir o risco de extensão do trombo logo após o diagnóstico. Outro estudo de Partsch (2005) demonstra em uma análise retrospectiva de estudos flebográficos, que propagação do trombo ocorreu em 26% dos paciente em repouso

por mais de 5 dias, em comparação com 1% com mobilização iniciada entre os dias 0 e 2 após diagnóstico. A mesma refere que o manejo atual de pacientes com TVP devem incluir deambulação precoce em associação com terapia de compressão apropriada.

Romera-Villegas *et al.* (2008) afirmam que a mobilização é eficiente, revelando que o tratamento da TVP com a mobilização precoce, em vez de repouso não aumenta a taxa de EP nem aumenta a taxa de complicação. Aissaouiet *al.* (2009) relatam que deambulação precoce na TVP aguda, a localização do trombo e a duração dos sintomas não influencia a incidência de EP sintomática.

No que diz respeito as meias de compressão que foram prescritas para todos os pacientes no estudo de Jünge *et al.* (2006) concluíram que as medidas mais importantes para a TVP compreendem anticoagulação eficiente com uma heparina de baixo peso molecular e terapia de compressão adequada. Para Aschwanden *et al.* (2001) e Blättler e Partsch (2003) apenas pacientes alocados para deambulação precoce utilizaram compressão. Por essa diferença de intervenções, não é certo se fornecer compressão adicional beneficia a deambulação precoce.

A idéia de aplicar ataduras firmes e manter pacientes com TVP deambulando tem uma velha tradição na Europa. Em 1910, Heinrich Fischer, um aluno de Unna, encomendou de uma empresa de ataduras de gesso de zinco (botas de Unna) e associou a exercícios de caminhada para tratar pacientes com TVP. Acreditava que estas ataduras de firme compressão externa fixaria os coágulos na parede das veias. Desde então, esta tradição de deambulação sob compressão foi praticado em vários centros (PENHA *et al.*, 2009; LABAS *et al.*, 2000; MANGANARO *et al.*, 2000), mas os dados da literatura permanecem escassos.

O efeito mecânico da compressão inelástica externa avaliada por Partsch, Kaulich e Mayer (2004) demonstrou por meio de flebografia, a evidente ação contra a formação do edema devido ao estreitamento das veias superficiais e profundas. Blättler e Partsch (2003) concluíram que os materiais inelásticos, como a bota de Unna, são mais eficazes que o material elástico, das meias compressivas, na redução da estase venosa local

Em ambos os trabalhos os resultados encontrados demonstraram que o grupo de compressão inelástica apresentou melhores efeitos na redução dos sinais

e sintomas apresentados. *Partsch et al.* (2002) analisaram graduações de pressões variadas e verificou que uma pressão de 40 a 60 mmHg para a coxa que pode ser adquiridas com ataduras de pouca elasticidade, melhora a hemodinâmica, reduz o refluxo venoso e pode ser utilizadas em pacientes com insuficiência grave corroborando com os estudos de *Partsch e Blättler* (2000).

Com base nas conclusões de *Aschwanden et al.* (2001) e *Jünger et al.* (2006) demonstram que o uso ou não da deambulação precoce, tem nenhuma diferença ou melhora da resolução dos sintomas agudos. *Blättler e Partsch* (2003) encontro que a caminhada promove melhora geral e específica da doença, na qualidade de vida e dor na perna. *Penha et al.* (2009) apresentaram ganhos na redução da dor e edema, com aumento da qualidade de vida, pelo protocolo de terapia de mobilização precoce em associação com anticoagulação e meios compressivos no tratamento da TVP. Sem acontecimentos de risco maiores como EP e óbito. No entanto, como os três estudos alocaram um total de 285 pacientes e nem todos os avaliadores eram cegos podendo ter gerado resultados tendenciosos.

Baseado nos resultados de *Kanhet al.*(2011), há uma proposta de que a caminhada precoce pode minimizar os sintomas duradouros da SPT. Por se tratar de um ensaio pequeno não teve a capacidade de determinar as consequências em longo prazo em 30% dos avaliados, além de outras dificuldades do estudo. A mesma autora, em estudo cruzado com o ensaio citado anteriormente comparou os sintomas antes e depois de 30 minutos de esteira em caminhada ou corrida, e não apresentou certeza de que atividade intensa não piore os sintomas dos membros afetados pela TVP. Porém, não se excluiu alterações nos sintomas de alguns pacientes. Baseado neste estudo aparenta-se que a compressão com meias elásticas graduadas tem pouca influência nos sintomas durante sua utilização nos exercícios (*KANH et al.*, 2003).

Kanh et al.(2011) e *Shriere Kahn* (2005) demonstraram uma aptidão para um maior nível de atividade física um mês após a TVP ou com SPT instalada está associada à diminuição da severidade dos sintomas pós-trombóticos. No estudo piloto de *Kanh et al.* (2011) que sugere um programa bem estruturado de treinamento físico realizado em seis meses para obter aumento de força muscular, flexibilidade e condicionamento físico, verificando as eficácia dos ganhos para o

tratamento da SPT chegou a conclusão que pode ser sim um tratamento eficaz no que se refere a melhora da qualidade vida na doença venosa e severidade dos sinais e sintomas pós-trombóticos alcançado um efeito clinico e estatisticamente (em alguns resultados) significativo.

Em Shriere Kahn (2005) constavam auto-relatos para verificar se o aumento nos exercícios um mês após TVP leva a gravidade dos sintomas pós-trombóticos, não foi verificado agravamento dos sintomas no primeiro mês e nos três meses seguintes e 50% dos pacientes retornaram a seu nível habitual de atividade. Ismaet *al.* (2007) relatam que grupos de pacientes com TVP aguda que realizam protocolos de exercícios acompanhado de um profissional tem como atribuição após 6 meses: melhora na recanalização da veia, diminuição do edema e aumento da qualidade de vida prevenindo assim o risco de SPT.

Padberg, Johnston e Sisto (2004) estudaram 30 homens com insuficiência venosa crônica grave de etiologias variadas, foram randomizados e designados para seis meses de treinamento, sendo três meses supervisionados seguidos de três meses não supervisionados, ou para não realizar exercício. O resultado adquirido foi maior força muscular do tríceps surale função da bomba muscular. Mas não ocorreu melhora no refluxo valvular, nos escores de gravidade ou na qualidade de vida.

Outros estudos demonstraram tratamentos compressivos para TVP, Aschwanden *et al.* (2001) avaliaram o efeito da terapia de compressão prolongada após um tratamento padrão de 6 meses após a TVP aguda. Foram 169 pacientes alocados em tratamentos de compressão (intervenção) ou sem meia (controle). Concluiu que a terapia prolongada de compressão após TVP diminui significativamente os sintomas e pode prevenir distúrbios pós-trombóticos da pele.

Ginsberg *et al.* (2001) em um triplo estudo sendo dois randomizados e um observacional, utilizando meias de graduações diferentes, ou a não utilização de meias. Concluiu que a maior parte dos pacientes (83%) não tem sintomas pós-trombóticos um ano após a TVP inicial assintomático e o desenvolvimento em um prazo de 5 anos já é baixo. Para TVP sintomática o índice é maior, no entanto a maioria dos pacientes não necessitaram de meias compressivas.

Com base nos resultados e experiência clinica Ginsberg *et al.* (2001) recomenda para alívio da dor e edema elevação da perna e prevenção de posições

e ações que agrave o quadro. É desaconselhado o uso rotineiro de meias logo após TVP exceto em raros casos, os sintomas agudos desaparecem em 1 a 3 meses após o início. As meias são utilizadas nos sintomas pós-trombóticos severos, caso o paciente não consiga utilizar a meia deve-se optar pela terapia de compressão intermitente que tem se encontrado benéfica em 75% dos casos.

Vazquez *et al.* (2009) sustentam a utilização de meias de compressão em pacientes diagnosticados com TVP proximal para a prevenção de SPT. As duas metanálises analisaram a eficácia das meias de compressão, para a prevenção de SPT. Entretanto, a maior parte dos ensaios demonstra uma minimização significativa no surgimento de SPT com o uso de meias de compressão, porém, limitações nos estudos dificultam a universalização dos contextos. Os estudos concordaram com uma duração individual adaptada a pacientes com baixo risco de desenvolver a SPT. Galanaude Kahn (2013) afirmam que quando aplicada dentro das primeiras semanas após a TVP de forma contínua e regular durante pelo menos dois anos, as meias compressivas são eficazes na prevenção de SPT. Kahn *et al.* (2003) descobriram que os pacientes com TVP estão dispostos a comprar meias de compressão elástica apesar do custo, as toleram bem e geralmente estão dispostos para usá-las diariamente.

Prandoni *et al.* (2004) mostram na randomização que meias elásticas são bem aceitas e seu uso diminui o índice geral de SPT em 23% e o índice de sequelas severas em 8,5%. Pacientes com TVP proximal estão em elevado risco de sequelas pós-trombóticas no primeiro ano após o episódio agudo. O uso precoce de meias elásticas compressivas reduz substancialmente o risco assim esta terapia tem potencial para ser adotada convencionalmente associada à anticoagulação segundo o autor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para esta revisão sistemática foi desenvolvido e utilizado um plano estruturado para orientar a estratégia de busca, seleção de estudo, extração de

dados e análise. A qualidade obtida foi relativamente boa quando vistas as limitações existentes sobre o tema além da escassez de estudos na língua portuguesa e ensaios realizados no país. Assim, as publicações restringiram-se apenas a língua inglesa. Devido à heterogeneidade do tema, meios físicos no tratamento da TVP, ser bastante abrangente e os ensaios pouco diversificados e escassos houve limitações desta pesquisa, destacando a necessidade da realização de mais estudos controlados nas mais diversas intervenções mecânicas, principalmente no que se trata de exercícios e seus protocolos definidos.

Os meios físicos mais usados encontrados nos estudos analisados foram a deambulação e compressão, estando excluídos apenas em duas pesquisas e mostrando-se presente na maior parte dos artigos de forma associada. A maioria das pesquisas mostraram bons resultados com as técnicas citadas, apoiando a sua aplicação de alguma forma. Um único estudo foi contra a utilização de compressão nos casos agudos achando desnecessário, ele também foi o único a citar outras técnicas físicas que podem ser utilizadas como elevação do membro afetado e compressão pneumática intermitente. Os exercícios foram poucos citados nos estudos, onde em dois deles não foram conclusivos quanto à redução de sintomas, tendo como principal efeito a melhora da qualidade de vida.

Em conclusão, o meio físico de escolha vai ser opção do profissional já que nenhuma técnica se mostrou ineficaz ou danosa à saúde do paciente, cabendo a escolha certa para cada paciente de acordo com seus hábitos e a relação custo benefício.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AISSAOUI, N. *et al.* A meta-analysis of bed rest versus early ambulation in the management of pulmonary embolism, deep vein thrombosis, or both. **IntJ Cardiol.** v.137, n.1, p.37-41,2009.

ALDRICH, D.; HUNT, D.P. When can the patient with deep venous thrombosis begin to ambulate? **PhysTher.** v.84, n. 3, p. 268-73, 2004.

ASCHWANDEN, M. *et al.* Acute deep vein thrombosis: early mobilization does not increase the frequency of pulmonary embolism. **ThrombHaemost.** v.85, n. 1, p. 42-6, 2001.

ASCHWANDEN, M. *et al.* Effect of prolonged treatment with compression stockings to prevent post-thrombotic sequelae: a randomized controlled trial. **J VascSurg.** v. 47, n. 5, p. 1015-21, 2008.

BARROS-SENA, M.A.; GENESTRA, M. Profilaxia da trombose venosa profunda em pós-operatório de cirurgias ortopédicas em um hospital de traumatologia. **Rev. bras. hematol. Hemoter.** v. 30, n. 1, p. 29-35, 2008.

BLÄTTLER, W.; PARTSCH, H. Leg compression and ambulation is better than bed rest for the treatment of acute deep venous thrombosis. **IntAngiol.** v.22, n.4, p. 393-400, 2003.

GALANAUD, J.P.; KAHN, S.R. The post-thrombotic syndrome: a 2012 therapeutic update. **CurrTreatOptionsCardiovasc Med.** v.15, n. 2, p. 153-63, 2013.

GARBER, C.E. *et al.* American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. **American College of Sports Medicine.MedSci Sports Exerc.** v. 43, n.7, p. 1334-59, 2011.

GINSBERG, J.S. *et al.* Prevention and treatment of postphlebotic syndrome: results of a 3-part study. **ArchIntern Med.** v. 161, n. 17, p. 2105-9, 2001.

IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. Trombose e Embolia Pulmonar. São Paulo: IBOPE; 2010. Disponível em <http://endovasc.med.br/wp/wpcontent/uploads/2011/04/Pesquisa_IBOPE_TVP-1.pdf>. Acesso em 3 de fev. 2013.

ISMA, N. *et al.* Does supervised exercise after deep venous thrombosis improve recanalization of occluded vein segments? A randomized study. **J ThrombThrombolysis.** v. 23, n. 1, p. 25-30, 2007.

JÜNGER, M. *et al.* Mobilization versus immobilization in the treatment of acute proximal deep venous thrombosis: a prospective, randomized, open, multicentre trial. **CurrMed Res Opin.** v.22, p.593-602, 2006.

KAHN, S.R. Effect of graduated elastic compression stockings on leg symptoms and signs during exercise in patients with deep venous thrombosis: a randomized cross-over trial. **J ThrombHaemost.** v. 1, n. 3, p. 494-9, 2003.

KAHN, S.R. *et al.* Six-month exercise training program to treat post-thrombotic syndrome: a randomized controlled two-centre trial. **CMAJ**. v. 183, n. 1, p. 37-44, 2011.

KAHN, S.R. *et al.* Use of elastic compression stockings after deep venous thrombosis: a comparison of practices and perceptions of thrombosis physicians and patients. **J ThrombHaemost**. v. 1, n. 3, p. 500-6, 2003.

KISNER, C. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. 5^a ed. Barueri, SP Manole, p. 535-537, 2009.

LABAS, P. *et al.* The home treatment of deep vein thrombosis with low molecular weight heparin, forced mobilisation and compression. **M.IntAngiol**. v. 19, n.4, p. 303-7, 2000.

MANGANARO, A. *et al.* Physical treatment of deep venous thrombosis: bed rest or mobilization? **Minerva Cardioangiol**. v. 48, n. 12, supl. 1, p. 53-6, 2000.

PADBERG, F.T.; JOHNSTON, M.V.; SISTO, S.A. Structured exercise improves calf muscle pump function in chronic venous insufficiency: a randomized trial. **J VascSurg**. v. 39, n. 1, p.79-87,2004.

PAIVA, R.A. *et al.* Tromboembolismo venoso em cirurgia plástica: protocolo de prevenção na Clínica Ivo Pitanguy. **Rev. Bras. Cir. Plást**. v. 25, n. 4, p. 583- 88, 2010.

PARTSCH, H. Ambulation and compression after deep vein thrombosis: dispelling myths. **SeminVascSurg**. v. 18, n. 3, p. 148- 52, 2005.

PARTSCH, H. Does thigh compression improve venous hemodynamics in chronic venous insufficiency? **J VascSurg**. v. 36, n. 5, p. 948- 52, 2002.

PARTSCH, H.; BLÄTTLER, W. Compression and walking versus bed rest in the treatment of proximal deep venous thrombosis with low molecular weight heparin. **JVascSurg**. v. 32, n. 5, p. 861-9, 2000.

PARTSCH, H.; KAULICH, M.; MAYER, W, Immediate mobilisation in acute vein thrombosis reduces post-thrombotic syndrome. **IntAngiol**. v. 23, n. 3, p. 206-12,2004.

PENHA, G.S. *et al.* Mobilização precoce de trombose venosa profunda. **J Vasc. Bras**. v. 8, n. 1, p. 17-26, 2009.

PICCINATO, C.E. Trombose venosa pós-operatória. **Medicina**. R. Preto- SP. v. 41, n. 4, p. 477-86, 2008.

PRANDONI, P. *et al.* Below-knee elastic compression stockings to prevent the post-thrombotic syndrome: a randomized, controlled trial. **Ann Intern Med.**v.141, n. 4, p. 249-56,2004.

RIZZATTIEG; FRANCO, R.F. Tratamento do tromboembolismo venoso. **Medicina, Simpósio Hemostasia e Trombose** Ribeirão Preto, v. 34 p. 269-275, 2001.

ROMERA-VILLEGAS, A. *et al.* Early mobilisation in patients with acute deep vein thrombosis does not increase the risk of a symptomatic pulmonary embolism.**IntAngiol.** v. 27, n. 6, p. 494-9, 2008.

SHRIER, I.; KAHN, S.R. Effect of physical activity after recent deep venous thrombosis: a cohort study. **MedSci Sports Exerc.** v. 37, n. 4, p. 630-4, 2005.

SILVA, M.C. Epidemiologia do tromboembolismo venoso. **J. Vasc. Bras.** v. 1, n. 2, p. 83-84, 2002.

SILVEIRA, P.R. Trombose venosa profunda e gestação: aspectos etiopatogênicos e terapêuticos; **J Vasc. Bras.** v. 1, n. 1, p. 65-70, 2002.

TRUJILLO-SANTOS, J.; MARTOS-PÉREZ, F.; PEREA-MILLA, E. Early mobilization as treatment of deep vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis.**MedClin (Barc).**v. 122, n. 17, p. 641-7, 2004.

TRUJILLO-SANTOS, J. *et al.* RIETE Investigators Bed rest or ambulation in the initial treatment of patients with acute deep vein thrombosis or pulmonary embolism: findings from the RIETE registry.**Chest.** v. 127, n. 5, p. 1631-6, 2005.

VAZQUEZ, S.R. *et al.* Contemporary issues in the prevention and management of postthrombotic syndrome.**Ann Pharmacother.** v. 43, n. 11, p. 1824-35, 2009.

Data do recebimento para publicação: 22.11.2013.

Data de aprovação do trabalho: 27.06.2014.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PROCESSO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO

*HOST WITH RISK CLASSIFICATION: PROCESS EXPERIENCED BY
NURSES*

Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro¹
Patrícia Ferreira Fausto²

RESUMO: Objetivo: Investigar o papel do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco no serviço de urgência e emergência. Método: Estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com os enfermeiros da Urgência/Emergência do Hospital Regional de Patos – PB. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada com a gravação das mesmas. Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo indicada por Bardin. Resultados: Os enfermeiros entendem seu papel dentro do Acolhimento com classificação de risco, e que o programa trouxe melhorias ao setor. Quanto à análise do discurso, os participantes demonstraram conhecimento sobre o tema e ressaltaram que existe uma resistência da população para entender o programa e a necessidade e capacitação dos profissionais que ali trabalham. Conclusão: Faz necessária a realização de capacitações para todos os profissionais envolvidos no setor, assim como ações educativas viabilizando o entendimento da população sobre o acolhimento com classificação de risco e o uso correto deste serviço.

Descritores: Acolhimento. Emergência. Enfermagem

ABSTRACT: Objective: To investigate the role of nurses in the Home to Risk Classification in urgent and emergency service. Method: an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, conducted with the nurses of Urgency / Emergency Hospital Regional Patos - PB. We used a semi-structured interview with the recording of the same. Qualitative data were analyzed using the technique of content analysis indicated by Bardin. Results: The nurses understand their role within the Home with risk classification, and that the program brought improvements to the sector. The analysis of the speech, participants demonstrated knowledge of the subject and pointed out that there is a resistance of the population to understand the program and the need and training of professionals who work there. Conclusion: It's

¹ Enfermeira. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos-UNISANTOS, Brasil. Email: berenice_pinheiro@hotmail.com.

² Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Campina Grande, Brasil. Email: patriciaffausto@hotmail.com.

necessary to conduct training for all professionals involved in the sector , as well as educational activities enabling the understanding of the population on the host with risk rating and the correct use of this service.

Descriptors: Home. Emergency. Nursing

INTRODUÇÃO

Emergências em saúde são ocasiões onde o atendimento não pode ser adiado sendo assim, seu cuidado deve ser imediato, urgências são situações onde o socorro deve ser prestado em menos de duas horas (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Já Romani *et al.* (2009), diz que definição de urgência implica que o agravo à saúde é de ocorrência inesperada e pode ser com ou sem risco potencial à vida e os casos de emergência são identificados através da constatação médica não entendo que é uma ocorrência imprevista, mas seus agravos a saúde podem implicar no risco iminente à vida ou o intenso sofrimento.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) um dos grandes problemas enfrentados foi garantir o acesso satisfatório ao paciente na rede pública de saúde através de várias portas de entrada dos quais oferecem, uma dessas portas são as emergências hospitalares e pronto-atendimento, onde os pacientes a reconhecem como melhor forma de buscar atendimento, pois encontram um atendimento mais preciso e direto, segundo o Brasil (2009) 65% dos casos atendidos nos setores de urgência/emergência deveriam ser resolvidos na rede de atenção básica, o que para Carret, Fassa e Domingues (2009), embora isso aparente ser certo para o paciente, já que as unidades básicas de saúde não atendem da mesma forma, esse uso dos serviços de emergência hospitalares coloca um fardo sobre o sistema de saúde e aumenta a demanda, refletindo numa má assistência para aqueles pacientes que de fato estão em situação de emergência.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde passa a desenvolver políticas de saúde voltadas para a qualificação e melhoria dos processos de trabalho às urgências e emergências, em 2004 iniciou o Programa Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSus, que tem entre suas diretrizes e dispositivos a estratégia de modificação utilizando ferramentas de acolhimento com classificação de risco (ACCR).

A implantação do ACCR tem com visão estratégica a se permiti o aprendizado e reflexão institucional de maneira que reestruture as práticas assistências e assim formar novos princípios e significados, crescendo em ações humanizadas e divididas, pois implica em um trabalho de grupo e cooperativo, isso vai possibilitar a abrangência da resolutividade ao admitir critérios de avaliação de riscos, considerando toda a problemática que envolve o processo saúde/doença, levando em conta o nível de sofrimento dos pacientes e familiares, a administração da priorização no tempo, evitando e diminuindo assim o número de internações, sequelas e mortes (SERVIN *et al.*, 2010).

A enfermagem tem fundamental importância nesse processo, pois a realização do ACCR deve ser feita pelo enfermeiro devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem através de treinamentos específicos, e sendo orientado por um protocolo direcionador, e assim se preocupar com o acolhimento como um todo, que através da humanização, garante benefícios para os pacientes como também para toda equipe envolvida(BRASIL, 2009).

Diante dessa perspectiva, é inquestionável a influência do enfermeiro na qualidade do serviço prestado nesses setores, disso surgem algumas indagações correspondentes ao seu desempenho e conhecimento sobre, o enfermeiro reconhece e pratica seu papel dentro do acolhimento com classificação de risco? Existem dificuldades nessas práticas, se sim, quais são as mais frequentes? E como é feito o mecanismo de acolhimento com classificação de risco?

Nesse contexto, o interesse para a realização desse estudo, advém do reconhecimento da necessidade de analisar o funcionamento do acolhimento com classificação e risco nos setores de emergência, enfocando no papel do enfermeiro e suas atribuições ao serviço, abrangendo a estruturação, investigando o exercício da prática de humanização proposta pela a Política Nacional de Humanização e sua instrução sobre esse método de organização que bem executado, traz uma melhor qualidade nos cuidados prestados, além de ser resolutivo e utilizar critérios de prioridades que beneficiem os procedimentos e ainda proporcionem melhor inter-relação da equipe envolvida.

METODOLOGIA

O estudo teve como proposta metodológica a pesquisa de campo de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no Hospital Regional de Patos Dep. Janduhy Carneiro, localizado no município de Patos-PB. A população estudada foram 10 enfermeiros que atuam no Programa de Acolhimento com Classificação de Risco. A amostra foi constituída por todos aqueles que se dispuseram a participar da pesquisa, tendo em vista ser uma pesquisa de participação voluntária. Os pesquisadores seguiram fielmente as observâncias éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa. Para que fosse possível a coleta de dados, o projeto foi encaminhado para apreciação e parecer ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCG, via Portal da Plataforma Brasil, CAAE nº 20675713.9.0000.5182.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada com perguntas contemplando o perfil sócio demográfico dos participantes e, em seguida, enfocando os objetivos propostos. Os enfermeiros foram interpelados durante sua atividade laboral, nos turnos da manhã, tarde e noite, no horário em que estiverem mais disponíveis. A pesquisadora realizou todas as gravações das entrevistas, em sua íntegra, para que ocorra a análise dos dados. Os dados foram analisados de forma qualitativa e submetidos à Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2002).

Nessa técnica os principais pontos da pré-análise foi a leitura flutuante (primeiras leituras de contato os textos), a escolha dos documentos (no caso os relatos transcritos e gravados), a formulação das hipóteses e objetivos (relacionados com a disciplina), a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores (a frequência de aparecimento) e a preparação do material. Os textos passaram por pequenas correções linguísticas, porém, não eliminou o caráter espontâneo das

falas. Baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação dos resultados acompanha a estrutura do instrumento de coleta de dados, com itens referentes à caracterização dos profissionais que participaram da pesquisa e dados referentes ao objetivo da pesquisa.

A pesquisa foi realizada com 100% da população, com 10 (dez) profissionais enfermeiros que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo participaram da pesquisa, e, com base nos elementos constantes da primeira parte do instrumento de coleta de dados os participantes caracterizam-se da seguinte maneira, como demonstra a tabela a seguir.

Tabela 01: Caracterização dos participantes da pesquisa.

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	09	90
Masculino	01	10
Faixa etária		
25 a 35 anos	07	70
36 a 45 anos	03	30
Tempo de serviço		
05 meses a 12 meses	02	20
1 ano a 2 anos	07	70
3 anos	01	10
Capacitação		
UTI	02	20
Urgência e Emergência	04	40
Nenhuma	04	40
TOTAL	10	100

Fonte: Dados da pesquisa/2013.

Percebe-se que foram entrevistados 10 profissionais de enfermagem que atuam no setor de Acolhimento com Classificação de Risco, onde 90% dessa população são do sexo feminino. Existe uma relação histórica entre a enfermagem e o sexo feminino, essa predominância se dá devido ao fato de que desde tempos primordiais, o exercício da profissão era feita exclusivamente por mulheres, assim como também, em algumas culturas onde o papel de cuidar faz parte das tarefas da mulher. Silva *et al* (2011) afirma que isso se tornou uma característica peculiar ao profissional da enfermagem, reforçando a extensão de sua historicidade em relação a sua criação e acessão enquanto categoria profissional.

Com relação à idade dos participantes, é possível observar que a faixa etária é variante entre 25 a 45 anos, sendo 70% equivalente aos participantes com 25 a 35 anos, e 30% constituído pelos os participantes com a idade entre 36 a 45 anos. Esses dados demonstram que os profissionais enfermeiros em atividade no setor em questão, estão em uma faixa etária que lhes proporcionam maior produtividade, ação e favorecimento para um melhor desempenho, garantindo-lhes assim no seu dia-a-dia maior maturidade e responsabilidade. Isso contribuiu bastante para a realização da pesquisa, pois a experiência adquirida na vivência resultou na ampliação do conhecimento.

Ao analisar o tempo de serviço verifica-se que ele varia de 05 meses a 03 anos, a maior parte dos participantes (70%) atuam no setor de 1 a 2 anos. O que se torna um ponto positivo, pois já se pode considerar um bom tempo de serviço, o que influencia na execução das atividades no setor referenciado. Porém, devido à mudança recente na direção do hospital, 20% dos profissionais apresentam tempo inferior a 01 ano, ainda em fase de adaptação, momento onde os enfermeiros precisam estar dispostos a aprender e otimizar o serviço de ACCR.

Observa-se que 60% dos enfermeiros pesquisados não possuem especialização em Urgência e Emergência, 40% possui caracterizando uma minoria, isso mostra que existe a necessidade de incentivar os enfermeiros para a procura pela a melhor formação e assim, se tornado mais qualificado.

Para Oliveira *et al* (2009) é através da especialização que o profissional de saúde se mantém em constante competitividade no mercado de trabalho, e além

disso, agir na busca do saber científico o que vai lhe trazer segurança no serviço como um todo, garantindo o conhecimento técnico e abrangendo-lhe ao aprender. Além disso, a falta de especialização dos profissionais envolvidos no setor atua diretamente na qualidade do serviço prestado, uma vez que os pacientes são caracterizados por necessitarem de uma intervenção rápida e precisa, e os conhecimentos adquiridos nas especializações podem interferir nos cuidados prestados.

O papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco

Neste passo da apresentação dos resultados, foram analisadas as respostas dos participantes com relação às questões norteadoras, deparando a existências das próximas categorias, as interpretando com o recurso da técnica de Bardin. Para respeitar a privacidade e manter o sigilo da identidade dos participantes, os nomes dos mesmos serão substituídos por códigos (E1,E2,E3,E4,E5,E6,E7,E8,E9 e E10).

O conhecimento sobre o Programa de Acolhimento com Classificação de

Através das respostas dos participantes foi observado que 70% dos enfermeiros demonstraram entender a política, assim como também apresentaram ter um bom conhecimento sobre o tema, enfatizando a humanização do atendimento através de práticas de acolhimento, buscando classificar o paciente de acordo com os sintomas apresentados, não usando o critério por ordem de chegada, utilizado em triagens anteriores, isso é perceptível através das falas abaixo:

“É um método muito eficiente para classificar o risco e a prioridade dos pacientes para o atendimento médico, facilitando e organizando o fluxo, agilizando o serviço.” (E3)

“...a classificação é de extrema necessidade pois assim podemos avaliar a necessidade de cada paciente e prestar os cuidados adequados.” (E5)

“É olhar para o paciente como um todo, diferenciando a gravidade de cada um, prestando atendimento por esse critério, e não por ordem de chegada.” (E8)

Já para 30% dos entrevistados, a definição de Acolhimento com Classificação de Risco ainda é um tanto quanto equívoca, pois as respostas foram vagas e confusas, como se percebe nas falas a seguir:

“É qualificar e identificar cada caso do para ciente, para que haja uma avaliação.” (E2)

“Ajuda fazer a triagem de acordo com o que o paciente está sentindo.” (E10)

Dando prosseguimento à pesquisa sobre a percepção do em relação ao tema, foi questionado aos mesmos: *Qual o papel do enfermeiro no Acolhimento com Classificação de Risco?* Foi identificado que cerca de 80% dos participantes responderam de forma gratificante, englobando todos os aspectos relacionados às funções que o enfermeiro exerce, tendo o foco no olhar holístico sobre o paciente, o vendo como um todo, a partir da anamnese, aferição dos sinais vitais, promovendo o acolhimento através de uma escuta compassiva as queixas do paciente, averiguando suas necessidades em relação aos sinais e sintomas apresentados e fornecendo ao pacientes e seus familiares informações de como seria feito o atendimento de acordo com sua classificação. O que pode ser notado nas seguintes falas abaixo:

“O enfermeiro é responsável pela classificação de risco, onde a

partir da anamnese, sinais vitais e da queixa principal deve-se classifica-lo e direcioná-lo para o atendimento adequado.” (E3)

“Distinguir através dos sinais e sintomas quais os pacientes que necessitem de atendimento primeiro e assim classifica-lo.” (E5)

“..é de suma importância orientar o paciente e seus familiares para onde ele está sendo encaminhado e o porque, isso facilitará a compreensão de todos, e sempre dar espaço para que tirem dúvidas, buscando acolhê-lo e assim ‘quebrar’ essa distância entre profissional e paciente.” (E9)

“Prestar assistência ao paciente, averiguando seus sinais e sintomas, orientá-lo sobre quais procedimentos eles irá passar e assim seguir com a classificação.” (E10)

E os 20% restantes, demonstraram não ter domínio sobre o papel que o enfermeiro executa dentro do Acolhimento com Classificação de Risco, o que é expresso nas falas abaixo:

“Procurar ajudar quem procura atendimento, triando cada especialidade.” (E2)

“Observar e identificar as necessidades gerais do paciente, tendo uma visão clínica do mesmo.” (E8)

O enfermeiro inserido dentro do ACCR não encaminha o paciente para uma especialidade e sim classifica-o pelo tempo terapêutico, diferenciando pela gravidade e classificação clínica. O médico emergencista, inserido nas áreas (vermelha, amarela e/ou verde) é quem definirá a necessidade ou não de um especialista.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2010) a escolha por

esse profissional está baseada nas suas características generalistas, que dá ao enfermeiro a responsabilidade de assumir a avaliação inicial do paciente, obter a classificação e assim o encaminhar dentro do departamento de urgência e emergência para a área clínica adequada, assim como supervisionar o fluxo, e ter a competência de administrar os a equipe.

Segundo Zen *et al* (2012), a preocupação dos enfermeiros não está voltada somente ao ato da classificação de risco, mas também com o acolhimento de maneira geral, regidos pela a humanização como um processo que só é alcançado se toda a equipe interagir entre si. Além disso, os enfermeiros visando a melhoria do atendimento, se mostram abertos a mudanças.

Corroborando com a ideia do autor supracitado Oliveira e Trindade (2010) afirmam que o enfermeiro deve realizar o primeiro contato com o paciente a fim de verificar prioridades de assistência à saúde, através da observação por meio de uma visão holística, ou seja, ver o paciente com um todo, sabendo ouvir as queixas que o levaram até ali, sendo de ordem psíquica, física ou social.

Percepção do enfermeiro sobre a necessidade de receber capacitação para o desempenho de suas funções no Acolhimento e Classificação de risco e quais as maiores dificuldades encontradas.

De maneira unânime, 100% dos enfermeiros afirmaram que não receberam nenhuma capacitação, dando ênfase na importância da realização da mesma, o que podemos perceber nas seguintes falas:

“Não recebi capacitação, porém pesquisei sobre o assunto e estudei. É extremamente necessária a capacitação, pois não é fácil assumir tal responsabilidade.” (E3)

“Não, é com certeza importante para aprimorar nossos conhecimentos.” (E6)

“Não, a capacitação seria muito importante para uma classificação adequada.” (E1)

Segundo Oliveira *et al* (2013), a classificação é um processo complexo que vai depender das competências e habilidades dos enfermeiros, além de outros fatores externos, como o ambiente de trabalho. O Brasil possui algumas instituições que produziram protocolos próprios o que torna essencial para avaliar as atribuições dos profissionais, evidenciando as necessidades de capacitação para essa atividade logo, fornecendo segurança ao paciente.

Dando continuidade a pesquisa, foi questionado ao enfermeiro a seguinte pergunta: *Quais as maiores dificuldade que você, enfermeiro, enfrenta no setor?* Cerca de 60% responderam que a maior dificuldade se encontra na aceitação dos pacientes em entender o processo de classificação, como é expresso nas falas abaixo:

“A conscientização do usuário.” (E2)

“Conscientizar o paciente sobre o tipo de classificação em que ele está enquadrado e o tempo de espera.” (E6)

“...principalmente a aceitação da população em entender, pois muitos não credibilidade a equipe de enfermagem.” (E4)

“...é muito difícil o paciente entender que tem que voltar para o ESF para ser atendido, pois ele já chega no setor com a intenção de ser atendido rapidamente, e não podemos priorizar um paciente que poderia resolver seu problema no ESF, assim ele pode estar ocupando uma vaga de quem realmente precisa.” (E10)

Os outros 40% relataram a falta de estrutura, material, treinamento, médicos,

e até mesmo a desvalorização dos profissionais que atuam no setor, problemas gerados na instituição em questão, que são evidenciados nas seguintes falas:

“A falta da estrutura física, a falta de treinamento, não tem local adequado para a realização da classificação.”(E3)

“Falta de atendimento em relação a equipe médica.” (E1)

“Hospital superlotado, a falta de material, a falta de atendimento nos ESFS, a desvalorização dos profissionais que trabalham no setor.” (E4)

As urgências e emergências estão funcionando cada vez mais como porta de entrada no sistema de saúde, disponibilizando atendimento tanto para os pacientes mais graves, como para aqueles que poderiam ser resolvido na atenção primária. Nascimento *et al* (2011) cita que a grande procura por esse atendimento pode ser devido ao aumento dos acidentes e da violência urbana, questões socioeconômicas, a falta de estrutura na rede pública, o aumento da longevidade da população, assim como a deficiente agilidade e resolutividade das ações e serviços de saúde. Isso tudo pode sobrecarregar a equipe, mecanizando suas ações, esquecendo assim da humanização.

Silva *et al* (2012) corroborando com o auto supracitado, acrescenta que caracteriza as unidades de urgência e emergência como locais de acesso irrestrito, com número abusivo de pacientes, alta disparidade na gravidade no quadro inicial, colocando lado-a-lado pacientes estáveis e pacientes graves, falta de recursos, o número escasso de médicos, o cansaço, a supervisão inadequada, o cuidado que não é continuado e a falta da valorização dos profissionais envolvidos. Dessa forma Zanelatto e Pai (2010) afirmam que esse setor é um ambiente agitado, com amplo fluxo e inúmeras demandas, demandas essas que nem sempre se destinam a esse serviço, mas o fato de ser imediatista no atendimento faz a preferência do paciente.

Percepção do enfermeiro quanto a organização do setor e quais os benefícios encontrados após a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco.

Neste tópico, podemos conhecer como é organizado o programa de Acolhimento com classificação de risco, 100% dos entrevistados afirmaram utilizar o protocolo por cores, como podemos identificar nas falas abaixo:

“Utilizamos o sistema de cores, o enfermeiro faz o acolhimento e a classificação, aí o paciente é destinado para a área azul, verde, amarela ou vermelha.” (E10)

“Os pacientes com politraumatismos e trazidos pelo o SAMU, não passam pela ACCR, os demais sim. Verificamos a PA, temperatura, pulso e HGT se necessário, depois é feita uma entrevista rápida e assim ele é encaminhado de acordo com a sua necessidade.” (E3)

Desse modo, Brasil (2009) afirma que o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência tem como meta constituir uma análise do processo de trabalho objetivando distinguir e estabelecer o atendimento de acordo com a necessidade do paciente, que através do acolhimento irá extinguir a triagem excludente, com isso é indicativo de que o protocolo tenha com objetivo primordial não retardar o atendimento aos que necessitam de uma intervenção imediata, embasados na avaliação primária, que cabe justamente ao profissional enfermeiro classificar através desta avaliação e para isso é necessário que ele tenha comprometimento para assumir a responsabilidade no contexto em questão.

Para concluir a pesquisa, foi analisado quais os benefícios e/ou malefícios que a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco trouxe, através da seguinte pergunta: *Qual a sua avaliação após a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco? Trouxe benefícios e/ou malefício?* 80% dos entrevistados ressaltaram que a implantação do programa trouxe muita organização ao setor, como podemos perceber pelas falas seguintes abaixo:

“Os benefícios são muitos, melhorou a organização e o fluxo de atendimento no setor de urgência, facilitou a triagem através do protocolo, ajudando no atendimento através das prioridades.”

(E8)

“O setor ficou mais organizado, após a implantação do ACCR podemos encaminhar o paciente para o atendimento ideal.” (E4)

“ Melhor organização quanto a demanda e quanto a gravidade de cada paciente.” (E6)

Já para 20% dos profissionais entrevistados o programa trouxe problemas como a superlotação do setor e a dificuldade de conscientização da população, o que podemos confirmar segundo as falas abaixo:

“O hospital ficou superlotado, mesmo fazendo uma triagem com a classificação de cor, aparece muita demanda de ESF, e alguns profissionais se sensibilizam e atendem.” (E1)

“...o único problema é a conscientização da população, muitos saem revoltados quando não são atendidos, mesmo a gente explicando a situação.” (E2)

Concluindo a análise, Oliveira e Trindade (2010) afirmam que o Acolhimento com Classificação de risco demonstra grande importância, pois é considerado um processo ativo, decisivo que identifica e prioriza o atendimento, o qual através do processo de avaliação vai discernir os casos críticos que necessitam de atendimento dos não críticos, mas não deixando de prestar assistência para ambos os casos. Isso promove benefícios, porque transforma o sistema de priorizar quem chega primeiro ao setor e passa a valorizar o paciente como um todo, considerando o grau de gravidade.

CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou a analisar e avaliar o programa de acolhimento com classificação de risco no setor de urgência/emergência, através da percepção e desempenho do enfermeiro no programa, profissional indicado pelo o Ministério da Saúde para avaliar e classificar o paciente, assim como também o acúmen desses profissionais para descrever a necessidade de capacitação, como é organizado a classificação no setor e os benefícios e malefícios que ocorreram após a implantação do programa.

Com a realização da pesquisa se pôde constatar foi que a implantação do ACCR trouxe melhorias ao setor, entre elas a organização do fluxo de pacientes, melhor qualidade e eficácia no atendimento prestado, atribuindo assim ao enfermeiro tamanha responsabilidade por gerenciar esse processo, e uma das dificuldades mais citada foi a falta de capacitação para exercer tal tarefa, uma vez que a população tem grande resistência em entender os critérios de classificação, o que interfere intrinsecamente na assistência disponibilizada pelo o setor de urgência e emergência.

Diante dos resultados, observou-se a necessidade de capacitação para toda a equipe que faz parte do setor de urgência e emergência, considerando que o acolhimento com classificação ainda não é muito aceita pela a população, e para lidar com isso, os profissionais envolvidos precisam entender o programa, para assim poder disponibilizar uma assistência completa, e também principalmente como funcionam os protocolos e as leis internas da instituição, e para resolver esse quesito é preciso que haja uma reorganização não somente nas urgências e emergências, mas também a toda a rede de saúde, incluindo assim todos os serviços vinculados ao SUS, tambémos profissionais, para que juntos atuem na comunidade através de encontros, rodas de conversa, palestras, discussões, até mesmo dramatizações, para abordar e disponibilizar a temática sobre o Acolhimento com Classificação de Risco.

Por se tratar de um ambiente que não tem restrição de acesso e ser o primeiro setor que se conhece ao procurar um hospital, o estudo sobre Acolhimento com classificação de risco, faz ser de grande relevância e magnitude para ocasionar aperfeiçoamento da assistência em saúde, principalmente para os profissionais que atuam no setor de urgência e emergência, para que através do material eles absorvam conhecimento e isso irá refletir na sua atuação, fornecendo uma assistência eficaz, qualificada e competente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

COREN. Atribuição da enfermagem na triagem com classificação de risco em urgência. Parecer COREN-DF Nº 005/2010. Disponível em: http://www.corendf.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=684:no-0052010-atribuicao-doprofissional-de-enfermagem-na-triagem-comclassificacao-de-risco-nos-&catid=38:pareceres&Itemid=115.

CARRET, M. L.V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, Jan. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000100002&lng=en&nrm=iso.

NASCIMENTO, E. R. P. Classificação de Risco na Emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan/mar. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>.

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista 68 Hórus**, v. 4, n. 2, out/dez. 2010. Disponível em: http://www.faeso.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2010/atendimento_urgencia.pdf

OLIVEIRA G. N.; VANCINI-CAMPANHARO C. R.; OKUNO M. F. P.; BATISTA R. E. A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. mar.-abr. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692013000200500&script=sci_arttext&tlng=pt>.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. maio-jun 2011;19(3):[09 telas]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf>.

OLIVEIRA N. A.; THOFEHRN M.B.; CECAGNO D, SIQUEIRA H. C. H. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto Contexto Enferm**. 2009; 18(4):697-704. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>.

ROMANI, H. M. *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Rev. Bio. São Paulo*, 2009. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/78/82>.

SILVA, A. A.; OLIVEIRA, E. C.; OLIVEIRA, S. H. A.; SOUZA, N. R. A humanização do atendimento e a percepção entre profissionais de enfermagem nos serviços de urgência e emergência dos prontos socorros: revisão de literatura.; **Ver. Ciência etPraxis**,v. 5, n. 9, 2012 Disponível em:<<http://www.fip.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/viewFile/305/142>>.

SILVA, K. R.; PIRES, R. C. C. P. A percepção da equipe de enfermagem sobre liderança no serviço de urgência e emergência de um hospital geral de Belo Horizonte. **Revista Tecer** - Belo Horizonte - vol. 4, nº 7, novembro de 2011. Disponível em:<<http://pe.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/tec/article/view/67/0>>.

SERVIN, S. C. N. *et al*; **Protocolo de acolhimento com classificação de risco sistema único de saúde (SUS) hospitais municipais/ São Luiz –MA**. 31p. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf.

ZEM, K. K. S.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Rev. Rene**. v. 13, n. 4, 2012. Disponível em: <www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article>.

ZANELATTO D. M.; PAI D. D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **CiencCuid Saúde** 2010 Abr/Jun; 9(2):358-365. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9390/6087>>

Data do recebimento para publicação: 10.12.2013.

Data de aprovação do trabalho: 12.05.2014.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: REFLEXÕES ACERCA DA EXPOSIÇÃO DE ADOLESCENTES DO GÊNERO FEMININO

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES: REFLECTIONS ON THE EXPOSURE OF FEMALE ADOLESCENTS

Carla L. M. F. C. e Silva¹
Ana Karla Bezerra da Silva Lima²
Danilo Duarte C. e Silva³
Dellayne Xavier⁴

RESUMO - As doenças sexualmente transmissíveis têm se disseminado entre os adolescentes em todo o mundo com alto índice principalmente no gênero feminino, resultado da influência de fatores presentes no contexto onde estão inseridas. Assim, este trabalho tem como objetivos descrever fatores condicionantes e determinantes desse processo e discutir os achados baseados nos autores revisados. Os resultados da revisão bibliográfica mostraram que fatores socioeconômicos, familiares, acesso aos serviços de saúde e à informação, bem como fatores inerentes ao indivíduo exercem influência direta na exposição do adolescente às doenças sexualmente transmissíveis.

Palavras chave: Adolescentes. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Fatores Determinantes.

ABSTRACT: Sexually Transmitted Diseases has been spread among adolescents worldwide with high index specially in females, a result of the influence of various factors present in the context in which they live. Considering this fact, the study aims to describe conditioning factors and determining factors, and discuss this results with base in actors's review. The results of bibliographic review showed that factors as Socioeconomic factors, Family, Access to Health Services, Information and factors inherent to the individual, make direct influence in the exposure of adolescents at sexually transmitted diseases.

¹ Bacharel em Administração. Bacharelanda em Enfermagem.

² Bacharel em Ciências Contábeis. Especialista em Contabilidade Decisorial e em Língua Brasileira de sinais. Bacharelanda em Enfermagem.

³ Mestre em Engenharia Sanitária. Doutorando em Recursos Naturais.

⁴ Bacharelanda em Enfermagem.

Keywords: Adolescent. Sexually Transmitted Diseases. Determining Factors.

INTRODUÇÃO

A crescente propagação das doenças sexualmente transmissíveis (DST) em todo o mundo, principalmente com alto índice de mulheres infectadas geralmente na adolescência, tem sido observada com grande preocupação. Embora o assunto venha sendo discutido, principalmente nas escolas, o grau de incidência ainda é muito alto. Essa realidade é vivenciada no Nordeste Brasileiro, cujas características apresentam: baixo nível de escolaridade, baixa renda, imposição dos adolescentes do sexo masculino, ausência de políticas específicas para esse público e escassez de serviços de saúde como espaço da mulher para a promoção da saúde e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

O desenvolvimento deste estudo vai contribuir para o crescimento pessoal de seus autores, e servir de subsídio para reflexão do público leitor, seja ele constituído de estudantes ou profissionais da área de saúde e correlatas. Pode incentivar a definição de políticas de atenção à saúde integral de adolescentes, que trabalhem os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva de gênero, que estejam voltadas para a efetiva prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Sob essa perspectiva, questiona-se que fatores contribuem especificamente para a disseminação dessas doenças junto às adolescentes? Tentando encontrar respostas a este questionamento, o presente trabalho tem como objetivos analisar os fatores condicionantes e determinantes de doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes do gênero feminino.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica desenvolvida mediante uma abordagem descritiva, cujos resultados encontrados foram discutidos em articulação

com os autores nele revisados. O levantamento bibliográfico deu-se durante o mês de abril de 2014 em três bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados Brasileira de Enfermagem (BDENF) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Foi realizado utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na língua portuguesa, “Doenças Sexualmente transmissíveis”, “Adolescentes” e “Feminino”.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram: artigos completos disponíveis eletronicamente nas referidas bases de dados, apresentados no idioma português, artigos abordando doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes femininas, que tenham sido publicados no período de 2009 a 2012. Os critérios de exclusão foram: as publicações duplicadas, teses, dissertações, inventários de pesquisas, bem como estudos que não abordassem temática relevante aos objetivos desta revisão.

Na busca inicial sobre artigos que tratavam o tema “Doenças Sexualmente Transmissíveis” foram encontrados 17447 artigos na base MEDLINE, 2331 na base LILACS e 149 na Base BDENF. Após refinar a pesquisa utilizando os descritores: “adolescente” e “feminino”, tomando como limite o idioma português, as publicações no período de 2009 a 2012 e não contabilizando os artigos repetidos, foram encontrados cinco artigos na base MEDLINE, sete artigos na base DBENF e dez artigos na base LILACS, totalizando vinte e dois artigos, após a leitura dos títulos e dos resumos.

Posteriormente, através de leitura criteriosa dos artigos, foram selecionados nove estudos que serviram de base para responder à questão norteadora do presente trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material de análise foi composto por nove artigos retirados das bases MEDILE, LILACS e BDENF, sendo quatro publicados no decorrer de 2009, um artigo

publicado em 2010, três artigos publicados durante o ano de 2011 e um artigo publicado em 2012.

Com relação às temáticas contempladas nos artigos selecionados para este trabalho foram identificadas duas categoria: Categoria I - Orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e Métodos Anticoncepcionais, e Categoria II - Fatores de Exposição às Doenças Sexualmente Transmissíveis, apresentadas a seguir nos quadros 1 e 2.

Quadro 01: Distribuição dos artigos da Categoria I - Orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e Métodos Anticoncepcionais.

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	BASE DE DADOS	ANO DE PUBLICAÇÃO/ PERIÓDICO	OBJETIVO DO ESTUDO
01	Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil	LILACS	2009/ Psicologia & Sociedade	Investigar as condições de vida de adolescentes do sexo feminino em situação de rua, envolvidas com o abuso de drogas e com a prostituição, visando orientar estratégias de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST/AIDS.
02	Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas públicas e privadas de Fortaleza-CE, Brasil	LILACS	2009 / REME - Rev. Min. Enferm.	Identificar o perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de adolescentes; detectar uso do condom e motivos de uso e não uso; averiguar a importância da prevenção da gravidez precoce; e verificar conhecimento sobre DST/HIV.

03	Juventude e AIDS: conhecimento entre os adolescentes de uma escola pública em Canoas, RS	LILACS	2009/ Revista da AMRIGS.	Avaliar o conhecimento da AIDS em adolescentes de uma escola pública, no município de Canoas, Rio Grande do Sul, comparando as diferenças e semelhanças entre gêneros.
----	--	--------	--------------------------	--

Os artigos um, dois e três evidenciam a importância de uma maior ênfase na abordagem das doenças sexualmente transmissíveis e métodos anticoncepcionais seja no âmbito escolar, seja no ambiente familiar, pois as adolescentes demonstram que não internalizaram a importância da prevenção, bem como dos riscos de uma gravidez indesejada. O baixo nível socioeconômico das famílias e a violência dentro do lar, conforme aponta o artigo um, podem provocar a desestruturação familiar (NUNES; ANDRADE, 2009).

Outros fatores, como baixa escolaridade e o abuso de drogas lícitas e ilícitas, influenciam a permanência das adolescentes na rua. A necessidade de sobreviver economicamente e as carências afetivas induzem à exploração sexual tendo em vista a demanda do mercado do sexo remunerado, contribuindo assim para a vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Imunodeficiência adquirida (AIDS). Embora as adolescentes estejam conscientizadas a respeito da necessidade de proteção durante o ato sexual, não se protegem ora por imposição do parceiro, ora impulsionadas pela busca de afetividade nos relacionamentos.

A iniciação precoce na vida sexual e a multiplicidade de parceiros se apresentam tanto em adolescentes de escolas públicas (consideradas de baixa renda), quanto nas de escolas privadas (de condição financeira mais elevada), conforme trata o artigo dois. Porém, a utilização mais frequente e o conhecimento a respeito do uso de um dos métodos contraceptivos citados no estudo (o Códon) se deu de forma mais clara nas adolescentes de escola privada, tendo afirmado que obtém informações sobre as referidas doenças na própria escola, enquanto que as adolescentes de escola pública apontam a família e amigos/vizinhos como principal fonte de informação (MOURA; SOUZA; EVANGELISTA, 2009).

Contudo, essas informações a respeito dos programas de prevenção de DST/AIDS deveriam levar em conta as diferenças sexuais, sendo direcionadas a ambos os sexos separadamente, conforme discute o artigo três (NADER *et al.*, 2009), pois a realidade a respeito das adolescentes é que muito embora pareçam estar mais informadas sobre as doenças sexualmente transmissíveis e seus métodos preventivos, representam um grupo de grande risco social, já que se vêm sem poder de decisão para o uso do preservativo nas relações sexuais, tendo que ceder ao não uso do mesmo frente à postura do parceiro.

Quando se trata de exposição às doenças sexualmente transmissíveis não se deve levar em conta somente uma variável (a adolescente), mas sim um conjunto de fatores que estão presentes no ambiente onde a mesma está inserida que influenciam positivamente e negativamente nas suas decisões, conforme veremos no quadro 2.

Quadro 02: - Distribuição dos artigos da Categoria II - Fatores de exposição às Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Nº	TÍTULO DOARTIGO	BASE DE DADOS	ANO DE PUBLICAÇÃO / PERIÓDICO	OBJETIVO DO ESTUDO
04	Diferenciais Intraurbanos de Sífilis Congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006)	LILACS	2011 Epidemiol. Serv. Saúde.	Analisar diferenciais intraurbanos da sífilis congênita (SC) no Recife-PE, entre 2004 e 2006, segundo fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais.
05	HIV/AIDS e Sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens: fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIV/AIDS na rede pública de saúde/SUS, Bahia, Brasil.	LILACS	2011 / Revista Baianade Saúde Pública	Estudar fatores de exposição e risco para HIV/AIDS e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens registradas no Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana, Bahia.

06	Aspectos Epidemiológicos da AIDS em Florianópolis/SC, Brasil.	BDEF	2012 Esc. Anna Nery (impr.)	Descrever os aspectos epidemiológicos das pessoas com 13 anos e mais, com AIDS, residentes em Florianópolis/SC entre 1986 e 2006.
07	Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos.	MEDLINE	2010 Rev. Assoc. Med. Bras.	Identificar fatores associados à atividade sexual desprotegida em adolescentes femininas menores de 15 anos.
08	Comportamento Sexual e Fatores de Risco para a ocorrência de gravidez, DST e HIV em estudantes do Município de Ascurra (SC)	LILACS	2009 Arquivos Catarinenses de Medicina	Verificar o comportamento sexual, gravidez e fatores de risco para DST/HIV em estudantes de Ascurra (SC).
09	Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/AIDS no Semi-Árido Nordeste.	LILACS	2011 Saúde Soc. São Paulo.	Analisar a exposição de adolescentes às DST/AIDS no Semi-Árido Nordeste.

Quando se analisa o perfil das gestantes nos centros urbanos brasileiros como, por exemplo, nas capitais: Rio de Janeiro - RJ e Porto Alegre - RS, observam-se semelhanças. De acordo com o artigo quatro, trata de mulheres pobres, pouco escolarizadas e expostas a uma assistência pré-natal inadequada, fatores que por si só expõem esse público a doenças sexualmente transmissíveis pelo fato de não terem oportunidade do diagnóstico e do tratamento adequado da gestante infectada e seu(s) parceiro(s) sexual (is).

Resultados na análise da raça/cor evidenciaram a maior incidência da Sífilis em recém-nascidos da raça/cor preta e parda, sendo reflexo de fatores sociais, mais do que biológicos, confirmando a influência da condição de vida na determinação da sífilis congênita, demonstrando que a maior incidência ocorre na parcela menos favorecida da população (MELO; FILHO; FERREIRA, 2011).

A baixa escolaridade materna tem sido vista como um dos principais fatores relacionados a esse agravo e associada à pobreza, se torna determinante no acesso das gestantes a uma assistência pré-natalina adequada, o que contribui para a persistência da transmissão vertical da sífilis para esse grupo populacional.

Altas proporções de fatores pessoais e externos (não acreditar na transmissão, não apreciar uso e desejar ter filhos, indisponibilidade do *condom*, relação não planejada), sugerem pouca preocupação com as questões preventivas, conforme aborda o artigo 05. Esse estudo apresentou alguns resultados como baixa frequência de DST e uso de drogas no último ano; a maioria se referiu a um ou dois parceiros sexuais durante o último ano, com relação à parceiro fixo cerca de 90% das gestantes dos três grupos etários negaram o uso frequente do preservativo, cujos motivos apresentaram associação positiva e significativa com fatores ligados ao companheiro (confiança no parceiro e dificuldade de aceitação de uso pelo mesmo). (COSTA *et al.*, 2011).

Neste estudo a faixa etária mais jovem (16 anos) mostrou maior proporção da interferência de fatores externos (indisponibilidade de preservativo e relação não planejada). Essas informações demonstram alta vulnerabilidade entre as mulheres, o que denota a importância das abordagens voltadas às questões de gênero e fatores ligados ao comportamento e estilo de vida da juventude, nos serviços de atendimento e prevenção de DST/AIDS.

Os resultados estão relacionados a múltiplos fatores: pessoais, ambientais e de gênero na epidemiologia das doenças sexualmente transmissíveis, o que reforça a necessidade de intensificação das ações preventivo-educativas, direcionadas à adolescência e à juventude.

O artigo seis sugere que vários fatores contribuem para o crescimento da AIDS em Florianópolis - SC relativos ao crescimento desordenado da cidade que ocasiona adensamento populacional, formando as áreas de indicadores sociais e a facilidade do tráfico de drogas, que resultam no uso e abuso das drogas de pessoas cada vez mais jovens. Esses fatores foram contribuintes para a alta incidência da AIDS em homens e a vulnerabilidade entre as mulheres (BASTIANI; PADILHA, 2012).

O artigo sete expôs o cenário de violência a que estão frequentemente submetidas as adolescentes menores de 15 anos dos estratos sociais menos favorecidos e impõe a necessidade de se intensificar a atenção a este segmento populacional. O perfil das adolescentes estudadas apresenta uma maior prevalência de DST e gestações não esperadas nas auto-referidas como pretas e pardas, podendo significar uma pior condição de vida das afro descendentes. (TEIXEIRA; TAQUETTE, 2010).

Em contrapartida observou-se que as adolescentes de famílias mais bem estruturadas (atenção e afetividade presentes), tiveram uma iniciação sexual mais segura, com conscientização sobre uso de métodos preventivos de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

No artigo oito foram entrevistados 259 alunos entre a 7^a série do ensino fundamental e 3^a série do ensino médio, das três escolas existentes em Ascurra (SC), sendo que desses alunos 95 (36,7%) eram do gênero masculino e 164 (63,3%) do gênero feminino, com idade entre 12 e 19 anos, renda familiar que variou entre um e cinco salários-mínimos mensais, tendo pais ou responsáveis com baixo grau de escolaridade, já que 40,2% cursaram apenas o ensino fundamental incompleto (CUSTÓDIO *et al.*, 2009).

O estudo permite concluir que os adolescentes iniciam a vida sexual por volta dos 14 anos, com uso inadequado ou não consistente do preservativo em todas as relações sexuais. Apresenta fatores que indicam comportamentos de risco, o uso da contracepção de emergência (21,7%), manifestações de esfera genital (12,7%) e uso de drogas (8,9%).

No artigo nove concluiu-se que informações precárias, relações permeadas por iniquidades de gênero, assim como a organização e modo de funcionamento dos serviços de saúde nas cidades de Juazeiro-BA e Petrolina-PE, interferem na prevenção das DST/AIDS entre adolescentes, tornando-os vulneráveis quanto à epidemia.

O fato do serviço de saúde manter práticas normatizadoras dificulta o diálogo com as adolescentes e seu acesso ao preservativo, ao planejamento reprodutivo, à assistência à saúde sexual, sem falar na falta dos insumos de prevenção (em especial da camisinha) e falta de espaços dialógicos com os grupos populacionais,

vulnerabilizando as adolescentes às DST e gravidez não planejada. As iniquidades de gênero orientam discursos, comportamentos e relações cotidianas, influenciando diretamente a qualidade de vida de jovens e mulheres (SAMPAIO *et al.*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste trabalho observa-se que existem muitos fatores que podem influenciar no processo saúde - doença e inferir na qualidade de vida das adolescentes. Fatores socioeconômicos, família desestruturada, déficit de estrutura e investimento nas Equipes de Saúde da Família para o levantamento das características epidemiológicas dos doentes de AIDS e até mesmo fatores intrínsecos ao ser humano (não acreditar na transmissão, confiar no parceiro, entre outros) causam influência considerável na exposição de adolescentes do gênero feminino às doenças sexualmente transmissíveis.

Evidencia-se a necessidade de planejamento para formalizar estratégias para ampliar o alcance das informações sobre doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, bem como para identificar e acompanhar os grupos de risco e realizar um trabalho levando-se em consideração cada gênero, abrindo espaços para diálogo e formas de envolver a família dentro desse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTIANI, Janelice de Azevedo Neves; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. **Aspectos epidemiológicos da AIDS em Florianópolis/SC, Brasil**. Esc Anna Nery (impr.), Rio de Janeiro, v. 16 (3):569-575, jul/set 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127723305020.pdf>>. Acesso em:10/04/13.

COSTA, Maria Conceição Oliveira *et al.* **HIV/AIDS e Sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens: fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIV/AIDS na rede Pública de Saúde/SUS, Bahia, Brasil**. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v.35, supl.1, p.179-195 jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2308.pdf>>. Acesso em

10/04/2013.

CUSTÓDIO, Geisiane *et al.* **Comportamento sexual e fatores de risco para a ocorrência de gravidez, DST e HIV em estudantes do município de Ascurra (SC).** Arquivos Catarinenses de Medicina, Santa Catarina, vol.38, n.1, 2009. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/626.pdf>>. Acesso em: 11/04/2013.

MELO, Nara Gertrudes Diniz Oliveira; FILHO, Djalma Agripino de Melo; FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso. **Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006).** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 20 (2): 213-222 abr/jun 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a10.pdf>>. Acesso em: 11/04/2013.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SOUZA, Carolina Barbosa Jovino de; EVANGELISTA, Danielle Rosa. **Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas públicas e privadas de Fortaleza-CE, Brasil.** REME - Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte, 13(2): 266-273, abr./jun., 2009. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e49f32d824.pdf>. Acesso em: 12/04/2013.

NADER, Silvana Salgado *et al.* **Juventude e AIDS: conhecimento entre os adolescentes de uma escola pública em Canoas, RS.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 53 (4): 374-381, out.-dez. 2009. Disponível: <http://www.amrigs.com.br/revista/53-04/11-455_juventude_e_aids.pdf>. Acesso em: 13/04/2013.

NUNES, Eliane Lima Guerra; ANDRADE, Arthur Guerra de. **Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil.** Psicologia & Sociedade, Florianópolis, 21 (1): 45-54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/06.pdf>>. Acesso em: 15/04/2013.

SAMPAIO, Juliana *et al.* **Ele não Quer com Camisinha e eu Quero me Prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino.** Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.171-181, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29781/31662>>. Acesso em: 20/04/2013.

TEIXEIRA, Sérgio Araujo Martins; TAQUETTE, Stella Regina. **Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos.** Rev AssocMedBras, Rio de Janeiro, 56(4): 440-6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/17.pdf>>. Acesso em: 25/04/2013.

Data do recebimento para publicação: 07.02.2014.

Data de aprovação do trabalho: 09.06.2014.

RISCOS OCUPACIONAIS E LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS QUE AFETAM TRABALHADORES DE FÁBRICAS DE GESSO EM PERNAMBUCO

OCCUPATIONAL RISKS AND SURVEY OF PROBLEMS AFFECTING EMPLOYEES AT PLASTER FACTORIES IN PERNAMBUCO, BRAZIL

Jane Karine de Lima Costa¹
Larice Costa Lourenço²
André Luiz Dantas Bezerra³
Paulo Roberto Veiga Quemelo⁴
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁵
Milena Nunes Alves de Sousa⁶

RESUMO: Objetivo: Identificar os riscos ocupacionais e as queixas relacionadas à saúde entre os trabalhadores de polo gesso no estado de Pernambuco. **Método:** Pesquisa epidemiológica, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 103 trabalhadores, que constituíram uma amostra não probabilística por conveniência. Os dados foram obtidos por meio de questionário previamente validado e analisados aplicando estatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (FSM), sob o CAAE n. 02923312.8.0000.5180. **Resultados:** O processo de trabalho no setor expõe os trabalhadores a riscos físicos, químicos e ergonômicos, além da possibilidade de acidentes. Em relação às queixas após contato com a poeira de gesso, 84 trabalhadores (82%) relataram problemas nas vias respiratórias, com espirro, tosse, falta de ar e sangramento nasal. Quanto aos sinais e sintomas relacionados ao trabalho, 83 trabalhadores (81%) relataram a presença de um ou mais sintoma(s), com destaque para os problemas musculares e esqueléticos. Contudo, em termos de queixas relacionadas à própria saúde, 70 trabalhadores (68%) relataram algum problema, principalmente o estresse e as dores musculares.

¹ Enfermeira pela Faculdade Santa Maria.

² Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria.

³ Enfermeiro e Cirurgião-Dentista. Especialista em Saúde da Família.

⁴ Doutor em Ciências Médicas pela Universidade de São Paulo. Coordenador do Programa de Promoção de Saúde da Universidade de Franca. Professor do Programa de Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da UNIFRAN.

⁵ Enfermeira. Docente da faculdade Santa Maria. Mestre em enfermagem. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC - FMABC. E-mail: ankilmar@hotmail.com.

⁶ Enfermeira. Docente Faculdade Santa Maria, Faculdades Integradas de Patos e Faculdade São Francisco da Paraíba. Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda em Administração pela UNINTER e Doutoranda em Promoção de Saúde pela UNIFRAN.

Conclusão: Há diversos riscos e queixas relacionados ao trabalho na área gesseira, mostrando-se importante sensibilizar empresários, trabalhadores e profissionais de saúde quanto à relevância de ações para prevenção e promoção da saúde, tanto para minimizar os efeitos deletérios à saúde como para aprimorar o conhecimento dos trabalhadores sobre os fatores de riscos e as medidas preventivas.

Descritores: Indústria de Cal e Gesso. Riscos Ocupacionais. Exposição Ambiental. Efeitos de Longo Prazo.

ABSTRACT: Objective: Identify occupational risks and health-related complaints among workers at a plaster-producing hub in the state of Pernambuco, Brazil. **Methodo:** Epidemiological survey, with an exploratory and descriptive nature and a quantitative approach. The study relied on the participation of 103 workers, who constituted a non-probabilistic convenience sample. Data were obtained through a questionnaire previously validated and analyzed by applying descriptive statistics. The study was approved by the Research Ethics Committee of Faculdade Santa Maria (FSM), under the CAAE 02923312.8.0000.5180. **Results:** The working process in this industry exposes workers to physical, chemical, and ergonomic risks, in addition to the possibility of accidents. Regarding complaints after contact with plaster dust, 84 workers (82%) reported respiratory problems, with sneezing, coughing, shortness of breath, and nosebleed. As for the signs and symptoms related to work, 83 workers (81%) reported the presence of one or more symptom(s), standing out the muscular and skeletal problems. However, in terms of complaints related to their own health, 70 workers (68%) reported some problem, especially stress and muscle aches. **Conclusion:** There are several risks and complaints related to work in the plaster industry, and it has been shown to be important to make entrepreneurs, workers, and health professionals aware of the relevance of health prevention and promotion actions, both to minimize deleterious health effects and to improve workers' awareness of the risk factors and preventive measures.

Descriptors: Lime and Plaster Industry. Occupational Risks. Environmental Exposure. Long Term Effects.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o trabalho significou a convivência coletiva entre os homens e em cada momento histórico foi assumindo novas características que condicionaram as relações sociais de cada época¹. Como tal e em conexão com o processo de trabalho, muitos entraves foram surgindo entre o homem e suas atividades laborais, especialmente, enquanto fonte de adoecimento do trabalhador.

Contudo, a problemática da Saúde do Trabalhador no Brasil somente emergiu a partir da década de 80, buscando a compreensão das relações entre trabalho e saúde-doença, refletindo a atenção à saúde prestada, a participação dos trabalhadores junto a sindicatos com reivindicações, denúncias às Políticas Públicas e ao Sistema de Saúde e, ainda, a questão das epidemias, tanto de doenças clássicas (intoxicação por chumbo, mercúrio, benzeno e silicose), como as “novas” doenças relacionadas ao trabalho (DRT), a exemplo das lesões por esforços repetitivos (LER) ou dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

Apesar de reconhecidamente evitáveis, as DRT são responsáveis por grande parcela da morbidade da população trabalhadora, podendo causar incapacidade e até mesmo a morte. No país, o registro de DRT aumentou de 5.025 em 1988 para 30.334 em 2005 entre os trabalhadores do Regime Geral da Previdência Social e, conseqüentemente, o pagamento de benefícios ocupacionais para compensação salarial. O contrário ocorreu em países desenvolvidos, em que houve uma tendência à diminuição na ocorrência destas enfermidades.

As ações em Saúde do Trabalhador no país se deparam com uma relativa ineficácia para transformar as condições de trabalho e reduzir acidentes e doenças ocupacionais, como indicado pela persistência de situações crônicas, como na construção civil ou na indústria de bens minerais, a exemplo do pólo gesseiro. Além das dificuldades próprias de cada instituição ou prática social voltada para a melhoria das condições gerais de trabalho, como a falta de conhecimento sobre as

causas de doenças e acidentes, a escassez de organização dos trabalhadores ou as determinações econômicas, as intervenções sociais voltadas para prevenção de doenças e acidentes podem avançar por meio de ações coordenadas supra-institucionais, associando de forma cooperativa os agentes públicos, instituições especializadas e agentes econômicos.

Diante dos aspectos relatados, este trabalho buscará refletir sobre o processo saúde-doença entre os trabalhadores de fábricas de gesso, para obtenção de informações sobre fatores epidemiológicos que concorrem com a saúde das pessoas. Assim sendo, como problema de pesquisa indaga-se: quais os riscos ocupacionais presentes no processo de trabalho, bem como as queixas relacionadas à saúde entre os trabalhadores do polo gesseiro de município pernambucano?

O cenário do estudo insere-se em uma região conhecida como uma das maiores produtoras de gipsita do Brasil, sendo uma das principais economias do Sertão do Nordeste brasileiro. Embora apresente o referido quadro, são poucos os estudos sobre o assunto no município alvo desta abordagem - Trindade-PE - e sua realização poderá permitir uma visão maior do impacto da exposição aos agentes nocivos do trabalho com o gesso, servindo assim para maior compreensão sobre ações preventivas e promotoras da saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida no trabalho.

No contexto da enfermagem, cabe a tais profissionais a sensibilização para as questões de saúde do trabalhador e o compromisso com a promoção e a manutenção da integridade física e psíquica dos trabalhadores em geral, especialmente aqueles das fábricas de gesso, pois os mesmos deparam-se cotidianamente com incontáveis situações que põem em riscos sua saúde e suas vidas.

Diante disto, objetivou-se identificar os riscos ocupacionais presentes no processo de trabalho, bem como as queixas relacionadas à saúde entre os trabalhadores do polo gesseiro de município pernambucano.

METODOLOGIA

Pesquisa epidemiológica, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo teve como cenário o município de Trindade, localizado na mesorregião do Sertão e na microrregião de Araripina no estado de Pernambuco e um dos principais produtores de gesso do país. Como tal, o *lócus* de pesquisa foram fábricas de gesso do referido município.

A população foi composta por 953 trabalhadores os quais atuavam no local anteriormente citado. Como o número era expressivo, foi adotada uma amostra não-probabilística por conveniência, conforme os seguintes critérios de inclusão: ser trabalhador de fábrica de gesso do polo gesseiro de Trindade-PE há 12 meses; atuar como balanceiro, calcinador, operador e foguista; e aceitar participar da pesquisa voluntariamente por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

De posse destes, participaram efetivamente do estudo 103 trabalhadores. Para concretizar a coleta de dados e regulamentar a pesquisa, todos os parâmetros legais constantes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram considerados², sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, conforme CAAE: 02923312.8.0000.5180.

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2012, com a aplicação de um questionário validado mediante pré-teste, composto por 13 questões objetivas, sendo cinco de identificação da amostra e oito pertinentes aos objetivos do estudo. Os dados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa teve início a partir da coleta de dados concernentes ao perfil social e demográfico da população em estudo.

Tabela 01: Apresentação dos dados social e demográfico.

Variável	N	%
Idade		
19 – 29	33	32
30 – 39	39	38
40 – 49	22	21
≥ 50	09	09
Sexo		
Feminino	02	02
Masculino	101	98
Estado Civil		
Solteiro	26	25
Casado	58	56
União estável	14	14
Divorciado	05	05
Viúvo	00	00
Grau de escolaridade		
Analfabeto	09	9
1º grau incompleto	72	70
1º grau completo	13	13
2º grau incompleto	02	2
2º grau completo	06	6
3º grau incompleto	01	01
Hábitos de vida		
Etilista	40	39
Tabagista	12	12
Etilista e tabagista	19	18
Não etilista e não tabagista	32	31
TOTAL	103	100

Fonte: Coleta de Dados, 2012.

Do total de trabalhadores pesquisados, 32% (n=33) estavam na faixa etária de 19-29 anos, 38% (n=39) entre 30-39 anos, 21% (n=22) entre de 40-49 anos e 9% (n=9) com idade \geq 50 anos. Estes trabalhadores, considerados com idade intermediária, entre 25-39 anos, tem aumentado no Brasil, justificando a ocorrência pela exigência das empresas por trabalhadores mais experientes e mais qualificados, justamente o que oferecem os jovens maduros.

Quanto ao gênero, foi perceptível à predominância do sexo masculino com 98% (n=101). Esse dado pode relacionar-se ao fato do trabalho exigir grande esforço físico. Em relação ao estado civil, a amostra revelou que 25% (n=26) dos pesquisados eram solteiros; 56% (n=58) casados; 14% (n=14) em união estável e 5% (n=5) eram divorciados.

Em relação ao grau de escolaridade, constatou-se baixo grau, pois 9% (n=9) eram analfabetos, 70% (n=72) tinham 1º grau incompleto, 13% (n=13) com 1º grau completo, 2% (n=2) 2º grau incompleto, 6% (n=6) 2º grau completo e 1% (n=1) com 3º grau incompleto, justificado pelo fato de ter iniciado o trabalho precocemente para ajudar a manutenção do lar tendo, assim, que abandonar a escola.

Os dados relacionados aos hábitos de vida trazem que 39% (n=40) são etilistas, 12% (n=12) tabagistas, 18% (n=19) etilistas e tabagistas e 31% (n=32) afirmaram não ser nem etilista e nem tabagista. Um dos pontos que merece destaque para a melhoria qualidade de vida do trabalhador, diz respeito ao estilo de vida das pessoas, pois é fundamental à promoção da saúde e para a redução da mortalidade por todos os casos, sendo fator determinante da saúde de indivíduos, grupos e comunidades.

O processo de produção do gesso é constituído basicamente de três etapas. A primeira delas é a extração da matéria-prima, o mineral gipso, comercialmente conhecido como “gesso natural” ou simplesmente gipsita. A gipsita passa pelo processo de moagem, ou britagem, em que são utilizados britadores de mandíbula e moinhos de martelo. Em alguns casos também é feito um segundo estágio, em circuito fechado com peneiras vibratórias a seco.

Dependendo do processo de calcinação da gipsita obtêm-se as variedades de hemidrato conhecidas como gesso beta e gesso alfa. Para que seja realizada esta fase, é necessário mão de obra especializada. Assim sendo, constatou-se que os participantes da pesquisa exerciam funções como: balanceiro (23%/n=24), calcinadores (50%/n=51), operadores (2%/n=2), foguistas (4%/n=4) e no setor de produção (21%/n=22).

O Ministério do Trabalho considera atividades insalubres, entre outras, aquelas em que há uma exposição por tempo prolongado a grandes quantidades de poeiras, todas as atividades desempenhadas pelos trabalhadores no setor de calcinação, caracterizam o ambiente de trabalho como potencial fonte de doenças ou agravos à saúde dos trabalhadores.

Sobre o tempo de atuação desses profissionais, as maiores taxas encontradas foi no período de 1-3 anos (45%/n=47), de 3-5 anos (11%/n=11), de 5-8 anos (11%/ n=11) e > 8 anos (33%/n=34) conforme os pesquisados.

Na atividade laboral para a produção de gipsita os trabalhadores exercem suas atividades em um período que varia entre 6-12 horas de trabalho. As várias etapas do processo de trabalho no setor de calcinação geram a exposição dos trabalhadores a riscos físicos, químicos, ergonômicos e de acidentes. Conforme dados relacionados com a exposição dos empregados das fábricas de gesso em análise aos agentes nocivos, 100% deles encontram-se expostos aos riscos citados.

O efeito clínico da exposição aos riscos físicos pode resultar em perda auditiva, embolia traumática pelo ar, fadiga visual, catarata, leucemia, e outros. Já, quanto à exposição a riscos químicos, vai depender da toxicologia da substância química, como por exemplo, pneumoconioses. Os riscos ergonômicos dão origem à fadiga, lombalgia, doenças osteomusculares (como LER-DORT), por fim, a exposição aos riscos de acidente pode resultar em traumatismos em geral (traumatismo craniano, fraturas, amputações, esmagamentos, queimaduras, entre outros).

O tempo de exposição à poeira do gesso variou entre menos de 1 hora até mais de 10 horas. É possível identificar que 1% (n=1) dos profissionais encontra-se exposto à poeira em um tempo menor do que 1 hora, 3% (n=3) ficam expostos em um período de 1-3 horas, 10% (n=10) entre 4-6 horas e a grande maioria dos

pesquisados (85%; n=87), se expõem à poeira no período de 7-9 horas e 2% (n=2) em um período \geq 10 horas.

Considerando os sintomas apresentados mediante o contato com o gesso, os dados levantados nesta pesquisa revelam que 76% (n=78) dos indivíduos pesquisados alegam sentir algum sintoma após o contato com o gesso, enquanto que 24% (n=25) afirmaram não sentir mal algum.

Dentre aqueles que são afetadas pelo pó do gesso, 46,15% (n=36) se queixam de apenas um sintoma, dentre estes: 5,13% (n=4) a dor de cabeça; 10,25% (n=8) tosse; 3,85% (n=3) irritação na pele; 11,54% (n=9) espirro; 1,28% (n=1) sangramento nasal; 11,54% (n=9) ardência nos olhos e 2,56% (n=2) alegam outros sintomas. No mais, 29,49% (n=23) alegam sentir dois sintomas: 5,13% (n=4) sentem dor de cabeça e espirro; 3,85% (n=3) espirro e ardência nos olhos; 6,41% (n=5) dor de cabeça e ardência nos olhos; 6,41% (n=5) tosse e espirro; 2,56% (n=2) irritação na pele e espirro; 2,56% (n=2) tosse e ardência nos olhos e 2,57% tosse e irritação na pele. Por fim, 24,36% (n=19) dos entrevistados alegaram sentir três ou mais sintomas sendo dor de cabeça, tosse e ardência nos olhos os mais citados.

A partir dos resultados deste questionamento foi possível identificar que a maioria das queixas está relacionada ao contato das vias respiratórias com a poeira, pois o espirro, a tosse, a falta de ar e o sangramento nasal somam 82% (n=83) do total de respostas. Esta prevalência está associada a uma gama de fatores, tais como: variáveis ambientais (aspectos geográficos, condições de temperatura e umidade do ar, características sociais e culturais), variáveis ligadas ao próprio indivíduo (sexo, idade, hábito tabagista, história ocupacional e patológica pregressa), entre outros.

O trato respiratório é uma das principais portas de entrada de substâncias estranhas ao organismo. As fossas nasais constituem o primeiro contato com os agentes inalados e executa os primeiros mecanismos de defesa: filtração, condicionamento do ar e sensação de odores e de irritantes.

Portanto, apreender as implicações que o processo de trabalho traz para o sistema respiratório humano e à saúde dos trabalhadores requer uma compreensão da lógica que rege a intensificação e exploração da força de trabalho nos dias atuais, o qual contribui para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho e cria

as condições que aumentam a probabilidade de acidentes e mortes, evidenciando o vínculo causal entre saúde e trabalho.

De acordo com a coleta de dados, o questionamento sobre os principais sinais e sintomas relacionados ao trabalho, evidenciou que 81% (n=83) trabalhadores relataram sentir um ou mais sintoma e 19% (n=20) não apresentaram nenhuma queixa. Os que relataram um sintoma (25%; n=21) citaram como os mais frequentes: cansaço (11%/n=9), dores nas costas e nas pernas (5%/n=4), cada. Dentre os trabalhadores que apresentaram dois sintomas (29%/n=24), os mais citados foram: dores nas costas e nas pernas 3,6% (n=3), desgaste físico e desgaste psíquico (6%/n=5), dores nas pernas e desgaste físico (6%/n=5), e dores nas pernas e irritabilidade (2,4%/n=2). No mais, 46% (n=38) relataram três ou mais sintomas, destacando-se: dores nas costas, pernas e desgaste físico e dor nas pernas (39,94%/n=33), irritabilidade, desgaste psíquico e postura viciosa (6,06%/n=5).

Conforme aqueles que referiram sentir um ou mais sintoma relacionados ao trabalho destacaram-se, então, os problemas musculares e esqueléticos.

No que se refere às queixas relacionadas à própria saúde, 68% (n=70) queixaram-se de algum sintoma e 32% (n=33) nenhum. Com relação aos sintomas mais frequentes, 27,18% (n=28) queixavam-se apenas de um sintoma, sendo o mais frequente o estresse 16,50% (n=17) e as dores musculares 7,67% (n=8). Os que se queixavam de dois sintomas (29,13%/n=30) os mais citados foram, dores musculares e estresse (16,50%/n=17), estresse e insônia (5,82%/n=6). Os que relataram três ou mais sintomas (11,65%/n=12), nos quais 3,89% (n=4) queixavam-se de dores musculares, estresse e insônia, 2,91% (n=3) de dores musculares, diminuição da capacidade auditiva e estresse, 2,91% (n=3) queixaram-se de dores musculares, diminuição da capacidade auditiva, estresse e insônia e 1,44% (n=2) relataram diminuição da capacidade auditiva, estresse e insônia.

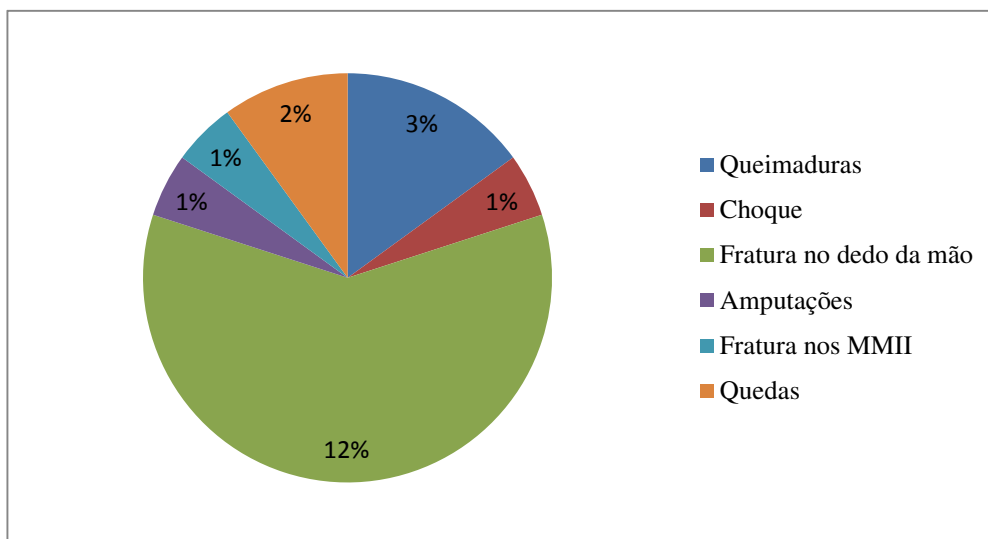
O trabalho pode acarretar ao homem disfunções e lesões biológicas, além de reações psicológicas, desencadeando processos psicopatológicos relacionados às condições em que é desempenhado. São várias as condições que podem predispor o trabalhador a situações de sofrimento do trabalho, impactando em sua saúde física e mental: fatores relacionados ao ritmo e ao tempo, jornadas longas com poucas pausas, turnos à noite, pressões de chefias por maior produtividade e outros.

Dentre os questionados quanto ao número de trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho, 19% (n=20) relataram já terem sofrido algum tipo de acidente no ambiente laboral. O número pode ser considerado pequeno, as características do processo de trabalho.

O acidente de trabalho é um acontecimento imprevisto que ocorre durante o exercício de trabalho e que provoca lesão corporal e/ou perturbação funcional, podendo resultar em perda ou redução da capacidade para o trabalho ou, ainda, resultar em morte. Essa alteração da capacidade para o trabalho pode ser temporária ou permanente⁸. É considerado também acidente de trabalho, o acidente ligado ao trabalho, que, embora não tenha sido a causa única, tenha contribuído diretamente para a ocorrência da lesão; como, acidentes ocorridos no local e no horário de trabalho; a doença proveniente de contaminação acidental do trabalhador no exercício da atividade laboral; e o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do empregado e vice-versa.

Sobre as repercussões dos acidentes de trabalho, pôde-se verificar consequências diversas.

Figura 01: Consequências do acidentes de trabalho.



Fonte: Coleta de Dados, 2012.

Dos acidentados no trabalho (19%/n= 20), 3% (n=3) deles relataram terem sofrido queimaduras, ocasionados pelo contato com os fornos de calcinação, 1%

(n=1) referiu choque, 12% (n=12) fratura no dedo da mão, ocasionada principalmente pelo manuseio da gipsita no início do processo de calcinação, 1% (n=1) referiu amputação causada principalmente pelo mau uso do maquinário, 1% (n=1) lesão nos membros inferiores e 2% (n=2) haviam sofrido quedas no ambiente de trabalho.

Em 2009 foram registrados 723.452 acidentes e doenças do trabalho, entre os trabalhadores assegurados da Previdência Social, não incluindo neste número os trabalhadores autônomos e as empregadas domésticas. Foram contabilizadas também 17.693 doenças relacionadas ao trabalho, e parte destes acidentes e doenças tiveram como consequência o afastamento das atividades de 623.026 trabalhadores devido à incapacidade temporária (302.648 até 15 dias e 320.378 com afastamento superior a 15 dias), 13.047 por incapacidade permanente, e o óbito de 2.496 pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou inquirir sobre o processo saúde e doença entre os trabalhadores de fábricas de gesso, para obtenção de informações sobre fatores epidemiológicos que concorrem com a saúde destes trabalhadores. Por meio da análise dos dados foi possível constar que todos os trabalhadores encontravam-se expostos a riscos físicos, químicos, ergonômicos e de acidentes no setor de trabalho. Deste modo, muitos foram os sintomas e as queixas a saúde entre os pesquisados, com problemas respiratórios, musculoesqueléticos e psicológicos bastante referenciados.

Diante dos dados, pode-se conhecer a realidade do trabalhador do setor gesseiro, o quadro de desatenção conduz a necessidade de um olhar mais atento para tais indivíduos, pois o processo de trabalho na produção de gesso acarreta ao trabalhador efeitos nocivos à saúde, impactando negativamente sobre sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Z. N. Processo de Trabalho e Algumas Implicações para a Saúde do Trabalhador. In: Ribeiro MCS (Org). **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari, p.13-27, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa. **Envolvendo Seres Humanos: Resolução 196/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2009**. Seção IV - Acidentes do Trabalho. [citado 22 maio 2012]. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=989>.

LE MOS, C. A. F.; NASCIMENTO J.V.; BORGATTO, A. F. Parâmetros individuais e sócio-ambientais da qualidade de vida percebida na carreira docente em educação física. **Rev Bras Educ Fís Esp**. V. 21, n. 2, pp. 81-93, 2007.

LIMA, F. P. A. Ações coordenadas em saúde do trabalhador: uma proposta de atuação supra-institucional. **Rev Bras Saúde Ocup**. V. 34, n. 119, pp. 67-78, 2009.

MUNHOZ, F. C.; RENÓFIO, A. Uso da Gipsita na Construção Civil e Adequação para a P+L [resumo]. In: **anais do XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção (Enegep)**. Foz Iguaçu-PR. p. 01-10, 2007.

PICOLOTO, D.; SILVEIRA, E. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas - RS. **Ciênc Saúde Coletiva**. V. 13, n. 2, pp. 507-516, 2008.

RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari, 2008.

SILVA, C. P, RODRIGUES, A. B.; DIAS, M. S. A. Percepção de caieiros quanto às consequências do trabalho no processo saúde-doença. **Rev Saúde Pública**. V. 41, n. 5, pp. 856-60, 2007.

SILVA, G. G. J. et al. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocup**. V. 34, n. 119, pp. 79-87, 2009.

SOUZA, N. S. S. et al. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários

relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Rev Saúde Pública.** V. 42, n. 4, pp.630-638, 2008.

Data do recebimento para publicação: 06.01.2014.

Data de aprovação do trabalho: 23.05.2014.

QUEDAS EM PESSOA IDOSA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FALLS IN AN ELDERLY PERSON: A LITERATURE REVIEW

Amanda Rolim Mangueira¹

Renata Livia Silva Fonseca Moreira de Medeiros²

Danielle Santiago de Souza Leão Fernandes³

Fernando Dutra⁴

Jamili Anbar Torquato⁵

Maria Iranilda Silva Magalhães⁶

RESUMO: Introdução: O envelhecimento humano é um processo decorrente da diminuição das reservas funcionais do organismo, que causa alterações psicológicas, físicas e sociais. Ele resulta em limitações relativas à realização das atividades, propiciando fraqueza muscular e envelhecimento osteoarticular, o que reduz a velocidade da marcha. As consequências mais graves do envelhecimento são agravadas pela ausência de políticas públicas de amparo à pessoa idosa, aumentando sua fragilidade. Um processo fisiológico torna-se patológico, com consequente morbidade e alto custo social e econômico decorrente de lesões provocadas pelas quedas. **Objetivo:** Investigar os fatores de risco de quedas em pessoas idosas, abordando a sistematização da política e do planejamento dos sistemas de saúde público e privado. **Metodologia:** Revisão focada na temática “quedas em idosos” realizada nas bases de dados SciELO e Lilacs. **Conclusão:** Constatou-se que ainda há certo descaso na política e no planejamento da atenção à população idosa quanto à prevenção e à promoção da saúde. Os programas atuais de assistência a essa clientela concentram-se no assistencialismo, com diversas repercussões negativas em sua vida. Mostra-se necessário adotar programas que despertem o interesse da população idosa em atividades que almejem proporcionar uma longevidade saudável.

¹ Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Mestrado de Ciências da Saúde - UNICSUL. Email: amandarolim@hotmail.com.

² Enfermeira. Professora na FSM. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: renataliviamoreira@hotmail.com.

³ Fisioterapeuta. Mestranda do programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, pela UNICSUL. Email: dandan_pop@hotmail.com.

⁴ Docente do Programa de Pós-Graduação de Mestrado de Ciências da Saúde - UNICSUL. Email: fernando.dutra@cruzeirosul.edu.br.

⁵ Docente do Programa de Pós-Graduação de Mestrado de Ciências da Saúde - UNICSUL. Email: jamillylopes@hotmail.com.

⁶ Biomédica. Docente na Faculdade Santa Maria. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, pela UNICSUL. Email: iranildamagalhaes@gmail.com.

Descritores: Envelhecimento. Quedas. Políticas Públicas.

ABSTRACT: Introduction: Human aging is a process deriving from decreased functional body reserves, which causes psychological, physical, and social changes. It results in limitations to fulfill activities, leading to muscle weakness and musculoskeletal aging, something which reduces gait speed. The most serious consequences of aging are worsened by the absence of public policies to support the elderly person, increasing her/his weakness. A physiological process becomes pathological, with consequent morbidity and high social and economic costs derived from injuries caused by falls. **Objective:** Investigate the risk factors for falls in elderly people, addressing the systematization of the policy and planning of public and private health systems. **Methodology:** Review focused on the theme “falls in elderly people” conducted in the databases SciELO and LILACS. **Conclusion:** It was found out that there is still a certain disregard in the policy and planning of care for the elderly population concerning health prevention and promotion. The current programs to assist this clientele focus on welfarism, with several negative repercussions in its life. It seems there is a need for adopting programs that arouse the elderly population’s interest in activities aimed to provide a healthy longevity.

Descriptors: Aging. Falls. Public Policies.

INTRODUÇÃO

É crescente o processo de envelhecimento em todo o mundo, característico tanto de países desenvolvidos como em desenvolvimento. No Brasil apesar desse processo ser recente, a população brasileira de idosos é considerada uma das maiores do mundo. O número de idosos (60 anos ou mais de idade) chega a 14,5 milhões passando a representar 9,1% da população brasileira, enquanto no início da década somavam 11,4 milhões, sendo 7,9% do total. Estima-se que daqui a 25 anos a população de idosos no Brasil poderá ser superior a 30 milhões (IBGE 2001).

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem, e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem de forma particular para cada indivíduo com sobrevida prolongada. Nessa fase, ponderando sobre sua própria existência, o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, no entanto, sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados (MENDES, 2000).

O envelhecimento biológico normal leva à diminuição das reservas funcionais do organismo. Esse efeito pode ser observado em todos os aparelhos e sistemas: muscular, ósseo, nervoso, circulatório, respiratórios, pulmonar, endócrino, geniturinário, digestório e imunológico (VANDERVOORT, 2000).

As quedas são uma das consequências mais graves do processo de envelhecimento, elas são conhecidas como um grande problema de saúde pública entre os idosos, devido à frequência, morbidade e alto custo social e econômico decorrente das lesões provocadas (FREITAS; SCHEICHER, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde “as quedas em indivíduos acima de 60 anos de idade são tão frequentes que há muito tempo têm sido aceitas como uma consequência inevitável, um efeito colateral e natural do envelhecimento” (BRASIL, 2000, p.17).

Conforme um consenso desenvolvido pela Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, queda é o deslocamento não intencional do corpo

para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção de tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade (PEREIRA *et al*, 2001).

As causas são diversas, se dividindo em fatores intrínsecos e extrínsecos. Segundo o Ministério da Saúde se identifica como fatores intrínsecos, as causas desencadeadas pelo desgaste fisiológico. E, extrínsecos os fatores externos que influenciam no meio familiar e social da população idosa (BRASIL, 2000; Apud FALCÃO; ALMEIDA, 2010).

A possibilidade de envelhecer de forma saudável deveria estar em prioridade das políticas públicas, não só pela questão da saúde, mas também pelo aspecto econômico dos idosos com incapacidades não são economicamente ativos e representam ônus para as finanças públicas (MIRALLAS *et al*, 2011).

O envelhecimento sendo um processo natural da vida, reconhecer as fragilidades desta fase é ponto de discussão na medicina social e, epidemiologicamente, já que são vários os fatores que contribuem para os riscos de quedas na população idosa. Tais determinantes associam-se a idade avançada (principalmente acima de 80 anos), sexo feminino, história prévia de quedas, imobilidade, baixa aptidão física, fraqueza musculares de membros inferiores, fraqueza do aperto de mão, equilíbrio diminuído, marchas lentas com passos curtos, dano cognitivo, doença de Parkinson, sedativo, hipnótico, ansiolíticos e polifármaco (MINISTERIO DA SAÚDE, 2009).

Aproximadamente 30% dos idosos caem uma vez por ano segundo o Ministério da Saúde, resultado semelhante ao de estudos realizados por Cruz *et al*, 2012 na população estuda a prevalência foi de 32,1%. Foi observado por este estudo e outros realizados que a maior frequência de quedas são em mulheres por apresentarem os seguintes fatores de risco: quantidade de massa magra e de força muscular menor do que homens da mesma idade; maior perda de massa óssea devido à redução de estrógeno, aumentando a probabilidade de osteoporose; maior prevalência de doenças crônicas; maior exposição a atividades domésticas e a comportamento de maior risco.

Pelo processo de envelhecimento normal a literatura tem demonstrado a incidência de quedas entre 65 e 74 anos com taxa de 32%; entre 75 e 84 anos, 35%; e acima de 85 anos, 51%(FERREIRA, YOSHITOME, 2010).

O exercício físico também ajuda a prevenir as quedas, melhora a mobilidade e diminui o risco de doença cardiovascular. Atividades da vida diária são importantes para a prevenção da atrofia de músculos e articulações, além de fazerem bem para a mente, principalmente nos gerontes (BENEDETTI, GONÇALVES, MOTA, 2007).

Estatísticas apresentam que há uma redução em 10% da probabilidade de queda nos que se exercitam em comparação com os sedentários; o treinamento específico para o equilíbrio motivou uma redução de 25% de quedas; aulas de Tai Chia Chuan (um exercício de equilíbrio) reduz o risco de cair em 37% (MINISTERIO DA SAÚDE, 2009).

O diagnóstico precoce e a terapia com a reabilitação vestibular, tem mostrado bons resultados e prognósticos nos transtornos labirínticos dos idosos principalmente a síndrome vestibular periférica irritativa e predomínio de vertigem postural paroxística benigna. em consequência da diminuição de acuidade e visual, ocorrem vertigem e ou tontura que limitam as atividades dos idosos (MIRALLAS *et al*, 2011).

Os fatores extrínsecos no ambiente domiciliar são pontos de correções rotineiramente, como também, as intervenções multifatoriais devem ser implantadas nos Sistemas de Saúde (público e privado). Essas ações que são justificadas pela explosão demográfica nesta fase da vida. Portanto, trabalhar na prevenção e na promoção da desta população, identificando os perigos existentes no meio ambiente, eliminando as fragilidades físicas e psicossociais do (a) idoso (a), acomodando às condições socioeducativas, são condições que resultam em uma melhoria de qualidade de vida da pessoa idosa e dos seus cuidadores.

RECURSO METODOLÓGICO

A pesquisa trata de uma revisão de literatura, sob um olhar crítico e contextualizado numa dimensão política, social e educativa, nos aspectos da saúde, como bem estar e qualidade de vida.

As informações foram obtidas por meio de evidências científicas sobre a temática em estudo e teve como fonte de dados, a Medline, SciELO, limitando as informações a partir do ano 2000, intensificando nos anos de 2010, 2011 e 2012. Tendo como descritores: quedas em pessoas idosas, políticas públicas para a prevenção e promoção da pessoa idosa.

Foram selecionados 85 artigos, no entanto, 55 artigos não estavam na íntegra, 11 não havia congruência com o objetivo de estudo, 05 estavam duplicados, restando 14 para estudo criterioso pertinente ao conteúdo. A seleção do material deu-se pela especificidade do tema trabalhado e os critérios qualitativos de inclusão e exclusão foram submetidos à avaliação crítica da metodologia e a síntese dos resultados. As ferramentas estratégicas literárias foram por meio de site virtual, com acesso gratuito e a disponibilização do material na íntegra.

O estudo aconteceu sobre discussões em grupo, abordando os fatores de riscos de quedas e as políticas públicas direcionadas a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Buscou-se identificar as relevâncias no processo de envelhecimento e os fenômenos causadores da má qualidade de vida da população idosa, como também, os fatores determinantes psicossocial, físico e biológico que interferem no processo saudável do envelhecimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 26 artigos, lidos os resumos e selecionados para estudos, além de outras fontes consultadas, livros, revistas e sites.

Diante do fato da crescente incidência de quedas na população idosa, os estudos expressaram como problema de saúde pública, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, por incidir além dos aspectos humanos e de saúde, advém o psicológico, social e econômico da pessoa idosa e a dependência social e econômica dos seus familiares e cuidadores. Por esta dimensão, concebe-se como alerta para a Medicina Social e os organismos responsáveis pela Saúde Pública, que deve considerar epistemologicamente a explosão demográfica da população idosa a qual transforma o cenário epidemiológico, já que as pessoas idosas não desfalecem mais tanto de doenças infecciosas ou parasitárias e sim de doenças degenerativas (cardiovasculares, reumáticas e mentais) prevalecendo às limitações de independência, acarretando em fragilidades do organismo para deambulação (dificuldades em equilíbrio e na marcha), provocando cada vez mais quedas e conseqüentemente lesões que elevam os índices.

As discussões que permeiam administrativamente e politicamente o SUS é que as conseqüências geradas pelas quedas na população idosa, vem onerando os cofres públicos, com as despesas de internações hospitalares, medicamentos, consultas médicas, tratamento e reabilitação. Por outro lado, a não produtividade profissional das pessoas envolvidas com a (o) paciente idosa (o), as (os) quais submetem os seus familiares aos conflitos individual e social, causando um impacto econômico crítico (BRASIL, 1999).

Por sua vez, as organizações mundiais, tem buscado elencarem discussões para mediar estratégias e operacionalização de programas que favoreçam atividades educativas e terapêuticas de prevenção e promoção à qualidade de vida da população idosa, considerando às identidades culturais. Conter informações para identificar as causas de quedas em idosos e implantar programas padrões não é a solução, porque distorce a realidade social e econômica na dimensão humana do

problema no Brasil, considerando as desigualdades sociais, que agregam valores, culturas e crenças diferenciadas. Para tanto, o objetivo de discutir o envelhecimento, está pautado nas perspectivas de um modelo de prevenção e promoção à revitalização da capacidade biológica da pessoa idosa, com intervenções intersetorial e, conceptuando a pessoa idosa no seu contexto sócio, político, econômico e educativo.

Porém, enquanto política de saúde os estudos mostraram o que se tem de concreto são demonstrativos das consequências de fatos relacionados com incidência da problemática nos métodos estatísticos, que apresentam a frequência de quedas em idosos, denunciando às fragilidades do sistema, ferindo o Estatuto do Idoso. Curioso é apresentar informações convictas que existe uma sequência cronológica, em que a pessoa idosa que cai uma vez por ano, no ano subsequente há probabilidade é de cair duas vezes. E, que os índices estatísticos diferenciam geograficamente; os números de permanência hospitalares estão relacionados com a idade e o sexo, que variam de 4 a 15 dias; O índice de mortalidade chega a 40 % em média, de acordo com a idade e gênero. As mulheres caem mais, lesionam mais, porém, morrem menos. Os homens caem menos e morrem mais. Como também, as pessoas idosas que vivem em comunidade para idosos, caem mais, do que as que vivem em sociedade. Os estudos demonstraram que alguns fatores são predominantes para estabelecer interdependência psicossocial, como, por exemplo, biológico, comportamental, ambiental e fatores econômicos (OMS, 2010).

Há negligência em efetivar políticas que correspondam ao Estatuto do Idoso, em que possa subsidiar a Medicina Social, inteirando à resolutividade de fato com ações para o atendimento ao idoso nos mais diversos níveis e modalidades.

Além de conceber o envelhecimento como uma fase da vida, no contexto geral da palavra, por si só o envelhecimento acontece na pessoa, que tem suas particularidades desde, de uma carga genética específica relevando o processo histórico, social, político, educativo e econômico, e suas interações psicossociais na maturidade no processo de envelhecimento (OMS, 2010).

O envelhecimento passa a afetar a funcionalidade de idoso, dificultando o desempenho nas atividades cotidianas de forma independente, propiciando a ocorrência de quedas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Diante dos fatos, culmina em uma fase de cuidados técnicos e terapêuticos para proporcionar uma melhor qualidade de vida para a manutenção da própria saúde. Entretanto, as diligências para a população idosa, não tem alcançado os méritos que possam reverter em seu benefício, já que o SUS, não avançou nos programas de política do idoso, o atendimento ao idoso atualmente pelo SUS, se resume no usufruto de terapias curativas e não de prevenção e promoção à qualidade de vida. O que de concreto se estabelece no âmbito da Prevenção é a vacinação contra a gripe (FALCÃO; ALMEIDA. 2010).

Contextualizar a queda, como consequência de um processo dinâmico, que poderá acontecer ou não acontecer, no entanto, vários elementos são determinantes para incidir na compreensão e delimitar espaço de caracterização da problemática, valorizando a condição humana, enquanto ser fragilizado pelo desgaste fisiológico da idade.

Os fatores responsáveis de quedas em pessoas idosas podem intrínsecos e extrínsecos, ocasionados por alterações fisiológicas e os praticados por meio dos comportamentos individuais, além do cenário em que vive a pessoa idosa.

Alguns estudos apresentam as arritmias cardíacas, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, déficit cognitivo, sintomas depressivos, a falta de atividade física, déficit osteomusculares. Pereira *et al.* (2004), apresenta em seus estudos que as degenerações articulares e musculares, são causas consideradas de grande relevância para quedas na pessoa idosa. Berlinger e Potter (2000) constataram que a pessoa idosa com demência é um fator de predisposição para a queda na pessoa idosa. Como também, tonturas, estudos apresentam que há uma interação entre queda e deficiência sensorial; A diminuição visual, auditiva.

Brito e Costa (2001) expressão em seus estudos que diurético, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos aumentam a possibilidade de quedas em idosos.

Outros dados importantes conhecedores neste estudo foram os fatores extrínsecos que são comportamentos e elementos estruturais do ambiente de convivência da pessoa idosa, a própria residência e as vias públicas, tornam em perigos para a qualidade de vida e o envelhecimento saudável de uma população com a vitalidade biológica comprometida.

Estatísticas mostram que 44% dos acidentes em idosos, por desequilíbrio (quedas), acontecem na residência da pessoa idosa por esforço para realizar uma atividade, piso escorregadio, móveis em locais de circulação, tapetes pelo piso, degraus, subir em objetos (Campebelletal, 2000).

Fuller (2000), as consequências das quedas trazem grande transtornos na vida tanto da pessoa idosa como de seus familiares, podendo causar até a morte. Outro agravante é que a pessoa idosa após cair uma vez fica temerosa em cair novamente, porque estudos mostram que há índices elevados de reincidência, a pessoa idosa tende a evitar a deambulação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou compreender os fatores de risco de quedas em idosos, a partir do contexto que o envelhecimento é um processo que deve ser tratado no âmbito educacional e cultural, para que a longevidade da vida tenha o valor merecido das experiências e das vivências fisiológicas, sobrepondo a ideia da velhice como um fenômeno de inutilidade.

Os fatores que causam as quedas em pessoas idosas são os extrínsecos, que estão caracterizados no ambiente domiciliar, que devem ser pontos de correções rotineiramente, através da iluminação adequada, piso não escorregadio, disposição adequada do mobiliário e objetos, ausência de tapetes, uso de anteparo para assento durante o banho e algum recurso antiderrapante, barras de apoio para facilitar o acesso a escadas e degraus, e outros. No meio social, com os cuidados estabelecidos pela política do idoso, prevalecendo o socioeducativo. E, os fatores intrínsecos que são os diretamente ligados ao envelhecimento normal, como a perda da massa e da força muscular, maior perda de massa óssea, maior prevalência de doenças crônicas, perda da audição, problemas vestibular acarretando em desequilíbrio, depressão, insônia que traz grandes distúrbios no bem-estar da pessoa idosa.

Outro momento explorado na pesquisa foi em relação às políticas de atendimento a pessoa idosa nos sistemas, público e de direito privado, que tem proposto um acolhimento a pessoa idosa baseado na atenção de assistencialismo, de terapias curativas.

O estado da terceira idade é centrado nas modificações biológicas do ser em detrimento do psicológico e social. Por sua vez, a ciência colabora por meio das inquietações e estudos são realizados a respeito das causas de quedas na pessoa idosa, sendo a sociedade científica e as ciências biomédicas os colaboradores nas discussões e nas operacionalizações de um problema considerado atualmente de saúde pública.

Com o conhecimento das fragilidades sistemáticas do processo saúde-doença em relação a pessoa idosa, este estudo contribui enquanto ferramenta para elaboração e planejamento, subsidiando os profissionais da área da saúde à estabelecer protocolos e procedimentos que venham contemplar as necessidades da pessoa idosa, no âmbito da prevenção e promoção a saúde, validando o estatuto do idoso, não só pela política do assistencialismo, que é o mais comum que se observa no atendimento do Sistema Único Saúde (SUS), conforme as abordagens estudadas.

Intervenções multifatoriais devem ser implantadas nos Sistemas de Saúde (público e privado), para que possa diminuir os efeitos das alterações relativas à idade, doenças e meio ambiente inadequado, prevalecendo a preocupação da prevenção às doenças e promoção a saúde, com compromisso, acompanhamento e correção ambiental familiar e social, somado a necessidade de imunização de doenças caracterizadas desta fase mais efetivamente, atividade física e postura corporal, trabalhando como um processo educativo, alimentação saudável, saúde oral e de ambiente.

O trabalho permitiu respaldar a necessidade de mais pesquisas sobre esta temática, para que se desenvolvam programas institucionais e públicos, nas áreas de lazer, de terapias ocupacionais, de desenvolvimento cognitivo, principalmente através dos programas saúde de atenção básica às famílias, com atenção a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEDETTI, T.R.B, GONÇALVES L.H.T, MOTA J.A.P.S. **Uma proposta de política pública de atividade física para idosos.** *TextoContextoEnferm*, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 387-98.

BERLINGER, W. G.; POTTER, J. F. Low Body Mass Index in demented outpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, v.39, n.10, p. 973-978, 1991.

BRASIL, 1999. MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria 1395/GM - Política de Saúde do Idoso.

BRITTO, F. C.; COSTA, S. M. N. Quedas, In: PAPAEO NETTO, M.; BRITO, F. C. **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu, p. 9-12, p. 323-335.

CAMPEBELL, A. J. *et al.* Circumstances and consequences of falls experienced by a community population 79 years and over during a prospective study. *Age Ageing*, v.19, n.2, 1990, p 136-141.

CRUZ, D.T.; RIBEIRO, L.C.; VIEIRA, M.T.; TEIVEIRA, M.T.B.; BASTOS, R.R.; LEITE, I.C.G. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo.v46.n.1, Dez-Fev.2012.

FALCÃO, M. E. O; ALMEIDA, S. A.; Atuação do Enfermeiro para a Prevenção de Quedas em Idosos. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 2010.

FREITAS, M.A.V.; SCHEICHER, M.E. Preocupação de idosos em relação a quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. v.11. n.1. 2008.

FULLER, G. F. Problem-oriented diagnosis: falls in the elderly. *American Family Physician*, v.61, n.7, p. 2159-2168, 2000.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais de 2001. Rio de Janeiro. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://ibge.gov.br/>. Acesso em: 27 de setembro de 2012.

MENDES, M.R.S.S.B. O cuidado com os pés em construção [**dissertação**]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria 1395/GM – Política de Saúde do Idoso. 1999.

MINISTERIO DA SAÚDE.**Estatuto do Idoso**. 2ª ed. Série E. Legislação de Saúde. Brasília-DF. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**.2007.

MIRALLAS, N.D.R.; CONTI, M.H.S.; VITTA, A.; LAURENTI, R.; SAES, S.O. Avaliação e reabilitação vestibular no indivíduo idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro.v.14.n.4,Out-Dez.2011.

MORELLI, J.G.S.; REBELETTO, J.R.; BORGES, C.F. Quedas: fatores determinantes, consequências e intervenções profissionais. In; REBELLATO, J.R.; MORRELE, J.G.S. *Fisioterapia Geriátrica – A Prática da assistência ao idoso*. 2ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2007. Cap.5, p.167.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório do Encontro Técnico Sobre Prevenção das Quedas na Velhice da OMS, São Paulo, 2010.

PEREIRA, SRM, BUKSMANS, PERRACINI, M, PY L, BARRETO, KML, LEITE, VMM. Projeto Diretrizes: quedas em idosos. Rio de Janeiro: **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**; 2001.

PEREIRA, S. R. M *et al.* Quedas em Idosos. Revista Associação Médica do rio Grande do Sul (AMRIGS), Porto Alegre, v. 48, n.1, p. 43-65, jan-mar. 2004.

ROCHA,L.; BUDÓ, M.L.D.;BEUTER.M.;SILVA.R.M.S.;TAVARES.J.P. **Vulnerabilidade de idoso às quedas seguidas de fratura de quadril.** Escola Anna Nery. Rio de Janeiro.v.14.n.4, out-dez.2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Outubro 2008. Participantes: Buckman S.; Uilela ALS; Pereira SEM; Lino VS; Santos VH.

VANDERVOORT, A. A. **Alterações Biológicas e Fisiológicas.** In: PICKLES, B. *et al.* Fisioterapia na Terceira idade. 2ªed. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda.; 2000.cap 6.

Data do recebimento para publicação: 23.01.2014.

Data de aprovação do trabalho: 27.06.2014.

ACIDENTES COM PERFUROCORTANTES NA ENFERMAGEM: OS MOTIVOS PARA SUBNOTIFICAÇÃO

SHARPS INJURIES NURSING: THE REASONS FOR UNDERREPORTING

Milena Gabriela dos Santos Silva¹
Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro²
Janaína Micaele dos Santos Silva³
Priscila Dayanne dos Santos Araújo⁴
Thainar Machado de Araújo Nóbrega⁵

RESUMO: Introdução: a subnotificação dos acidentes de trabalho, em especial dos que ocorrem com material perfurocortante, é prática comum entre os trabalhadores da saúde, de modo especial entre os enfermeiros. **Objetivo:** identificar as motivações para subnotificação de acidentes com perfurocortantes entre profissionais de enfermagem. **Método:** Esta pesquisa tem caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. **Resultados:** Constatamos que 53% dos acidentes não foram notificados, 50% dos profissionais destacaram que o motivo do não registro foi por acreditarem no baixo risco de contaminação, 25% por não saberem a quem recorrer e 25% por não considerarem necessário. **Considerações finais:** Identificamos por fim, a necessidade do hospital em estudo se voltar às questões referentes à saúde do trabalhador, com foco em medidas de educação e vigilância em saúde almejando que estratégias de prevenção e notificação de agravos sejam efetivadas.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde do Trabalhador. Riscos Ocupacionais.

ABSTRACT: *Underreporting of accidents, especially those that occur with sharps, it is common practice among health workers, especially among nurses. Therefore, our goal is to identify the reasons for underreporting of sharps injuries among nursing*

¹ Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia - Natal (RN), Brasil. Endereço: Rua Honorato Chermont de Oliveira, 954, bairro Boqueirão, CEP: 59.360-000, Parelhas-RN, Brasil. Telefone: (84) 96112594. Email: milenaparelhas@hotmail.com.

² Mestre pela Universidade Católica Unisantos - Santos (SP). Professora da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) - Cajazeiras (PB).

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

⁴ Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia - Natal (RN).

⁵ Especialista em Saúde da família pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP)-Patos (PB).

professionals. This research is exploratory and descriptive study with a quantitative approach. We found that 53 % of accidents were not reported, 50 % of professionals have pointed out that the reason the record was not because they believe in low risk of contamination, 25 % not knowing where to turn and 25 % for not deem it necessary. Finally identified the need for the study hospital turn to matters relating to occupational health, focusing on measures of education and health surveillance aiming to prevention strategies and reporting of injuries take effect.

Keywords : Nursing . Occupational Health. Occupational Risks.

INTRODUÇÃO

Segundo o artigo 19 da Lei 8.213 de 24 de julho de 1991, "acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente" (BRASIL, 1991).

Em se tratando de trabalhadores da área de saúde, o maior risco é o de acidentes com materiais perfurocortantes com provável contaminação, sendo estes todos os objetos com proeminências rígidas e capazes de cortar e perfurar; tais como agulhas, escalpes, jalecos, lâminas de bisturi, materiais de vidro quebrados e outros similares (OLIVEIRA, 2009).

Nessa perspectiva, os enfermeiros caracterizam-se como os membros da equipe de saúde com maior propensão aos acidentes com este tipo de material, uma vez que estes prestam assistência direta e por vinte e quatro horas ao cliente, sendo responsáveis pela maior parte das ações de saúde (RIBEIRO, 2007; PEREIRA, 2009).

Infelizmente, a subnotificação dos acidentes de trabalho, em especial dos que ocorrem com material perfurocortante, é prática comum entre os trabalhadores da saúde que deixam de notificar o evento, por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) (MOURA, 2006).

Esta prática torna-se cada dia mais frequente, conforme evidenciado em pesquisa realizada em um grande hospital o qual demonstrou que 78% dos trabalhadores acidentados não dão a devida importância às pequenas lesões, como por exemplo, a picada de agulha, resultando em subnotificação e, por consequência, inviabilizando que estudos sobre a temática, bem como a assistência adequada ao profissional acidentado, sejam realizados (RIBEIRO, 2010).

Assim sendo, percebemos que a atenção cedida aos acidentes com perfurocortantes é mínimo quando observamos sua elevada frequência, sua considerável subnotificação e a urgência em preveni-los. A verdade é que os

profissionais ignoram e menosprezam esse tipo de evento por não possuírem consciência da dimensão real dos riscos.

Por isso, este estudo torna-se relevante por considerarmos que a subnotificação inviabiliza que a problemática torne-se conhecida em sua verdadeira dimensão, impedindo, desse modo, que medidas de apoio ao profissional sejam planejadas e implementadas. Justifica-se pela necessidade em se compreender os motivos que levam um profissional de saúde a subnotificar um acidente de trabalho com material perfurocortante. Portanto, nosso principal objetivo neste trabalho foi realizar uma investigação sistemática acerca dos motivos para subnotificação de acidentes com perfurocortantes entre profissionais de enfermagem.

MÉTODO

O presente estudo teve como proposta metodológica ser uma pesquisa transversal de caráter exploratório e descritivo, com uma abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no Hospital Dr. José Augusto Dantas (DJAD), localizado no município de Parelhas, estado do Rio Grande do Norte, no período de abril a julho de 2013. A população deste estudo foi composta por todos os vinte e cinco (25) membros da equipe de enfermagem do Hospital DJAD. Os participantes foram toda a população (100%), atribuindo a ela critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos na pesquisa, os profissionais que faziam parte da Escala de Enfermagem do Hospital estudado e já haviam sofrido acidentes de trabalho com perfurocortante e, foram excluídos os membros da equipe de enfermagem que estavam eventualmente de férias, licença ou afastados por motivo de doença e ainda, os profissionais que nunca sofreram acidente de trabalho com materiais perfurocortantes. Diante disso, a amostra foi composta por 15 profissionais.

O instrumento utilizado foi um questionário semi-estruturado contendo questões que abordaram aspectos referentes aos dados sócio demográficos dos participantes e aos dados referentes ao objetivo da pesquisa. O projeto foi inicialmente enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital

Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande -UFCG, por meio da Plataforma Brasil. Após apreciação e aprovação com número 232.976, a mesma foi viabilizada.

Os participantes foram abordados durante sua atividade laboral, nos turnos da manhã e noite, respeitando a disponibilidade dos mesmos, e a aplicação do questionário foi feita de forma presencial pelas pesquisadoras participantes. Como forma de contabilizar os dados da pesquisa utilizou-se o programa *Microsoft Excel*, versão *Windows. 7*, através do índice de frequência e percentual, com representação por meio de gráficos e tabelas das informações obtidas através dos questionários. Após serem computados por estatística descritiva, os dados foram confrontados com a literatura pertinente, na tentativa de se comparar a realidade vivenciada no hospital DJAD com as ocorrências de acidentes por perfurocortantes e sua subnotificação em outras pesquisas. Todo estudo foi desenvolvido observando-se os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADO

Caracterização da Amostra

Na Tabela 1 serão apresentados os dados referentes à caracterização do sujeito da pesquisa por meio das seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de serviço, trabalho em outros locais que não seja o hospital em estudo, jornada semanal de trabalho e presença de cartão vacinal atualizado. Esta caracterização torna-se pertinente por proporcionar uma visão geral acerca do perfil dos participantes deste estudo, buscando, contudo, apontar alguns fatores que podem vir a contribuir direta ou indiretamente para a ocorrência de acidentes com material perfurocortante, bem como para sua subnotificação.

Tabela 1: Caracterização do sujeito da pesquisa.

VARIÁVEIS	Caracterização do Sujeito da Pesquisa	
	f	%
Sexo		
Feminino	15	100
Masculino	00	00
Idade		
20 - 30 anos	04	27
30 - 40 anos	03	20
40 - 50 anos	06	40
Acima de 50 anos	02	13
Tempo de serviço		
1 - 5 anos	06	40
5 - 10 anos	02	13
10 - 15 anos	01	07
Mais de 15 anos	06	40
Trabalha em outro local		
Sim	12	80
Não	03	20
Jornada semanal de trabalho		
≥ 40 semanais	13	87
< 40 semanais	02	13
Cartão de vacina atualizado		
Sim	14	93
Não	01	07
TOTAL	15	100

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com os dados da tabela 1, pode-se dizer que dos 15 participantes do estudo, os quais sofreram acidentes com material perfurocortante, 100% eram do sexo feminino. Quanto à idade, a maioria dos participantes (40%) se encontrava na faixa etária entre 40 e 49 anos (N=6), caracterizando-se como adultos jovens. Quanto ao tempo de serviço, observamos que os profissionais possuíam entre 1 ano e mais de 15 anos de serviço, tendo igual percentual (40%), as faixas entre 1 e até 5 anos e acima de 15 anos. Cerca de 80% (N=12) dos profissionais envolvidos no estudo trabalhavam em outro local, além do

hospital DJAD, e cerca de 87% (N=13) possuíam jornada semanal de trabalho com carga horária igual ou superior a 40 horas semanais. É interessante observar que 93% (N=14) dos profissionais apresentaram cartão de vacina atualizado.

Dados referentes ao objetivo da pesquisa

No gráfico 1 serão enfatizados os aspectos relacionados a notificação dos casos de acidentes com perfurocortantes, enfatizando a ocorrência ou não da notificação, bem como a que órgão o acidente foi notificado.

Quanto à ocorrência de notificação, percebemos que 53% (N=08) dos acidentes não foram notificados, enquanto que 47% (N=07) foram notificados a um setor competente. Visualizamos ainda, que 72% (N=05) das notificações se fizeram no Núcleo Epidemiológico do hospital por meio de ficha específica de notificação, 14% (N=01) foi notificado ao CEREST e 14% (N=01) foi notificada de forma verbal a direção do hospital.

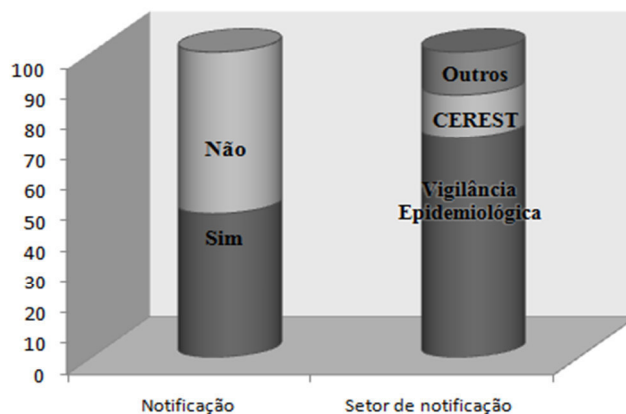


Gráfico1: Distribuição dos acidentes de acordo com a notificação dos casos.

Hospital Dr. José Augusto Dantas, Parelhas-RN, 2013.

No gráfico 2 serão abordados os principais fatores relatados pelos participantes da pesquisa como motivos que os levaram a não registrar a ocorrência do acidente com o objeto punctório.

No que diz respeito à subnotificação dos acidentes, 50% (N=04) dos profissionais destacaram que o motivo do não registro foi por acreditarem no baixo risco de contaminação, 25% (N=02) por não saberem a quem recorrer e 25% (N=02) por não considerarem necessário.

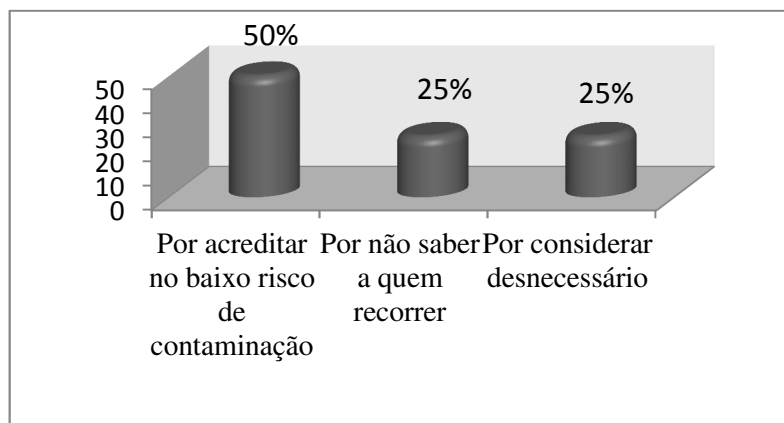


Gráfico 2: Distribuição dos acidentes de acordo com a causa da subnotificação.

Hospital Dr. José Augusto Dantas, Parelhas-RN, 2013.

DISCUSSÃO

A maior incidência desses eventos na população feminina deve-se ao fato de a categoria da enfermagem possuir historicamente uma predominância desse gênero. Resultados similares foram evidenciados em 2011 no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, onde 80,9% dos acidentes com perfurocortantes ocorreram com profissionais do sexo feminino. Também em pesquisa realizada no ano de 2010, no Hospital das Clínicas de Botucatu, constatou-se que 85,41% dos infortúnios acometeram as trabalhadoras do referido sexo (SILVA, 2010; LIMA, 2011).

Os resultados desse estudo também se demonstraram em consonância com o evidenciado na literatura, quando nos revela que os participantes dessa pesquisa, que já haviam sofrido acidentes com o tipo de material em estudo, pertenciam à faixa etária produtiva da sociedade.

Percebemos que todo o profissional independente do tempo de serviço está susceptível a este tipo de acidente, no entanto, nesse estudo, observa-se que os profissionais com menor e maior tempo de atuação foram os mais atingidos. Possivelmente, os com menos experiência ainda possuem pouca destreza para a realização dos procedimentos ou os realizem de maneira ansiosa, de forma contrária, os com maior tempo de serviço devem apostar em sua boa habilidade técnica e assim, ignoram os riscos aos acidentes de trabalho.

O fato dos trabalhadores, em sua maioria, possuírem mais de um vínculo empregatício, bem como perfazerem uma jornada semanal de trabalho maior/igual a 40 horas semanais, nos faz refletir até onde a sobrecarga de trabalho favorece aos acidentes com material perfurocortante, tornando-se ainda válido enfatizar, que essa sobrecarga seja por diversas vezes decorrente da busca por melhores condições salariais. Em um estudo semelhante a este, realizado no hospital Municipal Salgado Filho, no Rio de Janeiro, em 2009, revelou que 100% dos membros da equipe de enfermagem apresentavam mais de um vínculo empregatício, fato relacionado aos baixos salários atribuídos aos trabalhadores dessa classe, o que certamente influencia na exposição aos riscos ocupacionais devido à sobrecarga de trabalho (ALVES, 2009).

Felizmente, uma parcela considerável dos profissionais apresenta seu cartão vacinal atualizado, o que talvez não reflita uma preocupação com a aquisição de doenças transmissíveis por parte desta classe, mas sim, uma exigência dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) que realizam campanhas de vacinação anuais, na tentativa de prevenir doenças como a Hepatite B. Em pesquisa similar realizada no Hospital Regional de Cajazeiras - PB, em 2010, revelou que dos 43 participantes do estudo, 38 (88%) afirmaram estar com o cartão vacinal atualizado no que se refere às vacinas da Hepatite B e dT (difteria e tétano) (SILVA, 2010).

É importante destacar que a notificação desses eventos acidentes de trabalho junto a um órgão competente é a única forma de comprovar o acidente e com isso, o risco de aquisição de possíveis doenças (OLIVEIRA, 2010).

Como já enfatizado neste estudo, esses eventos devem ser notificados por meio da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) a um serviço de

Medicina do Trabalho, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho para que se torne possível conhecer a real dimensão da problemática ocasionada por esses acidentes, bem como, para que sejam estudadas formas de estimular o profissional a se prevenir desses agravos. Assim sendo, a subnotificação evidenciada neste trabalho só vem a comprovar a dificuldade que os estabelecimentos de saúde enfrentam para elaborar atividades e ações de prevenção e controle de acidentes.

A Implantação e implementação de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) no hospital em estudo seria de grande importância, tendo em vista que esse órgão apresentaria dentro do ambiente hospitalar a função de prevenir os agravos decorrentes do trabalho, de modo a integrá-lo com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Os resultados de uma pesquisa realizada em um hospital geral, público e universitário, no ano de 2007, encontram-se em consonância com este estudo, quando nos mostra que 84,6% dos acidentes por perfurocortantes foram subnotificados, sendo apenas 15,4% registrados por meio de documento oficial (LIMA, 2011). Outro estudo de grande relevância revelou um índice de 91,9% de subnotificação de acidentes entre trabalhadores de enfermagem, sendo os acidentes com material perfurocortantes os de maior índice de subnotificação (34,4%) (PEREIRA, 2009).

Os motivos para a subnotificação atribuídos pela equipe de enfermagem ressaltam mais uma vez que os profissionais subestimam e ignoram os riscos ocupacionais inerentes a sua profissão ou não se interessam pela temática por não saberem como agir ou a quem buscar diante de um acidente. Indubitavelmente a carência de informações acerca dos meios corretos para notificação do acidente no ambiente laboral e/ou a ausência ou desinformação sobre protocolos a serem seguidos após um evento dessa magnitude contribuem significativamente para ocorrência de subnotificações.

Em consonância com este estudo, uma pesquisa similar revelou que a principal causa de subnotificação dos acidentes por perfurocortantes ocorreram por que os profissionais acreditavam no baixo risco de contaminação (68,3%) (OLIVEIRA, 2010).

Esse posicionamento por parte dos profissionais impede que os estabelecimentos assistenciais de saúde tomem consciência da real dimensão da problemática, dificultando, portanto, o planejamento e o desenvolvimento de medidas preventivas e de controle de acidentes (RIBEIRO, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente laboral exerce forte influência na vida do profissional, tanto positivamente, quando lhe confere satisfação e bem-estar, quanto negativamente, quando oferece condições que os submetem aos riscos ocupacionais, podendo inclusive, gerar acidentes ou doenças.

Em se tratando de acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes e a subnotificação desses eventos, observa-se neste estudo, que este não é um agravo enfrentado apenas por hospitais de grande porte, mas sim, vem se caracterizando como uma realidade a ser enfrentada por todos os estabelecimentos assistenciais de saúde de uma forma geral.

Os principais motivos para a subnotificação dos acidentes evidenciados neste estudo revelam a necessidade imediata do hospital se voltar às questões referentes à saúde do trabalhador, com foco em medidas de educação permanente que incentivem os profissionais a notificarem eventos dessa proporção.

Por fim, identificamos como fator que pode vir a contribuir para redução nos índices de acidentes com perfurocortantes, bem como, para elevar as taxas de notificação desses infortúnios, caso os mesmos ocorram, a implantação de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e/ou de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), para que estes órgãos encarreguem-se das estratégias de educação e vigilância em saúde, garantindo assim, que medidas de promoção, prevenção e notificação de agravos, e proteção à saúde do profissional de enfermagem e demais, sejam efetivadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, S.S.M.; PASSOS, J.P.; TOCANTINS, F.R. **Acidentes com Perfurocortantes em Trabalhadores de Enfermagem:** uma questão de biossegurança. *Revista Enfermagem UERJ*. v. 17(n. 2): p. 272-277, 2009.

BRASIL. Lei 8.213 de 24 de julho de 1991. **Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 25.07.91 - 170º da Independência e 103º da República, 1991.

CARVALHO, I.A.; MULATINHO, L.M.; CARVALHO, J.A.; ROCHA, C.M.C, TEIXEIRA, D.S. Acidentes de trabalho com a equipe de enfermagem nas unidades de terapia intensiva em um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Vol. 5 (n.3): p.670-678, 2011.

DINIZ, S.P. **Occupational accidents: a quantitative study in a hospital in a region of the state of Paraíba.** 2010. 63f. Monografia, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Ciência da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras PB, 2010.

LIMA, M.L.; OLIVEIRA, C.C.; RODRIGUES, K.M.R. **Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas - 2004 a 2008.** *Escola Anna Nery*. v. 15 (n. 1), 2011.

MOURA, J.P.; GIR, E.; CANINI, S.R.M. **Acidentes ocupacionais com material perfurocortante em um Hospital regional de Minas Gerais, Brasil.** *Cienc. enferm.* ; v.12 (n.1): p.29-37, 2006.

OLIVEIRA, A.C.; DIAZ, M.E.P.; TOLEDO, A.D. **Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes entre a Equipe multiprofissional de uma unidade de emergência.** *Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol. 9 (n.2): p.341-349, 2010.

OLIVEIRA, Z.G.; CASTRO, P. **Acidentes de trabalho com perfurocortantes em atividade de enfermagem: uma revisão bibliográfica.** Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso de Pós Graduação em Enfermagem do Trabalho) - Universidade Federal do Mato Grosso, 2009.

PEREIRA, G.H. **Acidentes de trabalho vivenciados pela equipe de enfermagem de um hospital público.** Monografia (Enfermagem) - Unidade de Ciências da Vida - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2009.

RIBEIRO, E.J.G.; SHIMIZU, H.E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 60 (n.5): p. 535-540, 2007.

RIBEIRO, P.C.; RIBEIRO, A.C.C.; JÚNIOR, F.P.B.L. **Perfil dos acidentes de trabalho em um hospital de Teresina, PI**. Cogitare Enfermagem; vol 15 (n.1): p. 110-116, 2010.

SILVA, T.R.; *et al.* Acidente com material perfurocortante entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**; v.31 (n.4): p. 615-622, 2010.

Data do recebimento para publicação: 07.03.2014.

Data de aprovação do trabalho: 27.06.2014.

PRECONCEITOS VIVENCIADOS POR PORTADORES DE HANSENÍASE NA CIDADE DE CAJAZEIRAS-PB

PREJUDICES EXPERIENCED BY LEPROSY PATIENTS IN THE TOWN OF CAJAZEIRAS, PARAÍBA, BRAZIL

Khamila Pessoa Gomes¹
Sheylla Nadjane Batista Lacerda²
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa³
Janaina Barbosa da Silva⁴
Elisangela Vilar de Assis⁵
Milena Nunes Alves de Sousa⁶

RESUMO: Introdução: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa altamente infecciosa e de baixa patogenicidade cujo fator etiológico é o *Mycobacterium Lepae*. É popularmente conhecida como *lepra*. A enfermidade traz consigo a marca do preconceito, da discriminação e da exclusão social desde os tempos bíblicos. Endêmica no Brasil, constitui grave problema de saúde pública. Caracteriza-se pelo comprometimento da pele, dos nervos periféricos e pela exclusão social, dificultando o enfrentamento da doença. **Objetivo:** Analisar o preconceito vivenciado por portadores de hanseníase no município de Cajazeiras-PB. **Método:** Estudo de campo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, com amostra de 20 pacientes com idades de 20 a mais de 60 anos. Os preceitos éticos da Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitados. A coleta de dados ocorreu em maio de 2014, por meio de um roteiro de entrevista com questões subjetivas, analisadas com aplicação do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** A maior parte dos entrevistados são homens casados, com Ensino Fundamental e baixo nível de renda. Em relação à doença, os portadores de hanseníase reportaram ser estigmatizados e sofrer preconceito e discriminação social, familiar e pessoal (autoestigma). **Conclusão:** As ações de saúde devem abordar aspectos clínicos,

¹ Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria.

² Bióloga. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. E-mail: sheyllalacerda@bol.com.br.

³ Enfermeira. Docente da faculdade Santa Maria. Mestre em enfermagem. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC - FMABC.

⁴ Graduada em Enfermagem na faculdade Santa Maria.

⁵ Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina do ABC. E-mail: ely.vilar@hotmail.com.

⁶ Docente Faculdade Santa Maria, Faculdades Integradas de Patos e Faculdade São Francisco da Paraíba. Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda em Administração pela UNINTER e Doutoranda em Promoção de Saúde pela UNIFRAN.

mas também precisam buscar a minimização dos efeitos da marginalidade vivenciada pelos hansenianos, por meio da educação em saúde, já que o preconceito, a discriminação e a exclusão social encontram-se enraizados na construção social da enfermidade.

Palavras-chaves: Saúde Pública, Hanseníase, Preconceito.

ABSTRACT: Introduction: Leprosy is a highly infectious disease with low pathogenicity whose etiological factor is *Microbacterium Leprae*. It is popularly known as leprosy. Illness carries along the mark of prejudice, discrimination, and social exclusion since Biblical times. Endemic in Brazil, it constitutes a major public health problem. It is characterized by involvement of the skin, peripheral nerves, and social exclusion, making it difficult to cope with the disease. **Objective:** Analyze the prejudice experienced by leprosy patients in the town of Cajazeiras, Paraíba, Brazil. **Methodo:** Exploratory field survey, descriptive, with a qualitative approach and a sample of 20 patients aged from 20 to over 60 years. The ethical precepts of Resolution 196/96, from the National Health Council, were observed. Data collection took place in May 2014, by means of a structured interview script with subjective questions, analyzed by applying the Collective Subject Discourse. **Results:** Most respondents are married men, with Primary Education and low income level. Regarding illness, leprosy patients reported being stigmatized and suffering social, family, and personal (autoestigma) prejudice and discrimination. **Conclusion:** Health actions must address clinical aspects, but they also need seeking to minimize the effects of marginalization experienced by leprosy patients, through health education, as prejudice, discrimination, and social exclusion are rooted in the social construction of illness.

Keywords: Public Health, Leprosy, Prejudice

INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença milenar conhecida por lepra desde os tempos bíblicos. A enfermidade traz consigo a marca do preconceito, discriminação e exclusão social desde o seu surgimento. É uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica, cujas manifestações clínicas têm predominância na pele e/ ou nervos periféricos. Seu agente causador é o *mycobacterium leprae* ou bacilo de Hans. O início da patologia ocorre, na maioria das vezes, com sensações parestésicas ou eritema-hipocrômicos, com alterações de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil (BAIALARDI, 2007).

É endêmica no Brasil. Registram-se em média, a cada ano, 47.000 novos casos, dos quais 23,3% com graus de incapacidades I e II, afetando a vida de milhares de pessoas, já que a doença compromete mecanismos de defesa, como a capacidade de sentir dor, a visão e o tato, tornando-os mais vulneráveis aos riscos de acidentes, queimaduras, feridas, infecções, amputações, entre outros (BRASIL, 2008).

O diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção são ações prioritárias da Assistência de Enfermagem para bloquear a transmissão da doença, reduzir incapacidades de deformidades, assim como para desconstruir o medo e o preconceito que causam discriminação e danos psíquicos, morais e sociais aos doentes, seus familiares e sociedade, bem como, o trabalho com a comunidade para o repasse de informações sobre a doença, com o debate sobre o medo e impactos dos preconceitos sobre as pessoas atingidas pela doença (BRASIL, 2008).

Na Hanseníase o estigma é um fenômeno real, que afeta a vida dos indivíduos nos seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos e representa o conjunto de fatores como crenças, medos, preconceitos, sentimento de exclusão que atinge os portadores da doença. O estigma e o preconceito associados à doença ameaçadora e fatal do passado permanecem no imaginário da sociedade remetendo os indivíduos ao tabu da morte e mutilação trazendo grande sofrimento

aos seus portadores com sérias repercussões em sua vida pessoal e profissional (BAIALARDI, 2007).

No campo da enfermagem, a problemática é de suma importância, como bem comenta Lopes (2008) para quem o desafio é superar a invisibilidade da atuação da Enfermagem na atenção às pessoas portadoras de Hanseníase no Brasil. Portanto, o enfermeiro deve conhecer e lutar contra os estigmas ainda reinantes no cotidiano do hanseniano, já que a exclusão, o medo, o preconceito e a discriminação se encontram enraizados na construção social da enfermidade, sendo fatores que nos dias atuais dificultam o portador no enfrentamento da doença e no convívio com os demais.

Então, o enfermeiro deve buscar tal saber para atuar nesse cuidado, resgatando a auto-estima do portador de hanseníase, bem como dispensar cuidado especial para que os indivíduos possam ultrapassar esse delicado momento de sua vida e conseguir vencer a árdua trajetória que se inicia desde a descoberta do diagnóstico, podendo estender-se após a cura. Tal fato demonstra como o tema se constitui em importante objeto de estudo para o campo da Enfermagem.

A partir das discussões e das constatações outrora refletidas na literatura, pela verificação, a partir de Estágios Supervisionados, de que a Hanseníase tem sido bem prevalente no município de Cajazeiras-PB surgiu o interesse e foi percebida a necessidade de abordar a relação entre Hanseníase e a exclusão social. A questão norteadora do estudo foi: quais os preconceitos vivenciados por portadores de hanseníase na Cidade de Cajazeiras-PB?

A relevância desta abordagem encontra-se na possibilidade de evidenciar as dificuldades encontradas pelos hansenianos quanto aos preconceitos e tabus ainda reinantes na atualidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado na cidade de Cajazeiras-PB, localizada no Alto Sertão Paraibano. Os locais para a realização do estudo foram as 13 Unidades de Saúde da Família, localizada no mais variados bairros no município.

Segundo dados coletados na Secretaria de Saúde do município de Cajazeiras no ano de 2010 foram notificados 64 casos de Hanseníase, configurando-se o universo de pesquisa. Pelo quantitativo, foi cogitado em abordar 100% da população-alvo do estudo, contudo, no decorrer das entrevistas ocorrem algumas perdas, tendo participado efetivamente do mesmo 20 sujeitos ou 31,25% do universo de pesquisa constituindo, assim, a amostra. Tal número foi determinado pela não adequação aos seguintes critérios de inclusão: ser menor de idade; ter mudado de endereço residencial, perdendo contato com a unidade de saúde; não aceitaram participar da pesquisa; e a não assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi utilizado como instrumento um roteiro de entrevista estruturado. Após as informações, caso o hanseniano manifestasse o desejo em participar voluntariamente do estudo, tiveram que assinar o TCLE, Foi considerada a Resolução 196/96, o que implicou na necessidade deste Projeto de Pesquisa ser avaliado por CEP. Portanto, com o parecer favorável - protocolo de nº XXX (colocar numeração) (ANEXO A), a população-alvo assinou o TCLE (APÊNDICE B), bem como os pesquisadores assinaram um termo de compromisso dos pesquisadores (APÊNDICE C).

O próximo passo foi marcar a entrevista, onde foi realizada no próprio domicílio e as quais foram gravadas, transcritas e analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre; Lefèvre (2005). Os dados foram coletados no mês de maio de 2011.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados foram dispostos em sua primeira parte voltados para caracterização da amostra, podendo assim, formular através de análise quantitativa, um perfil das participantes da pesquisa; na segunda parte discutiremos os resultados relacionados aos objetivos propostos na pesquisa através da IC e DSC. As questões abordadas foram caracterizadas em dois tipos de dados: 1) sócio-demográficos e 2) referentes ao objeto de estudo.

Dados sócio-demográficos

Os dados inicialmente buscam expor caracterização da amostra, quanto a sexo, idade e outros.

Quadro 01: Caracterização da amostra.

Faixa etária	F	%
20 - 29 anos	4	20
30 - 39 anos	3	15
40 - 49 anos	8	40
50 - 59 anos	3	15
De 60 anos acima	2	10
Sexo	F	%
Masculino	12	60
Feminino	8	40
Escolaridade	F	%
Ensino fundamental completo	3	15
Ensino fundamental incompleto	7	35
Ensino médio completo	2	10
Ensino médio incompleto	3	15
Não estudou	5	25
Estado civil	F	%
Solteiro (a)	7	35
Casado (a)	13	65
Renda familiar	F	%
Menos que 1 salário mínimo	4	20
1 a 2 salários mínimos	10	50
3 ou mais salários mínimos	6	30
TOTAL	20	100

A média de idade dos participantes mostra que 4 (20%) deles tinham entre 20 e 29 anos, 3 (15%) entre 30 e 39 anos, 8 (40%) de 40 a 49 anos, 3 (15%) de 50 a 59 anos e 2 (10%) de 60 anos acima.

A análise dos dados levantadas no estudo revela que a hanseníase parece atingir mais adultos na faixa etária entre 40-49 anos, observando um aumento no número de casos com a progressão da idade. Apesar disto, Carvalho (2000) expõe que o padrão de distribuição da hanseníase por idade, registrado na literatura, é variável e apresenta diferenças regionais marcantes.

Quanto ao sexo dos entrevistados, 60% eram do sexo masculino e 40% do feminino. Os resultados assemelham-se aos demais estudos nacionais, em que é comum o relato de maior frequência de casos entre homens (CARVALHO, 2000).

No tocante a escolaridade dos entrevistados, pôde-se verificar que o ensino fundamental incompleto foi o nível de escolaridade de maior freqüência, ou seja, dos 20 entrevistados, 35% se enquadraram nessa freqüência, 15% possuíam o fundamental completo e o ensino médio incompleto, cada. Ainda, 25% afirmaram nunca terem estudado e 10% terem o ensino médio completo.

O ensino fundamental incompleto (35%) predominantemente entre os hansenianos em somatória com o analfabetismo (25%) causa preocupação, já que a baixa escolaridade é um fator determinante para o surgimento da hanseníase, afetando diretamente o curso da doença, tanto quanto ao diagnóstico precoce, a boa adesão a terapêutica ou mesmo a adoção de medidas de promoção e prevenção da saúde.

Sobre o estado civil dos mesmos constatou-se que 65% são casados e 35% solteiros. Os dados apontados permitiram observar que a patologia foi mais prevalente em pacientes casados, sendo que a doença ocorre em todos os estados civis.

Em relação à renda dos pacientes, 50% dos portadores de hanseníase relataram possuir renda mensal de 1 salário mínimo (SM), 20% menos de 1 SM e 30% afirmaram receber entre 2 e 3 SM. Nota-se que a maioria dos pacientes é de baixa renda.

Os aspectos econômicos podem influenciar as formas de enfrentamento dos problemas de saúde, juntamente com aspectos sociais e psicológicos. Afinal, as condições socioeconômicas deficitárias da população contribuem diretamente para que a hanseníase permaneça como doença endêmica no Brasil, apesar dos avanços científicos relacionados ao controle da patologia (GEHARDT, 2006).

Dados referentes ao objeto de estudo

Quadro 02: Inibição e vergonha após a descoberta de ser portador da hanseníase.

IC 1	DSC
Sim, devido o preconceito	<i>[...] Ficaram mim olhando com desprezo Por conta que tive um filho com a mesma doença e todos se afastaram dele, hoje ele não sai de casa [...] Por que quando as pessoas souberam, passaram a mim tratar como uma coisa que não serve mais, muitos mim isolaram [...]</i>
IC 2	DSC
Sim, tristeza e medo	<i>[...] fiquei triste agente não acha bom pegar uma doença grande dessa [...] fiquei nervosa, com medo do que iria acontecer [...]</i>

O quadro 2 mostra como os portadores de hanseníase se sentiram ao descobrir que estavam com a doença. Verifica-se nos discursos que as principais sensações relacionaram-se ao preconceito, já que este ainda impera no imaginário coletivo, bem como o sentimento de tristeza e medo, por não saberem como seria a vida a partir da descoberta da hanseníase.

É possível observar nas falas dos portadores que a situação de ter a doença já é difícil, ainda mais considerando o fato de ter que enfrentar o processo do tratamento, de conviver com o preconceito e a estigma que se fez em torno da patologia. Assim, pelo diagnóstico, muitos apresentaram sensações de medo, relacionados com um futuro incerto.

Oliveira (2005) afirma que o claro preconceito vivenciado é manifestado pela perda do convívio com a sociedade, pois não é fácil não aceitar-se como doente, nem ter o apoio daqueles que o cercam.

Quadro 03: Afastamento do convívio social ou familiar em decorrência da doença.

IC 1	DSC
Escondo a doença	<i>[...] Eu mim trato e tomo medicação escondida, invento que é remédio de coração, por isso não se afastaram de mim [...] Ninguém sabe que sou doente só a enfermeira do posto, escondo até do meu marido [...]</i>
IC 2	DSC
Rejeição da sociedade	<i>[...] Tive que parar de trabalhar, por que meu patrão não mim aceitava com a doença. [...] Tenho uma vizinha que dizia ser minha amiga e quando descobriu minha doença nem anda mais na minha casa [...]</i>
IC 3	DSC
Rejeição da família	<i>[...] Só falei para meu marido, mais me arrependi estou com meu casamento quase acabado, ele não mim procura mais. [...] Moro com meu irmão ele sempre mim chama de contagiosa, não deixa nem chegar perto da filha dele [...]</i>

O quadro 3 evidencia as mudanças no convívio familiar e social em decorrência da doença. Como foi visto acima os portadores de hanseníase sofrem rejeição por parte da sociedade e da própria família, repercutindo sobre o fato de esconder a doença para não serem alvos de represálias, um refúgio para tanta discriminação.

O doente prefere não contar às pessoas (família e trabalho) sobre sua doença, com medo de ser discriminada, uma postura que só reforça o preconceito e a falta de informação (FIGUEIREDO, 2003). Apesar da substituição do termo lepra por hanseníase, numa tentativa de desvincular a patologia do estigma e preconceito social historicamente atribuído ao nome, o preconceito ainda é existente na atualidade. Os indivíduos portadores de hanseníase e a população em geral devem ser continuamente esclarecidos quanto à doença, especialmente através de debates que contemplem a aceitação e a não rejeição familiar e social, informando-os que a patologia tem tratamento e após o uso de medicações ela não é mais transmitida.

Quadro 04: Auto-estima afetada ao ser diagnosticado com a doença.

IC 1	DSC
Sem ânimo	<i>[...] Não mim levanto dessa rede pra nada. [...] Antes ate que eu era vaidosa, hoje não tenho vontade nem de pentear meus cabelos direito [...]</i>
IC 2	DSC
Constrangimento	<i>[...] As pessoas ficam mim perguntando o porquê dessas manchas escuras no meu rosto [...] Fico muito triste quando olho para minhas mãos e pés e vejo-os deformados. [...]</i>

O quadro acima reflete a auto-estima dos pacientes afetada com o diagnóstico da doença. Nos discursos os hansenícos são perceptíveis que os mesmos vivenciam situações constrangedoras, que evitam sair de casa, mascarando os sinais da doença, passando a se isolar do convívio social e familiar.

De acordo com Edit (2004) questões como o abalo e a perda da auto-estima, discriminações sofridas pelo paciente e os constrangimentos encontram-se presentes no cotidiano do portador de hanseníase dificultando seu tratamento e sua cura.

Quadro 05: Conceituação do termo preconceito.

IC 1	DSC
Não aceitação	<i>[...] As pessoas não mim aceitam como um ser normal só por que tenho hanseníase [...] É uma coisa muito triste, tiro pelo meu filho não tem mais nenhum amigo, todos se afastaram dele, por que não conseguiram lidar com a doença.</i>
IC 2	DSC
Discriminação	<i>[...] É você destratar os outros só por que você não é igual à outra pessoa, no meu caso muitos mim viraram as costas quando mais precisei. [...] No meu caso o preconceito aconteceu quando as pessoas passaram a mim olhar com nojo [...]</i>

O quadro 5 traz as percepções dos participantes da pesquisa em relação ao que eles entendem por preconceito. A observação do discurso mostrou que seu

entendimento recai sobre a não aceitação social e a discriminação propriamente dita.

As falas dos hansenianos voltam-se as concepções da terminologia preconceito vigente na literatura, já que o termo significa uma opinião ou conceito formado antecipadamente sobre alguma coisa. Ressalta-se, de acordo com Garcia (2010), que a hanseníase é marcada pelo preconceito, discriminação e exclusão social.

Quadro 06: Considerações quanto ao fato de já ter vítima de algum tipo de preconceito.

IC 1	DSC
Familiar	<i>[...] Não me esqueço do dia que estava com minha sobrinha no colo meu irmão, arrebatou ela da minha mão dizendo que ia passar a doença para ela. [...] Morava com minha tia quando ela descobriu que tinha hanseníase falou que tinha que voltar para casa da minha mãe e desocupar o quarto para o filho dela, sei que ela tava com medo de pegar a doença. [...]</i>
IC 2	DSC
Social	<i>[...] Poucas pessoas sabem, mais as que eu contei mim olham com medo de pegar a doença, não é como antes. [...]</i>
IC 3	DSC
Auto-estigma	<i>[...] Não contei a ninguém, tenho medo de mim desprezarem, por que pra falar a verdade nem eu mim aceito com essa doença imagine os outros.[...] Eu mesmo mim olho no espelho tenho nojo e sensação de raiva por possuir essa doença [...]</i>

O quadro 6 traz os tipos de preconceitos enfrentados pelos portadores de hanseníase. Há afastamento perceptível, já que a mudança de atitude de amigos e conhecidos que, anteriormente, freqüentavam suas casas passam a não aparecer após saberem sobre a hanseníase. Outro aspecto vivenciado é o auto-estigma, o qual induz o que indivíduo a se isolar do meio em que vive, criando um mundo só dele, dificultando seu tratamento e cura (BRASIL, 2002).

Quadro 07: Percepções quanto à própria vida antes e após o diagnóstico.

IC 1	DSC
Perda de emprego	<i>[...] Trabalhava em uma loja de eletrodoméstico, fui colocado pra fora por conta da hanseníase, hoje faço bico lavando carro [...] Sempre sustentei minha família trabalhando na roça, hoje não posso mais, pois não posso levar sol.</i>
IC 2	DSC
Mudanças físicas	<i>[...] Minhas mãos e meus pés ficaram todos alejados, não tenho força para mais nada [...] Antes minha visão era ótima, hoje enxergo muito pouco. [...] Meu rosto ficou todo deformado, cheio de manchas.</i>

O quadro 7 mostra as mudanças ocorridas na vida dos portadores de hanseníase logo após o diagnóstico. Nos discursos foi notado que os pacientes sofreram mudanças físicas que na maioria das vezes leva o indivíduo a autodepreciação e ficar com sua auto-estima afetada. Se não for tratada adequada e precocemente pode evoluir para incapacidades físicas graves, como a mutilação, repercutindo na existência do doente em sua família, em seu ambiente profissional e na comunidade em que vive.

Quadro 08: Compreensões sobre a hanseníase.

IC 1	DSC
Tem cura	<i>[...] Sei que é uma doença que quando tratada logo tem cura [...] A pessoa tomando a medicação direito fica curado [...]</i>
IC 2	DSC
Provoca incapacidades	<i>[...] Ela deixa a pessoa toda alejada [...] É uma doença que deixa muita seqüela [...]</i>
IC 3	DSC
Não sabe	<i>[...] Para falar a verdade não sei o que seja essa doença, só fizeram um teste em me falaram que eu estava com hanseníase [...] não sei, vou ao posto a enfermeira me dar à medicação e pronto [...]</i>

O quadro 8 refere-se ao conhecimento dos portadores em relação à hanseníase. A observação dos discursos mostrou que os pacientes entendem a enfermidade como uma doença que tem cura se fizer o tratamento direito e provoca incapacidades quando diagnosticada tardiamente. Porém muitos responderam que não sabem seu significado, dificultando assim o enfrentamento da patologia e o seu tratamento.

As percepções quanto ao não entendimento do que seja a hanseníase levanta um problema que não mais deveria existir: onde está a equipe de saúde para os devidos esclarecimentos? Como os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, estão permitindo que nos tempos de hoje, pessoas em tratamento, não saibam claramente do seu problema? E a integralidade da assistência, a qual perpassa pela promoção da saúde/educação em saúde?

Há evidência da falta de preparo dos profissionais de saúde em manejar a hanseníase, acolher e informar adequadamente as particularidades da hanseníase, sendo indispensável instituir programas de educação continuada e promover treinamentos para a equipe de saúde, para que possa atuar de modo integral, e fundamentado na educação em saúde (EIDT, 2004).

A educação em saúde é uma prática transformadora, deve ser inerente a todas as ações de controle da hanseníase, desenvolvida pela equipe de saúde e usuários, incluindo familiares nas relações entre os serviços de saúde da população, elaborar programas visando compartilhar informações sobre a doença com os pacientes e estimular o autocuidado.

Desta forma, estimula-se o doente ao autocuidado e à manutenção de suas necessidades existenciais. É por isso que os profissionais de saúde, destaque para os enfermeiros, devem estar mais voltados para essa educação em saúde e sempre tendo uma relação interna tanto na unidade como na comunidade, buscando trabalhar o melhor para a prevenção da patologia.

Portanto, a atuação da enfermagem se prolonga quando se enfatiza a obrigatoriedade da educação em saúde como estratégia de controle da enfermidade por meio do laço profissional, familiar, veículos de comunicação, serviços de saúde e sociedade em geral. Também é oportuno ao exercício de enfermagem a busca ativa de casos, detecção precoce, prevenção, terapêutica de possíveis incapacidades e

manutenção do doente no convívio social (FIGUEIREDO, 2003; RAMIREZ; MELÃO, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou investigar o preconceito vivenciado por portadores de hanseníase. De modo específico procurou-se: determinar qual o tipo de preconceito vivenciado pelo portador de hanseníase cajazeirense; apontar se, em decorrência da doença, houve afastamento do convívio social; e identificar se os hansenianos tiveram afetada a sua auto-estima. Assim sendo, ressalta-se que tais propósitos foram alcançados, já que foi delineado o perfil da amostra e dados referentes ao objeto de estudo.

Nesse âmbito é relevante considerar o compromisso do enfermeiro no cuidado integral do paciente, uma vez que cuidar implica em possibilitar formas de melhorar a instabilidade física, psíquica, bem como desconstruindo o preconceito e a discriminação em torno da hanseníase.

Diante do exposto, a temática é relevante e atual, e este estudo pode gerar reflexão em torno das vivências dos hansenianos, com suas perturbações, angústias, medos, dúvidas preconceitos, discriminações e suas fragilidades diante de uma enfermidade que até então era bastante distante deles. Portanto, a pesquisa serve de alerta aos profissionais de saúde, principalmente para os enfermeiros, reavivando a urgência em fomentar políticas públicas que não se limitem apenas às questões clínicas, mas que abarquem os condicionantes sociais que envolvem a patologia. Assim, as ações desenvolvidas devem abordar a clínica, mas precisam, também, minimizar os efeitos da marginalidade vivenciada pelos hansenianos, através da Educação em Saúde, já que o preconceito, a discriminação e a exclusão social encontram enraizados na construção social da enfermidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAILARDI KSO. estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hans Int.**, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para elaboração de capacitação para equipe de saúde para a rede básica atuar nas ações de controle de hanseníase.** Brasília: MS, 2008.

LOPES MGD. A coragem de fazer a diferença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61 (esp), p. 665, 2008.

FIGUEIREDO NMA. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública.** 4. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2003.

LEFRÉVE F, LEFRÉVE AMC. **O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramento).** 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

CARVALHO MR. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. Em: Bodstein, **Rev. Serviços locais de saúde: Construção de autores e políticas.** P. 117-120. Ed. Relume- Dunará. Rio de Janeiro, 2000.

GEHARTD TE. Itinerárias terapêuticas em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde pública**, 2006.

OLIVEIRA MHP, ROMANELLI G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cad Saúde Pública** 2005;14(1):51-60

EIDT LM. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. **Hansen. Int.**, v. 29, n. 1, p. 21-7, 2004.

GARCIA JRL. *et al.* Considerações psicossociais sobre a pessoa portadora de Hanseníase. In: OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araújo (ed). **Prevenção de incapacidade e reabilitação em hanseníase.** Bauru: Instituto Lauro de Sousa Lima, 2010, p. 25-30.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de controle da Hanseníase.** Cadernos de Atenção Básica, n 10. Série a. Normas e manuais técnicos; n. 11. Brasília- DF, 2002.

RAMIREZ A, MELÃO R. **Enfermagem e Saúde do adulto.** Barueri: Manole, 2006.

Data do recebimento para publicação: 10.12.2013.

Data de aprovação do trabalho: 12.05.2014.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

QUALITY OF LIFE EVALUATION IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Thaís Alves Andrade¹
Ubiraídys de Andrade Isidório²
Kelly Patrícia Medeiros Falcão³
Morgana do Nascimento Andrade⁴
Milena Nunes Alves de Sousa⁵
Elisangela Vilar de Assis⁶

RESUMO: Objetivo: Avaliar a qualidade de vida dos portadores de Insuficiência Renal Crônica, por meio da aplicação do questionário de qualidade de vida SF-36. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal realizado com 33 pacientes que faziam hemodiálise, tendo como base o Questionário de qualidade de vida SF-36. O SF-36 é formado por 36 itens agrupados em 08 domínios: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental e possui um escore que varia de 0-100. **Resultados:** Após a análise dos dados, pode-se observar que a maior prevalência de IRC foi em homens (81,8 %), entre 50 e 59 anos de idade (24,2%), com doenças associadas como hipertensão e diabetes, e os piores escores foram os relacionados com aos domínios “aspecto físico” (17,42), “capacidade funcional” (28,18) e “aspectos emocionais” (41,40) e “estado geral de saúde” (42,81). **Conclusão:** A IRC e seu tratamento requerem grande adaptação e representam um estresse importante para todos os indivíduos afetados. Como o estudo mostrou alterações na vida diária dos indivíduos acometidos, seria de grande precisão programas de reabilitação física e readaptação ao meio social, cuja fisioterapia é muito importante para este feito, visando oferecer melhorias ao estado geral e qualidade de vida destes pacientes.

¹ Fisioterapeuta. Graduada pela Faculdade Santa Maria. E-mail: thai_alves@hotmail.com.

² Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: ubiraidys_1@hotmail.com.

³ Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: ubiraidys_1@hotmail.com.

⁴ Psicóloga. Mestranda em Neurociências pela UFPB. E-mail: morganinhaandrade@hotmail.com.

⁵ Turismóloga, Administradora e Enfermeira. Docente nas Faculdades Integradas de Patos e Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Promoção da Saúde, Universidade de Franca/UNIFRAN. E-mail: minualsa@hotmail.com.

⁶ Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina do ABC. E-mail: ely.vilar@hotmail.com.

Palavras-chaves: Dispnéia. Hemodiálise. Falência Renal

ABSTRACT: *Objective: Evaluate the quality of life of patients with chronic renal failure, through the application of the SF-36 questionnaire. Materials and Methods: Cross-sectional study with 33 patients on hemodialysis, based on the quality of life questionnaire SF -36. The SF - 36 is composed of 36 items grouped into 08 domains: Functional Capacity, Physical Aspect, Pain, General Health, Vitality, Social Aspects, Emotional Aspects and Mental Health, and it has a score ranging from 0-100. Results: After analyzing the data, it can be seen that the highest prevalence of CRF is in males (81.8%), among 50 and 59 years old (24.2%), with diseases such as hypertension and diabetes, and the worst scores were related to the fields "physical aspects" (17.42) , "functional capacity" (28.18), "emotional aspects" (41.40) and "general health" (42.81). Conclusion: CRF and its treatment require great adaptability and represent an important stress for all affected individuals. As the study showed changes in the daily life of affected individuals, programs of physical rehabilitation and retraining to the social environment, whose physiotherapy is very important for this, would be of great accuracy in order to offer improvements in general health and quality of life for these patients.*

Keywords: *Dyspnea. Hemodialysis. Renal Failure.*

INTRODUÇÃO

As doenças renais crônicas têm recebido mais atenção por parte dos profissionais de saúde e incentivado pesquisadores a desenvolverem estudos, voltados para doenças. A insuficiência renal crônica é considerada uma doença de elevada morbidade e mortalidade. Sua incidência e prevalência em estágio avançado têm aumentado no Brasil e, em todo mundo, a doença vem se tornando uma epidemia. A taxa de mortalidade anual desses pacientes é de 15,2%. (SILVA *et al.*, 2011).

A IRC caracteriza-se por lesão nos rins onde há perda progressiva e irreversível da função renal, ocasionando a incapacidade de manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico. Cunha *et al.*(2009) apontam que as causas da IRC são várias, sendo as mais comuns: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Glomerulonefrite Crônica, Pilonefrite, Necrose cortical renal, processos renais obstrutivos crônicos, Amiloidose, Lúpus Eritematoso disseminado e BASTOS, BREGMAN, KIRSZTAJN (2010) complementam incluindo doenças hereditárias, tais como rins policísticos e Síndrome de Aport.

O aumento da expectativa de vida associada à prevalência da DM e da HAS vem aumentando a incidência da IRC. No Brasil, em 2006, a incidência foi de 175 pacientes/milhão, representando um aumento de 8,8 % em relação a 2005. Atualmente, estima-se que 54,5 mil portadores encontram-se em tratamento dialítico, sendo 48,8 mil em hemodiálise. O número de pacientes enquadrados em programas dialíticos cresce no Brasil em média 10 % devido à incidência de mais de 100 pacientes novos por milhão de habitantes ao ano. (ROCHA; ARAUJO, 2010, NAJAS *et al.*, 2009).

O sistema respiratório desses pacientes sofre alterações no *drive* respiratório, na mecânica pulmonar, na função muscular e na troca gasosa. (COELHO *et al.*,2008) Os músculos responsáveis pelo ato respiratório como o diafragma e os

intercostais, entre outros, podem apresentar diminuição das propriedades de força e endurance muscular decorrente da IRC.(CURY; BRUNETTO; AYDOS, 2010).

A diminuição da força muscular respiratória gera dificuldade de respirar e a propensão ao desenvolvimento de câimbras, tanto pela inatividade física, quanto pela dificuldade do músculo em utilizar O₂. (MARCHESON *et al.*, 2008).

Segundo Nozabiele *et al.* (2010), o tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, tornando as atividades dos pacientes limitadas, favorecendo a perda da funcionalidade e o sedentarismo. O paciente com IRC que realiza hemodiálise passa por um tratamento doloroso, de longo prazo, gerando, assim, mudanças de grande impacto na sua vida e de seus familiares e amigos. Aderir ao tratamento, embora necessário, não é tarefa fácil, considerando que o processo hemodialítico, ao limitar suas atividades, compromete sua liberdade. (MALDANER *et al.*, 2008).

O tratamento fisioterapêutico promove, na maioria dos casos, melhora funcional da capacidade psicomotora global e no membro superior portador da fístula, gerando melhora da força muscular, da circulação sanguínea e ADM. Este fato pode levar a um impacto benéfico nas AVDs; diminuição da sensação de peso, reconstrução da imagem corporal e conseqüente melhoria na qualidade de vida desses indivíduos, o que talvez diminua a predisposição às doenças emocionais. (NOZABIELE *et al.*, 2010).

A qualidade de vida (QV) é uma dimensão que tem sido considerada na avaliação dos resultados de inúmeros tratamentos, pelo fato de que sobreviver com a doença não significa necessariamente viver bem; muitas vezes, ocorrem limitações com prejuízo em várias atividades. (SILVA *et al.*, 2011).

Estudos como o de Cunha *et al.*(2009), mostram que a qualidade de vida tem sido prejudicada por conseqüência da capacidade física diminuída, o que acaba prejudicando o desempenho dos pacientes nas atividades de lazer, trabalho e convívio social. Outros fatores que levam a deterioração da qualidade de vida dos portadores de IRC em hemodiálise são: o convívio com uma doença incurável; o esquema rigoroso do tratamento; a utilização de vários medicamentos; e a dependência de uma máquina. (SOARES *et al.*, 2011).

Submeter os pacientes com IRC a avaliações de QV ajuda na detecção do estado geral de saúde, conhecendo, portanto, suas incapacidades e colaborando para efetivação de ações que objetivam a restauração do bem-estar físico e mental dos portadores. Assim, o presente estudo objetivou avaliar a QV de portadores de IRC por meio do questionário de qualidade de vida SF-36, associando os sinais de alterações respiratórias ao comprometimento da QV dos mesmos.

MÉTODOS

O delineamento adotado baseou-se em pesquisa de campo nas modalidades descritiva e transversal com abordagem quantitativa.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria-PB (protocolo de nº 750062011). Os pacientes foram informados sobre o objetivo e benefícios do estudo e aceitaram participar voluntariamente, em conformidade com as determinações da Resolução n.466/12 do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo seres humanos no Brasil.

O estudo foi realizado no Hospital Regional de Cajazeiras, no setor de hemodiálise, onde a população do estudo foi constituída de 40 pacientes que são atendidos no setor três vezes por semana (segunda, quarta e sexta-feira) com duração de quatro horas cada sessão. Como critérios de inclusão, foram considerados: ausência de déficit cognitivo e a aceitação para participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Houve utilização pelo presente estudo do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e da ficha de avaliação para coleta de informações como: A identificação, as patologias associadas, o tempo de hemodiálise, o estado civil, o grau de escolaridade, a cor, a faixa etária, o desconforto respiratório, a prática atividades físicas, bem como a existência de câimbras e edemas. O questionário de avaliação da Qualidade de Vida *Short Form-36* (SF-36) é um instrumento de fácil compreensão, formado por 36 itens agrupados em 08 domínios que se referem às áreas do comportamento ou às experiências alvo da medida. Os domínios são: A

capacidade funcional (CF, composta por 10 itens), os aspectos físicos (AF, composta por quatro itens), a dor (D, composta por dois itens), o estado geral da saúde (EGS, cinco itens), a vitalidade (VT, quatro itens), os aspectos sociais (AS, em dois itens), os aspectos emocionais (AE, em três itens), a saúde mental (SM, em cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual com as de um ano atrás. Ele apresenta um escore final para cada um dos 08 domínios, que varia de zero a 100, sendo zero o pior estado de saúde e 100 o melhor. (CICONELLI; FERRAZ; SANTOS, 1999; SOAREZ *et al.*, 2007).

A coleta de dados foi realizada nos meses de Setembro a Outubro de 2011, realizadas durante as sessões de hemodiálise, de forma individual, com utilização de linguagem clara e acessível. Dos 40 pacientes atendidos no setor, um foi transferido, quatro se recusaram a participar da entrevista e dois não entraram nos critérios de inclusão, pois apresentaram déficit cognitivo, impossibilitando a compreensão do questionário, totalizando assim uma mostra de 33 pacientes.

Para a realização da análise dos dados, houve a utilização do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (*Statistical Package for the Social Sciences - SPSS*), versão 16. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas (média, desvio-padrão, frequência e porcentagem) para a caracterização do grupo estudado, e em seguida foram feitas as correlações de *Pearson*. A correlação foi considerada significativa quando o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A IRC e o tratamento hemodialítico provocam uma série de alterações que comprometem não só o aspecto físico, como também o psicológico, causando repercussões pessoais, sociais e familiares, alterando, assim, a qualidade de vida de seus portadores. (CUNHA *et al.*, 2009).

Foram entrevistados 33 pacientes com idade variando de 27 á 89 anos, com maior prevalência do sexo masculino (81,2%), casados (51%), 1º grau incompleto

(63%) e em relação à cor, auto declararam-se de cor parda (63%). A faixa etária mais prevalente foi entre 50 e 59 anos (24,2%) (Tabela 1).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2011), a maior parte dos pacientes em tratamento hemodialítico eram homens (57,0%). (14) Já no estudo de Bastos *et al* (2009), a maior prevalência foi encontrada no sexo feminino com idade inferior a 60 anos de idade.

Tabela 01: Distribuição e caracterização sócio-demográfica.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	06	18,8
Masculino	27	81,2
Estado civil		
Casado	17	51,0
Solteiro	09	27,0
Viúvo	04	12,0
Outros	03	10,0
Grau de Escolaridade		
1º grau completo	03	09,9
1º grau incompleto	21	63,0
Superior completo	03	09,9
Superior incompleto	01	03,0
Analfabeto	05	15,2
Cor		
Branco	06	18,5
Negro	06	18,5
Pardo	21	63,0
Faixa etária		
Menor de 30 anos	04	12,2
30 a 39 anos	06	18,2
40 a 49 anos	05	15,1
50 a 59 anos	08	24,2
60 a 69 anos	05	15,1
70 a 79 anos	03	09,1
80 a 89 anos	02	06,1

Mais da metade dos pacientes entrevistados possuíam hipertensão (45,4%) ou a associação entre hipertensão e diabetes (30,3%); 75,7 % dos avaliados não praticavam nenhum tipo de atividade física; 33,3 % tinham desconfortos respiratórios

como dispnéia e cansaço; 36,4% apresentavam edema em tornozelos; 66,6 % queixavam-se de câimbras principalmente nas mãos, pernas e pés.

O tempo que os pacientes estavam em tratamento hemodialítico variou de seis meses a quatro anos. Dentre os pacientes avaliados 60,6% relataram que já fizeram ou fazem fisioterapia (Tabela 2).

Tabela 02: Distribuição das doenças associadas, tempo de hemodiálise, sinais e sintomas e realização de atividade física.

Variáveis	N	%
Doenças Associadas		
Hipertensão	15	45,4
Diabetes	01	03,1
Hipertensão + Diabetes	10	30,3
Nenhuma	07	21,2
Realiza atividades físicas		
Sim	08	24,3
Não	25	75,7
Têm câimbras		
Sim	22	66,6
Não	11	33,4
Possui edema		
Sim	12	36,4
Não	21	63,6
Desconforto respiratório		
Sim	11	33,3
Não	22	66,7
Já fez Fisioterapia		
Sim	20	60,6
Não	13	39,4
Tempo de hemodiálise		
Menos de 6 meses	04	12,0
6 meses a 1 ano	11	33,3
2 a 4 anos	11	33,3
5 a 7 anos	03	09,1
8 a 10 anos	03	09,1
Mais de anos	01	03,2

Muitos pacientes, ao iniciar o tratamento hemodialítico, já apresentam DM e/ou HAS, porém, aqueles não possuem estas patologias, quando iniciam o

tratamento, têm predisposição em desenvolvê-las, devido principalmente à resistência à insulina. Já a hipertensão, se não controlada, pode, em alguns casos, propagar um círculo vicioso, que consiste na elevação da pressão arterial provocando uma lesão primária aos rins aumentando ainda mais a pressão arterial, causando lesões adicionais nos rins. (TRAVAGIM, D. S. A. *et al.*, 2010) De acordo com o estudo de Nunes (2007), a hipertensão arterial, quando controlada, ajuda a diminuir a velocidade da progressão da doença.

Pode-se observar nos estudos realizados por Cury, Brunetto, Aydos (2010) e Marcheson *et al* (2008), que o sistema respiratório é afetado tanto pela doença quanto pela hemodiálise. A dispnéia é um sintoma frequente entre os pacientes com IRC, pois a uremia e a diálise interagem no estímulo respiratório, causando diminuição da força do diafragma. O desequilíbrio entre as trocas gasosas é um fator desencadeante da redução da capacidade de realização de atividade física, tendo em vista que durante a mesma é extremamente importante que estejam integras a capacidade de ventilação e a utilização do oxigênio, proporcionando uma diminuição da força muscular respiratória. Estudos evidenciaram que a realização da atividade física pode melhorar as desordens musculares, proporcionando a melhora da força e da qualidade de vida. (CORREA, L.B. *et al.*, 2009).

Conforme Terra *et al* (2010), as câimbras ocorrem de 5 a 20% dos tratamentos de hemodiálise, possuem causa pouco conhecida e provavelmente estão relacionadas à ultrafiltração rápida, à hiponatremia e à hipotensão. Geralmente as câimbras ocorrem juntamente com a hipotensão, que é uma das principais complicações durante a hemodiálise aparecendo em 20 a 30%.

Estudos sobre o tempo em que os pacientes estão em tratamento de hemodiálise são escassas, porém, Silveira *et al* (2010), ressaltam que quanto maior o tempo de hemodiálise, maior comprometimento o paciente apresenta.

A fisioterapia, através de suas técnicas de atuação nas disfunções, principalmente osteomioarticulares e cardiorrespiratória, contribui de forma significativa na prevenção, no retardo da evolução e na melhoria de complicações e da qualidade de vida do paciente renal. (KUMOSSOTO *et al.*, 2008).

A avaliação da saúde geral comparada com a realizada há um ano, foi considerada pela maioria da mesma forma. Com relação à QV observou-se que os

piores escores foram os relacionados aos domínios “capacidade funcional” (28,18), “aspecto físico” (17,42), “estado geral de saúde (42,81) e “aspectos emocionais” (41,40) (Tabela 3).

Tabela 03: Valores de domínio avaliados pelo SF-36.

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Capacidade funcional	28,18	27,88
Aspectos físicos	17,42	35,62
Dor	64,63	25,72
Estado geral de saúde	42,81	23,80
Vitalidade	57,27	15,26
Aspectos sociais	65,90	23,64
Aspectos emocionais	41,40	44,89
Saúde mental	72,96	11,35

Quando aplicado o teste de correlação de *Pearson*, observamos que há uma forte correlação entre o desconforto respiratório e a presença de edema (,476), entretanto quando correlacionado o desconforto respiratório aos domínios do questionário SF-36, não houve observação de nenhuma correlação positiva. Nos domínios avaliados na qualidade de vida observou-se que há uma correlação da Capacidade funcional com a vitalidade (,720), o aspecto social (,581) e a saúde mental (,452), bem como entre estado geral de saúde e vitalidade (,595).

A QV relacionada à saúde pode ser definida como a percepção da pessoa sobre a sua própria saúde, por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento. Esses parâmetros ajudam a analisar o impacto da doença na vida da pessoa, é necessário avaliar indicadores como os aspectos físico, social, emocional e de percepção do bem estar. (KUMOSSOTO *et al.*, 2008).

Dentre as dimensões que apresentaram escores baixos de qualidade de vida, percebeu-se que o aspecto físico também foi reduzido nos estudos feitos por Frazão, Ramos e Lira (2011) e Higa *et al* (2008). Há evidências na literatura que mostram a melhora do aspecto físico da QV em hemodialisados após implantação de programa de prática regular de exercícios. (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011).

Confrontando os resultados encontrados no domínio vitalidade em relação ao estudo de Silveira *et al* (2010), foi visto que a vitalidade constituía um dos domínios

de pior escore. Corroborando com os resultados obtidos no estudo de Frazão, Ramos e Lira (2011), o aspecto emocional encontrou-se reduzido.

De acordo com Organização Mundial de Saúde (2011), a saúde mental é um termo usado para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de uma doença mental. Uma das dimensões mais afetadas no resultado do estudo de Cordeiro (2009), foi a saúde mental, diferentemente dos resultados obtidos neste estudo, que obteve maior escore de qualidade de vida.

A fadiga é um dos principais fatores limitantes da capacidade funcional em pacientes com IRC. (CUNHA *et al.*, 2009) No que se refere à capacidade funcional, os estudos de Silveira *et al* (2010), Frazão, Ramos e Lira (2011) e Higa *et al* (2008) obtiveram um escore significativamente alto, diferentemente do presente estudo que obteve um escore relativamente baixo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de extensas alterações no modo de vida do paciente com IRC, os variados métodos de assistência ao enfermo modificaram a história natural da patologia, melhorando substancialmente seu prognóstico. Para tal, é necessária a detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão, podendo reduzir o sofrimento dos pacientes, bem como os custos financeiros associados à IRC.

Devido a um número de participantes pequeno, são necessárias pesquisas com maiores populações, incorporando a implantação de programas de reabilitação física e readaptação do meio social para portadores de IRC, onde a fisioterapia e suas técnicas podem proporcionar melhoria no estado geral e qualidade de vida nestes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M.. Doença renal crônica: frequente e grave, Mas também prevenível e tratável, **Rev Assoc Med Bras.**, v. 56, n. 2, 2010.

BASTOS, R.M.R. *et al.* Prevalência da doença Renal Crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 1, 2009.

CICONELLI, M.C.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, 1999.

COELHO, C.C. *et al.* Repercussões da Insuficiência Renal Crônica na capacidade de exercícios, estado nutricional, função pulmonar e musculatura respiratória de crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 1, 2008

CORDEIRO, J. A. B. L. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, 2009.

CORREA, L.B. *et al.* Efeito do treinamento muscular periférico na capacidade funcional e qualidade de vida nos pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 31, n. 1, 2009.

CUNHA, M.S. *et al.* Avaliações da capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 2, 2009.

CURY, J.L.; BRUNETTO, A.F.; AYDOS, R.D. Efeitos negativos da Insuficiência Renal Crônica sobre a função pulmonar e capacidade funcional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 2, 2010.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; SILVA FILHO, Carlos Rodrigues da. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 2, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000200003>.

FRAZAO, C. M. F.Q.; RAMOS, V. P; LIRA, A. L.B.C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 4, 2011.

HIGA, K. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com Insuficiência Renal Crônica em tratamento de hemodiálise. **Associação Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. especial, 2008.

KUMOSSOTO, L. *et al.* Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada á saúde. **Associação Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. especial, 2008.

MALDANER, C.R. *et al.* Fatores que influenciam a adesão ao tratamento da doença crônica: o doente em terapia hemodialitica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4, 2008.

MARCHESON, M. *et al.* Efeitos do treinamento de força muscular respiratória na capacidade funcional de pacientes com Insuficiência Renal Crônica. **Revista Digital**, v. 13, n. 119, 2008.

NAJAS, C.S. *et al.* Segurança e eficácia do tratamento físico na Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 15, n. 5, 2009.

NOZABIELI, A. J. L. *et al.* Edema do membro superior e sinais de depressão: a fisioterapia pode ajudar os pacientes em hemodiálise? **Rev. Ciênc. Ext.**, v.6, n.2, 2010.

NUNES, G.L.S. Avaliação da função renal em pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 3, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Informações úteis para o público. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em 8 de Dez. 2011.

ROCHA, C.B.J.; ARAUJO, S. Avaliação das pressões respiratórias máximas em pacientes renais crônicos no momento pré e pós- hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, n. 1, 2010.

SILVA, Alessandra Silva da *et al* . Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, Oct. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>.

SILVEIRA, Cíntia Botelho *et al*. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém - Pará. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, n. 1, Mar. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000100008>.

SOARES, K.T.A. *et al*. Eficácia de um protocolo de exercícios físicos em pacientes com Insuficiência Renal Crônica, durante o tratamento de hemodiálise, avaliada pelo SF-36. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 1, 2011.

SOAREZ, P.C. *et al*. Tradução para português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v.22, n. 1, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Informações úteis para o público. Disponível em: <<http://WWW.sbn.org.br>>Acesso em 18 de novembro de 2011.

TERRA, F.S. *et al*. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Rev Bras Clin Med.**, v. 8, n. 3, 2010.

TRAVAGIM, D. S. A. *et al*. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Rev. enferm.**, v. 18, n. 2, 2010.

Data do recebimento para publicação: 16.12.2013.

Data de aprovação do trabalho: 16.06.2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO HIPERDIA: UM PANORAMA DA PESQUISA CIENTÍFICA DE 2008 A 2012.

HIPERDIA INFORMATION SYSTEM: AN OVERVIEW OF SCIENTIFIC RESEARCH 2008 TO 2012.

Fernanda Darliane Tavares de Luna¹

Rayrla Cristina de Abreu Temoteo²

Sheylla Nadjane Batista Lacerda³

Edwirde Luiz Silva⁴

Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo⁵

RESUMO - Objetivos: Conhecer a produção científica, no intervalo de 2008-2012, sobre o sistema de informação Hiperdia, identificar o percentual de estudos que avaliam a qualidade do sistema e expor os resultados destes. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistematizada da literatura nas bases de dados Scielo, Lilacs e Pubmed. Identificando-se 1.948 estudos, resultando em 21 estudos após as exclusões. **Resultados e Discussão:** Os objetivos identificados nos estudos foram: traçar diferentes perfis dos hipertensos e/ou diabéticos; identificar associação entre fatores de risco, sinais, sintomas e complicações; avaliar a qualidade da assistência a hipertensos e diabéticos; avaliar o sistema de informação Hiperdia. Os principais instrumentos utilizados foram: fichas e relatórios de cadastramentos e de acompanhamento. Um percentual de 33% dos estudos avaliou o sistema Hiperdia. As variáveis trabalhadas foram: indicadores de registros, indicadores de acompanhamento, dimensões de estrutura e processo. As dimensões da qualidade analisadas foram: cobertura, consistência, completitude, oportunidade, clareza, acessibilidade. Não foram abordados: validade e não-duplicidade. Os métodos de avaliação foram: comparação com critérios, busca ativa de registros, análise descritiva de distintos bancos. Os resultados demonstrados foram: acessibilidade limitada pela infraestrutura e deficiência de equipamentos; falta de informações para o preenchimento dos formulários, comprometendo a clareza metodológica; bom grau de completitude no preenchimento; subnotificação no sistema, fragilizando a cobertura, confiabilidade e consistência; carência de recursos humanos e despreparo dos profissionais da assistência e da gestão na utilização dos indicadores do Hiperdia, comprometendo a oportunidade. **Conclusão:** Sugerem-se

¹ Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública UEPB.

² Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública UEPB. Docente FSM.

³ Licenciada em Ciências. Mestre. Diretora Pedagógica FSM.

⁴ Licenciado em Matemática. Doutor. Docente UEPB.

⁵ Enfermeira. Pós-doutorado. Docente UEPB.

estudos que aprofundem os motivos das fragilidades e desenvolvam modelos de aprimoramento.

Palavras-chave: Sistemas de Informação. Hipertensão. Bases de Dados. Produção Científica.

ABSTRACT: Objective: *The aim of the study is to know the scientific production, between 2008-2012, about Hiperdia information system, to identify the percentage of studies that evaluate the quality of the system and to clarify the results of these.*
Method: *Was performed a systematic review of the literature in databases Scielo, Lilacs and Pubmed. Identifying 1,948 studies, resulting in 21 studies after exclusions.*
Results and Discussion: *The objectives identified in the studies were: to trace different profiles of hypertensives and/or diabetics; to identify association between risk factors, signs, symptoms and complications; to evaluate the quality of care for hypertensive and diabetics; and to evaluate the Hiperdia information system. The main instruments used were: records and reports of registrations and monitoring. A percentage of 33% of the studies evaluated the Hiperdia system. The variables used were: records indicators, dimensions of structure and process, and monitoring indicators. The dimensions of quality analyzed were: coverage, consistency, completeness, opportunity, clarity, accessibility, validity and non-duplication were not considered. The methods of evaluation were: comparison with criteria, active search for records, and descriptive analysis of different databases. The results demonstrated were: limited accessibility for infrastructure and deficiency of equipments; lack of information for completing the forms, compromising the methodological clarity; good level of completeness in filling; underreporting in the system, weakening the coverage, reliability and consistency; lack of resources human and unpreparedness of healthcare and management professionals in the use of Hiperdia indicators, compromising the opportunity.*
Conclusion: *It is suggested studies that deepen the reasons of weaknesses and develop models for improvement.*

Keywords: Information System. Hypertension. Databases. Scientific Production.

INTRODUÇÃO

A informação em saúde é a representação de fatos da realidade, sendo essencial para a construção do conhecimento e a tomada de decisão. Diversos sistemas de informação em saúde (SIS) foram desenvolvidos para trabalharem as múltiplas informações cotidianas, direcionando-as a um propósito de produção de conhecimento (FERRAZ, 2009).

A utilização de um SIS tem sempre uma fundamentação de aplicabilidade clínica e epidemiológica (ROSÁRIO, 2010). O valor das informações fornecidas é resultado do seu uso no processo de tomada de decisão, identificando o que se quer transformar, desenvolvendo pesquisas e incorporando novas práticas.

Os SIS constituem-se num mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informação que subsidiam o planejamento, financiamento e avaliação das ações e serviços de saúde (BENITO; LICHESKI, 2009). Dentre os vários SIS existentes no Brasil, destacamos o SisHiperdia que é o sistema de gerenciamento da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM), cujo objetivo era aprimorar a atenção à hipertensão e ao diabetes nas unidades de saúde da família, através do vínculo entre os pacientes e a equipe de saúde, estabelecido por meio do diagnóstico precoce, do cadastramento e o acompanhamento desses pacientes. Para armazenar e processar os dados referentes aos cadastros e acompanhamentos, foi implementado o sistema de informação Hiperdia (BRASIL, 2001).

O SisHiperdia permite o monitoramento da atenção ao hipertenso e diabético, e gera informações sobre perfis demográficos, clínicos e epidemiológicos dos usuários (BRASIL, 2001). A consolidação desse sistema ganha importância singular frente às elevadas prevalências e possíveis complicações das referidas patologias.

Os complexos processos de transição demográfica e epidemiológica tiveram como resultado um incremento na expectativa de vida dos brasileiros, com aumento significativo da longevidade, e mudança do perfil de morbimortalidade da população. Esse perfil passou a caracterizar-se por uma elevada mortalidade em idades mais avançadas e pelas doenças cardiovasculares como principal causa de morbimortalidade da população. A HAS e o DM são os principais fatores de risco que contribuem para esse cenário nacional (COSTA *et al.*, 2011).

Estudos sobre prevalência da HAS em adultos no Brasil reportam valores entre 22% a 44%, percentual que se eleva para mais de 60% em idosos (SBH, 2010). No tocante ao DM, a prevalência na população adulta é de 7,6%, atingindo cerca 17,4% na população acima de 60 anos (SBD, 2009).

A prevenção e o controle da HAS e do DM encontram-se diretamente relacionadas à qualidade da assistência prestadas nos serviços de saúde, fazendo-se necessária uma fonte de dados que ofereça informações de qualidade, fidedignas à realidade, auxiliando no planejamento das ações de gestão e de assistência, além da avaliação continuada dos serviços e ações.

A base de dados do sistema HiperDia é extensa e permite realizar um diagnóstico da população acometida por HAS e DM, podendo ser estratificada por estado e cidade (LIMA *et al.*, 2011). O MS estimula estudos utilizando dados e indicadores dos SISs para realizar o diagnóstico da situação de saúde do local, subsidiando a formulação, gestão e avaliação das políticas públicas do setor (ROESE *et al.*, 2011).

Diante do exposto, o desenvolvimento desta revisão sistematizada objetiva conhecer a produção científica, no intervalo de 2008-2012, sobre o sistema de informação Hiperdia, identificar o percentual dos estudos que avaliam a qualidade do sistema e expor os resultados destes.

METODOLOGIA

As buscas dos artigos foram realizadas em três bases de dados: SCIELO, LILACS e PubMed. De acordo com a terminologia em saúde DeCS e MESH, foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão, atenção primária à saúde, sistemas de informação em saúde, gestão da informação em saúde, planejamento, indicadores básicos de saúde, bem como seus variantes da língua inglesa. Para sistematizar as buscas foi utilizado o operador booleano *AND*, de forma que o termo hipertensão foi relacionado com todos os outros descritores, contemplando-os sistematicamente. O termo HIPERDIA não foi utilizado na busca por não ser válido como descritor, portanto a estratégia de busca com múltiplos descritores foi pensada de forma a contemplar todos os artigos que abordassem o termo.

O limite temporal dos últimos cinco anos foi estabelecido, contemplando artigos publicados de 2008 a 2012. Foi estabelecido o limite espacial BRASIL, já que o sistema de informação HIPERDIA é genuinamente brasileiro.

Para a análise, foram incluídos artigos originais de acesso livre, em conformidade com os limites temporal e espacial citados, versando sobre o sistema de informação Hiperdia –SisHiperdia: o estudo poderia ter sido realizado sobre o próprio sistema ou tê-lo utilizado como base de dados para objetivos diversos. Portanto, durante o processo de seleção foi realizada a leitura dos títulos, resumos e métodos dos artigos pré-selecionados.

Foram excluídos artigos: que abordavam o programa Hiperdia, mas não faziam menção ao referido sistema de informação; metodologias não convencionais; trabalhos apresentados em congressos; estudos de casos; publicações do Ministério da Saúde.

Os artigos selecionados para compor as referências da revisão foram caracterizados e apresentados na tabela 1. Em seguida, os que tinham como objetivo avaliar variáveis ou dimensões do SisHiperdia, foram apresentados na tabela 2 e categorizados conforme critérios apresentados por Lima *et al.* (2009): Categorização da dimensão de qualidade analisada: acessibilidade, clareza

metodológica, cobertura, completude, confiabilidade, consistência, não-duplicidade, oportunidade e validade; Métodos aplicados pelos estudos para as avaliações: painel de especialistas, busca ativa de registros, comparação com critérios, análise descritiva de indicadores de distintos bancos de dados, análise descritiva de indicadores do próprio banco de dados, concordância entre avaliadores, relacionamento entre registros (*Linkage*) e série temporal.

RESULTADOS

A pesquisa localizou 1.948 artigos nas três bases de dados, ao adicionar o limite espacial Brasil, o número foi reduzido para 139, sendo 59 títulos do Scielo, 53 do Lilacs e 27 do Pubmed. Dos 139 títulos, 28 foram excluídos por duplicidade, restando 111 artigos pré-selecionados para a análise. Após a leitura dos títulos, resumos e métodos, foram excluídos 88 artigos por utilizarem o programa Hiperdia, mas não abordarem o sistema de informação Hiperdia, restando 23 artigos. Destes, 02 tinham o acesso limitado, sendo excluídos por esse motivo. Então, para essa revisão foram utilizados 21 artigos. A figura 1 ilustra o fluxograma da seleção.

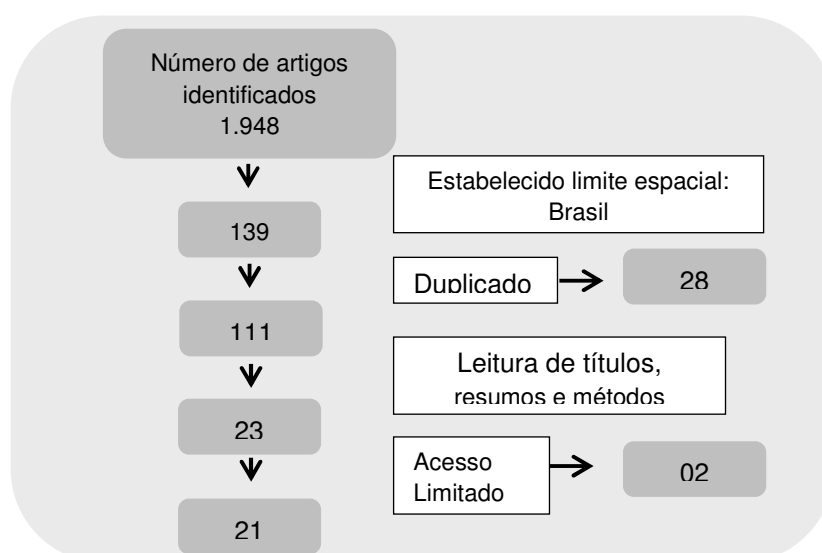


Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos utilizados na revisão sistematizada, Brasil, 2008-2012.

A descrição dos estudos encontra-se na tabela 1. A frequência de estudos abordando o SisHiperdia foi constante nos cinco anos pesquisados, sendo a média de 4 a 5 estudos publicados por ano. Esses estudos foram desenvolvidos em todas as regiões do país e foram de diversos tipos: descritivos, transversais, retrospectivos e avaliativos. Os objetivos também foram diversos: traçar diferentes perfis (19% dos estudos tinham objetivos desse tipo), identificar associação entre fatores de risco, sinais, sintomas e as potenciais complicações (esses objetivos foram identificados em 33% dos artigos), avaliação da qualidade da assistência a hipertensos e diabéticos (19% apresentavam esse tipo de objetivo) e avaliação do sistema de informação Hiperdia (objetivo de 33% dos artigos).

No desenvolvimento dos estudos, os diversos instrumentos e as variadas informações do SisHiperdia foram utilizadas: 07 artigos trabalharam com dados referentes as fichas de cadastramento, 04 com as fichas de acompanhamento, 11 com relatórios de cadastramentos e 03 com relatórios de acompanhamento. Outras fontes de informação também foram utilizadas, como a construção de modelo lógico da atenção a pacientes hipertensos e diabéticos, assim como entrevistas e questionários aplicados a profissionais e gestores da saúde, versando sobre aspectos de fluxo dos dados, utilização e gerenciamento do sistema.

Tabela 01: Descrição dos estudos que abordam instrumentos e variáveis acerca do SisHiperdia, Brasil, 2008-2012.

Autor	Ano	Local	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	Instrumento do SisHiperdia Utilizado
Cabral et al	2012	São Luiz - MA	Avaliar a associação entre a cintura hipertrigliceridêmica e fatores de risco cardiometabólicos em mulheres portadoras de hipertensão arterial acompanhadas na atenção primária de saúde	Transversal	Relatório de cadastros

Waidmanet <i>al.</i>	2012	Municípios do Noroeste	Conhecer os aspectos da assistência prestada às pessoas com hipertensão arterial na atenção básica em saúde	Grupo focal	Forma de alimentação* ¹
Carvalho <i>et al</i>	2012	Teresina - PI	Traçar perfil e grau de adesão terapêutica aos usuários do Hiperdia	Transversal	Relatórios de cadastro e entrevista com os usuários
Santos; Moreira	2012	Fortaleza - CE	Identificar os fatores de risco e as complicações associadas em usuários com Hipertensão/diabetes	Retrospectivo	Fichas de cadastro e acompanhamento
Sasset <i>al</i>	2012	Municípios do	Identificar a presença de sintomas depressivos em idosos inscritos no SisHiperdia	Transversal	Relatório de cadastro
Costa; Silva; Cunha	2011	Recife - PE	Avaliar a implantação da atenção à hipertensão arterial pelas Equipes Saúde da Família	Avaliação normativa	Forma de alimentação* ¹
Lima <i>et al</i>	2011	Pelotas - RS	Descrever o perfil dos hipertensos e diabéticos de três unidades básicas de saúde	Transversal	Relatório e fichas de cadastros
Rabetti; Freitas	2011	Municípios de Santa	Avaliar a eficiência da Estratégia Saúde da Família nas ações relacionadas à Hipertensão	Modelo avaliativo	Relatórios de cadastros e acompanhamento
Roeseet <i>al</i>	2011	Municípios do Rio	Análise de sistemas de informação em saúde e sua capacidade de serem utilizados na gestão em saúde	Retrospectivo	Relatórios de cadastros e acompanhamento
Zillmere <i>t al.</i>	2010	Pelotas - RS	Avaliar a completude das informações contidas nas fichas do Hiperdia	Transversal	Fichas de cadastros

Araújo; Paz; Moreira	2010	Pau dos Ferros - RN	Compreender os sentidos atribuídos pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família às ações de cuidar junto aos usuários do Hiperdia	Hermenêutica de Hans-Georg Gadamer	Entrevista semi-estruturada aos enfermeiros sobre o Hiperdia e o SisHiperdia* ²
Moreira; Gomes; Costa	2010	Fortaleza - Ce	Investigar os fatores de risco associados em adultos jovens com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	Descritivo	Fichas de cadastros e acompanhamento
Giroto; Andrade; Cabral	2010	Londrina - PR	Avaliar a situação de três fontes de informação (SIAB, Hiperdia e apazamentos) em relação ao número de hipertensos.	Transversal	Relatório de cadastros
França et al.	2009	São Luiz, MA	Avaliar a filtração glomerular e fatores associados em hipertensos	Transversal	Relatório de cadastros
Coelho et al	2009	Coronel Fabriciano -	Analisar as informações dos pacientes do Hiperdia e dos registros eletrônicos de drogas psicoativas	Transversal	Relatórios de cadastros e acompanhamento
Jardim et al	2009	São Carlos - SP	Avaliar a qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema Hiperdia	Transversal	Fichas de cadastro e de acompanhamento
Ferreira; Ferreira	2009	Cuiabá - MT	Descrever as características epidemiológicas dos portadores de Diabetes Mellitus, e estimar a cobertura do SisHiperdia	Transversal	Relatório e ficha de cadastros
Chazan; Perez	2008	Estado Rio de	Avaliar o processo de implementação do Hiperdia	Avaliativo	Questionário aplicado aos coordenadores versando sobre o SisHiperdia* ²

Cerchiarì; Erdmann	2008	Itajaí - SC	Apresentar alternativas para a gestão dos recursos destinados à saúde por meio de um sistema de informação para o programa de Diabetes e Hipertensão	Avaliativo	Entrevista aos gestores sobre o gerenciamento do SisHiperdia* ²
Nóbrega et al	2008	Campina Grande - PB	Verificar a frequência de obesidade central e generalizada e associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos	Transversal	Relatório de cadastros
Miranziet al	2008	MG* ³	Descrever o perfil epidemiológico e avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com Diabetes Melitus e Hipertensão Arterial associados	Transversal	Fichas de cadastros e acompanhamento

*¹ Não houve utilização de instrumento específico do SisHiperdia, mas a abordagem de como acontece a alimentação dos dados no sistema, através dos discursos de indivíduos ou de construção de modelo lógico da atenção.

*² Não houve utilização de instrumento específico do SisHiperdia, mas investigou-se aspectos da utilização e do gerenciamento do sistema através de questionários e entrevistas a profissionais da saúde e gestores.

*³ Não foi relatado o município onde foi realizado o estudo, sendo o mesmo referido como município do interior mineiro.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Dentre os estudos, um percentual de 33% teve como objetivo a avaliação do sistema de informação Hiperdia. A figura 1 representa graficamente esse percentual.

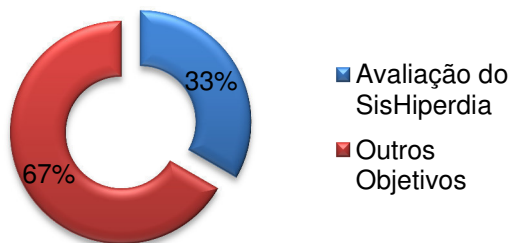


Figura 02: Percentual de estudos com objetivo de avaliar qualidade do SisHiperdia, Brasil, 2008-2012.

Os estudos que realizaram avaliação do SisHiperdia foram analisados conforme critérios de categorização da dimensão de qualidade analisada e métodos aplicados. A tabela 2 descreve com propriedade essa análise.

Tabela 02: Dimensões e resultados das variáveis avaliadas referentes à qualidade do sistema de informação Hiperdia, Brasil, 2008-2012.

	Instrumentos Utilizados	Variáveis avaliadas	Dimensão da qualidade	Método para a Avaliação	Tipo de Análise	Resultados
Fichas de cadastros	Relatórios de cadastramento e acompanhamento	Forma de alimentação*1				
Indicadores de registro	Indicadores de registro	Dimensões de estrutura e de processo				
Compleitude	Confiabilidade e consistência	Cobertura e oportunidade				
Análise descritiva de indicadores de distintos bancos	Análise descritiva de indicadores de distintos bancos	Comparação com critérios				
Análise descritiva e estratificada, com cálculos de percentuais	Análise descritiva e utilização de parâmetros estatísticos	Sistemas de escores e utilização de parâmetros estatísticos				
Boa completitude no grau de preenchimento das fichas cadastrais, mas faltam alguns dados obrigatórios e não obrigatórios, comprometendo a qualidade da informação	Subnotificação no SisHiperdia, sucateamento do banco de dados, inexistência de tecnologia integradora entre os diferentes sistemas de informação	As dimensões da qualidade apresentam-se comprometidas devido ao despreparo dos profissionais na utilização do sistema, no planejamento e avaliação das ações				

Questionário sobre aspectos do SisHipertensão aplicados aos coordenadores* ¹	Relatório e ficha de cadastros	Fichas de cadastros e de acompanhamento	Registros de Hipertensos em três fontes de dados: SIAB, Hipertensão e ficha de aprazamento* ²
Dimensões de estrutura e processo	Indicadores de registro	Indicadores de registro e acompanhamento	Indicadores de registro
Acessibilidade e cobertura	Cobertura	Clareza metodológica e completude	Cobertura, confiabilidade e consistência
Busca ativa de registro	Busca ativa de registros	Análise descritiva de indicadores de distintos bancos	Análise descritiva de indicadores de distintos bancos e busca ativa de registros
Análise descritiva, com cálculos de percentuais	Análise baseada na estatística descritiva	Análise descritiva e utilização de parâmetros estatísticos	Análise do grau de confiança com a estatística Kappa, e o Hipertensão como Padrão ouro/ fórmula de Chapman para subnotificação.
Carência de recursos humanos capacitados, limitação de acesso à infraestrutura (qualidade da linha telefônica, acesso à internet e equipamentos)	O sistema apresenta limitações que subestimam a prevalência do DM	Falta de clareza, e ausência de informações fundamentais para o planejamento e avaliação das ações	Grande número de hipertensos não registrados simultaneamente nas três fontes analisadas.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Nos estudos de avaliação, as variáveis trabalhadas foram relativas a: indicadores de registros (avaliadas por 71% dos estudos), dimensões de estrutura e

processo (avaliadas por 29%) e indicadores de acompanhamento (avaliados em 14% dos estudos). Várias dimensões da qualidade foram analisadas: cobertura foi analisada em 4 artigos; confiabilidade, consistência e completude foram abordadas em 2 artigos; oportunidade, clareza e acessibilidade foram estudadas em 1 artigo. Cada artigo contemplou em média duas dimensões. As dimensões de não-duplicidade e validade não foram abordadas pelos estudos.

Os métodos de avaliação utilizados foram: comparação com critérios (14%), busca ativa de registros (43%) e análise descritiva de indicadores de distintos bancos (57%). Os demais métodos não foram utilizados. Apenas 1 artigo utilizou mais de um método avaliativo, análise descritiva de indicadores de distintos bancos associada à busca ativa de registro.

Na análise, 71% dos estudos optaram pela abordagem descritiva, associada a parâmetros estatísticos e cálculos percentuais, sistemas de escore foram utilizados por 14% dos estudos, e a estatística de Kappa foi utilizada por 14% dos estudos, neste caso, o Hiperdia foi considerado o padrão ouro.

No que tange a acessibilidade, foi demonstrado uma limitação de acesso à infra-estrutura, dificuldade de acesso à internet e equipamentos eletrônicos. No critério de clareza metodológica, faltavam algumas informações para o preenchimento dos formulários cadastrais. Em relação à completude, foi evidenciado um bom grau de preenchimento das fichas, apesar de ter sido contestada quanto à carência de informações fundamentais para avaliação do estado de saúde de indivíduos hipertensos e diabéticos. Foi verificado um elevado nível de subnotificação no sistema e um grande número de hipertensos não cadastrados simultaneamente em distintos bancos expressando a fragilidade nas dimensões: cobertura, confiabilidade e consistência. No que tange a oportunidade, a carência de recursos humanos para operacionalizar o sistema e o despreparo dos profissionais da assistência e da gestão comprometem a utilização dos indicadores gerados pelo Hiperdia no planejamento e na avaliação das ações de saúde.

DISCUSSÃO

Tornou-se visível que estudos baseados em dados do SisHiperdia apresentavam objetivos variados. Os SISs, em geral, são instrumentos para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento científico acerca da saúde (JARDIM; LEAL, 2009). Todos esses itens podem ser objetivo de estudo quando se trabalha com sistemas de informação.

Alguns dos estudos como os de LIMA *et al.* (2011), RABETTI e FREITAS (2011), FRANÇA *et al.* (2009) e MIRANZI *et al.* (2008) que objetivaram traçar perfil, mostraram resultados compatíveis com outros estudos que tinham como base o SisHiperdia; outros como os de CABRAL *et al.* (2012), SANTOS e MOREIRA (2012) e CARVALHO *et al.* (2012) estabeleceram comparação com o Datasus ou o vigitel, e também apresentaram resultados semelhantes quanto aos perfis socioeconômico e presença de fatores de riscos. Os perfis foram referentes a dados sociodemográficos, epidemiológicos e clínicos. A construção desses perfis deveria ser válida, já que os dados do SisHiperdia devem apresentar o panorama da HAS e DM nos diversos municípios brasileiros (ROESE *et al.*, 2011).

No entanto, Ferreira e Ferreira (2009) observaram dificuldades do SisHiperdia em estimar a prevalência de DM que refletisse a realidade local. Jardim *et al.* (2009) também observaram o subdimensionamento epidemiológico do impacto da HAS e DM. Em estudo, 37 municípios de Santa Catarina apresentaram problemas de subnotificação ou erros de medidas registrados no sistema (RABETTI; FREITAS, 2011). A sub-notificação pode acontecer em qualquer uma das instâncias por onde os dados passam até serem gerados no sistema (ROESE *et al.*, 2011).

Lima *et al.* (2011) ainda consideram poucas as publicações científicas envolvendo o perfil da população cadastrada no sistema Hiperdia. Isso talvez aconteça porque a utilização de dados primários em estudos de base populacional é mais indicada, porém nem sempre são mais viáveis financeiramente (FERREIRA e

FERREIRA, 2009). A utilização de dados dos SISs deve ser feita com cautela e análise crítica, sempre questionando se há sub-registro, o que compromete a qualidade dos dados (RABETTI e FREITAS, 2011).

Roese *et al.*(2011) questionam se os dados do SisHiperdia são confiáveis. Para tanto, é essencial conhecer se a fonte de informação sobre a HAS e DM apresenta cobertura satisfatória, boa completitude, confiabilidade e validade (GIROTTO *et al.*, 2010). É necessário que a informação estatística disponível seja de quantidade e qualidade adequadas, atendendo aos princípios da exatidão e consistência (JARDIM e LEAL, 2009; CERCHIARI e ERDMANN, 2008).

Avaliar a qualidade das informações dos SISs é imprescindível, na medida de que são instrumentos importantes para o diagnóstico da situação de saúde, caracterizam população em risco e possibilitam planejar estratégias terapêuticas conforme as necessidades e especificidades de cada grupo populacional.

Jardim *et al.* (2009) chamam atenção para o fato de inexistirem mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados produzidos pelos diversos SISs. Apesar de, nos últimos anos, a avaliação dos sistemas de informação estar ganhando relevância no cenário nacional, ainda há carência de pesquisas no sentido de verificar a qualidade de informação dos SISs (COSTA *et al.*, 2011; ZILLMER *et al.*, 2010).

Nesta revisão, encontramos um percentual de 33% dos estudos com objetivo de avaliar o SisHiperdia, totalizando 7 estudos desenvolvidos nos últimos cinco anos, ratificando a carência de pesquisas avaliativas.

Um dos itens abordados nas avaliações foram os cadastramentos dos pacientes e a alimentação dos dados. A alimentação contínua e adequada do SisHiperdia permitiria o fornecimento de informações suficientes para o planejamento eficaz de prevenção e controle de complicações nos indivíduos já diagnosticados, aprimoraria as avaliações da assistência a HAS e ao DM na atenção primária à saúde, além de fornecer dados epidemiológicos como parâmetros para a definição de ações e políticas de prevenção para essas condições clínicas(RABETTI e FREITAS, 2011; FERREIRA e FERREIRA, 2009).

Em municípios do noroeste do Paraná e no município de Pau dos Ferros - RN, os enfermeiros mostraram-se preocupados com a alimentação do SisHiperdia,

atitude positiva para a consolidação do sistema(WAIDMAN *et al.*, 2012; ARAÚJO e MOREIRA, 2010). No entanto, esse fato contrasta com resultados de outros estudos, onde ficou evidenciada a baixa adesão por parte dos profissionais na alimentação do referido SIS (COSTA *et al.*, 2011; ROESE *et al.*, 2011; RABETTI e FREITAS, 2011; GIROTTO *et al.*, 2010). Podendo ser comprovado pelo discreto número de hipertensos e diabéticos cadastrados no sistema, quando comparados ao universo local, configurando como baixa a cobertura do SisHiperdia (ROESE *et al.*, 2011; FERREIRA e FERREIRA, 2009).

Outro fato que contribui para evidenciar a fragilidade, no aspecto de captação e cadastramento precoces dos portadores de HAS e DM, é o grande número de pacientes já apresentando comorbidades associadas e provável controle insatisfatório no momento do cadastramento, o que sugere a inexistência do diagnóstico precoce (FERREIRA e FERREIRA, 2009).

As dificuldades para o cadastramento podem ser apontadas por: falta de estrutura física e organizacional; falta de treinamento dos profissionais sobre o sistema e sua importância, sobre os dados necessários ao preenchimento das fichas de cadastro e como preencher as fichas; processo de trabalho das equipes; e baixa acessibilidade da população aos serviços de saúde (CHAZAN e PEREZ, 2008).

A ineficiência no cadastramento pode resultar em problemas no planejamento das ações, como abordagem pouco efetiva à população hipertensa e diabética, ou falta de insumos necessários para a assistência (COSTA *et al.*, 2011;LIMA *et al.*, 2011).Como exemplo o que acontecia em algumas unidades de Saúde da Família em Recife-PE, onde faltavam medicações específicas a esses usuários(COSTA *et al.*, 2011).

As falhas podem acontecer em outros momentos, como no momento da digitação. As dificuldades encontradas nessa etapa podem ser classificadas em: falta de estrutura, de recursos humanos, de equipamento e de tempo; falta de treinamento para o digitador; processo de trabalho, fornecendo dados incompletos ou ilegíveis (CHAZAN e PEREZ, 2008).

Alguns estudos evidenciaram a falta de profissionais responsáveis pela digitação dos dados e retroalimentação do sistema, assim como dados ilegíveis e informações incompletas dificultando a interpretação dos dados contidos nas fichas

cadastrais e a alimentação do SIS (LIMA *et al.*, 2011; FERREIRA e FERREIRA, 2009; ZILLMER *et al.*, 2010).

Apesar de Zillmer *et al.* (2010) qualificarem o preenchimento das fichas de SisHiperdia, na maioria das variáveis, como de boa completude, o percentual de irregularidade no preenchimento das fichas de cadastro foi elevado, com ausência de dados importantes, tanto os de preenchimento não obrigatório como os obrigatórios, inexistência de informações clínicas do usuário, como os valores de glicemia e circunferência abdominal (JARDIM e LEAL, 2009; SANTOS e MOREIRA, 2012; ZILLMER *et al.*, 2010). Até valores da cifra pressórica deixaram de ser preenchidos em algumas fichas, impedindo a estratificação do risco cardiovascular dos hipertensos (MOREIRA *et al.*, 2010).

A implicação quando um campo deixa de ser preenchido é não saber se houve falha no preenchimento ou se a informação não se aplica ao indivíduo. O mesmo acontece no campo de tratamento não medicamentoso, que além de remeter à dúvida já exposta, não é possível indicar o tipo de terapêutica utilizada (chás, atividade física, terapias complementares, entre outras) (ZILLMER, 2010).

Além do que já foi explicitado em relação à terapêutica, algumas outras inconsistências nas fichas do SisHiperdia foram identificadas. Lima *et al.* (2011) questionaram o item que avalia a utilização do tabaco apenas no momento do registro, desconsiderando o tabagismo prévio. Os impressos do SisHiperdia não incorporam fatores de riscos importantes para as doenças cardiovasculares, como o alcoolismo e as dislipidemias, deixando-os de fora da avaliação inicial (MOREIRA *et al.*, 2010).

Uma importante fragilidade das fichas do SisHiperdia é o fato de os campos relativos à glicemia, medida da cintura, presença ou não de fatores de risco e doenças concomitantes e de complicações, não serem de preenchimento obrigatório (JARDIM; LEAL, 2009).

Outras fragilidades foram relacionadas ao próprio sistema. Falhas existentes dificultam a exportação de dados e não permite a exclusão de usuários; uma vez registrado, o usuário permanece no sistema mesmo após óbito ou mudança de endereço, o que deixa o sistema factível à duplicidade de dados (FERREIRA e FERREIRA, 2009; GIROTTI *et al.*, 2010).

Uma realidade nacional que limita o aprimoramento do SisHiperdia é a inexistência de integração com os outrossistemas de informação. Falta a aplicação de uma tecnologia integradora que permita a comparabilidade entre os diversos bancos de dados (ROESE *et al.*, 2011;GIROTTTO *et al.*, 2010;ZILLMER *et al.*, 2010;MOREIRA *et al.*, 2010). A consequência disto é a redução do escopo e da utilidade das informações em saúde, podendo levar ao sucateamento dos bancos de dados (ROESE *et al.*, 2011; GIROTTTO *et al.*, 2010).

Para informações sobre a HAS e o DM, o SisHiperdia é o padrão ouro de referência. No entanto, o que foi encontrado, pelos estudos revisados, foi um discreto número de hipertensos e diabéticos cadastrados nos sistemas, e que esses dados não possuíam confiabilidade nem consistência, e não apresentavam comparabilidade com os números oferecidos pelos outros sistemas, sobretudo pelo SIAB (COSTA *et al.*, 2011;ROESE *et al.*, 2011;FERREIRA e FERREIRA, 2009;GIROTTTO *et al.*, 2010).

Com o banco de dados Hiperdia, nem sempre conduzido e utilizado em suas potencialidades, com a subnotificação e a subutilização de suas informações, os gestores e profissionais de saúde podem estar abrindo mão de uma ferramenta extremamente útil para a elaboração do planejamento necessário e exequível, com diagnósticos situacionais precisos, o que favoreceria o controle da HAS e do DM (FERREIRA e FERREIRA, 2009; MOREIRA *et al.*, 2010).

Para o componente sobre o uso da informação, o SisHiperdia foi classificado como crítico e a qualificação profissional para trabalhar com os sistemas de informação foi considerada baixa(COSTA *et al.*, 2011;ROESE *et al.*, 2011). O uso das informações para o planejamento das ações não fazia parte da rotina das equipes de saúde nem dos coordenadores do programa de hipertensão e diabetes. As ações dos gestores estavam restritas a ações burocráticas, como o monitoramento do envio das fichas de cadastramento e acompanhamento doHiperdia (COSTA *et al.*, 2011;ROESE *et al.*, 2011;ZILLMER *et al.*, 2010).

No cotidiano dos serviços de saúde, o que se observamsão profissionais coletando um grande número de dados, preenchendo formulários e mais formulários, encaminhando-os às Secretárias Municipais de Saúde, mas não obtêm retorno das informações que ajudaram a gerar. O descaso desmotiva os

profissionais, e perde a oportunidade de promover uma discussão a respeito da importância de alimentar corretamente os SISs (ROESE *et al.*, 2011).

O uso do SisHiperdia como ferramenta de gestão da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos ainda está longe de ser uma realidade (CHAZAN e PEREZ, 2008). Há um grande caminho a avançar, seja na integração dos SISs ou na melhoria da produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde e da gestão (ROESE *et al.*, 2011).

A simples criação de políticas e programas para a prevenção das doenças cardiovasculares não é garantia de resolutividade do problema. É necessária a operacionalização de um modelo de atenção que permita ao profissional conhecer a realidade onde ele atua, traçando estratégias que tenham êxito e sejam aplicadas ao maior número de pessoas (JARDIM e LEAL, 2009; SANTOS e MOREIRA, 2012; CARVALHO *et al.*, 2012; WAIDMAN *et al.*, 2012; ARAÚJO e MOREIRA, 2010; MOREIRA *et al.*, 2010).

É fundamental um sistema articulado, com bases de dados que se comuniquem e com responsabilidades bem definidas quanto à coleta, análise e disseminação das informações. É importante se pensar sobre novas possibilidades na geração da informação em saúde, qualificação dos processos de monitoramento e avaliação dos SISs, como o SisHiperdia (ROESE *et al.*, 2011).

CONCLUSÃO

Para o aprimoramento e consolidação do conhecimento é essencial que a pesquisa científica esteja inserida no processo. Nesta revisão, evidenciou-se a carência de pesquisas avaliativas sobre o SisHiperdia, ficando a sugestão de desenvolvimento de estudos abordando, de forma mais aprofundada, os possíveis motivos que justifiquem as fragilidades do sistema, bem como aprofundar a avaliação das informações contidas nas fichas de cadastro e acompanhamento.

Sugere-se também o desenvolvimento de modelos de gestão da informação para auxiliar a consolidação e a utilização do sistema Hiperdia, fortalecendo suas potencialidades e promovendo a melhoria da assistência ao hipertenso e ao diabético.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**. v. 14, n. 3, p. 560-6, 2010.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **RevBrasEnferm**. v. 62, n. 3, p. 447-50, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CABRAL, N. A. *Let al.* Cintura hipertrigliceridêmica e risco cardiometabólico em mulheres hipertensas. **RevAssocMed Bras**. v. 58, n. 5, p. 568-73, 2012.

CARVALHO, A. L. *Met al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, n. 7, p. 1885-92, 2012.

CERCHIARI, G. S. F.; ERDMANN, R. H. Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública. **RAP**. v. 42, n. 5, p. 925-48, 2008.

CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiperdia) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Rev APS**. v. 11, n. 1, p. 10-6, 2008.

COELHO, P. V.; BRUM, C. A. Interactions between antidepressants and antihypertensive and glucose lowering drugs among patients in the Hiperdia Program, Coronel Fabriciano, Minas Gerais State, Brazil. **Cad Saúde Pública**. v. 25, n. 10, p. 2229-36, 2009.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CAVRILHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife. **Ciências e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 2, p. 623-33, 2011.

FRANÇA, A. K. T. *Cet al.* Filtração glomerular e fatores associados em hipertensos atendidos na atenção básica. **ArqBras Cardiologia**. 2009.

FERRAZ, L. H. V. C. **O SUS , o DATASUS e a informação em saúde: uma**

proposta de gestão participativa. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

FERREIRA, C. L. R. A; FERREIA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema Hiperdia. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 53, n. 1, p. 80-6, 2009.

GIROTTO, E; ANDRADE, S. M; CABRERA, M. A. S. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiol Serv Saúde.** v. 19, n. 2, p. 133-41, 2010.

JARDIM, A. D. L; LEAL, A. M. O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no sistema Hiperdia em São Carlos-SP, 2002-2005. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** v. 19, n. 2, p. 405-17, 2009.

LIMA, C. R. A *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad Saúde Pública.** v. 25, n. 10, p. 2095-109, 2009.

LIMA, L. *Met al.* Perfil dos usuários do hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 2, p. 323-9, 2011.

MIRANZI, S. S. *Cet al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 4, p. 672-9, 2008.

MOREIRA, T. M. M; GOMES, E. B; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 31, n. 4, p. 662-9, 2010.

NÓBREGA, A. M. *Net al.* Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos. **Archivoslatinoamericanos de nutricion.** V. 58, n. 4, p. 350-6, 2008.

RABETTI, A. C; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública.** v. 45, n. 2, p. 258-68, 2011.

ROESE, A. *et al.* Perfil de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev APS.** v. 14, n. 1, p. 75-84, 2011.

ROSÁRIO, M. S. **A segurança das informações em saúde sob responsabilidade do DATASUS: uma análise com enfoque na privacidade e na confidencialidade.** Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, J. C; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro.

RevEscEnferm USP. v. 46, n. 5, p. 1125-32, 2012.

SASS, A *et al.* Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão e diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n.1, p. 80-5, 2012.

SBD. Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira do Diabetes. SBD - Sociedade Brasileira do Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2009.

SBH. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Revista de Hipertensão.** v. 13, n. 1, 2010.

ZILLMER, J. G. *Vet al.* Avaliação da completude das informações do Hiperdia em uma unidade básica do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**v. 31, n. 2, p. 240-6, 2010.

WAIMAN, M. A. *Pet al.* Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. **RevBrasEnferm.** v. 65, n. 3, p. 445-53, 2012.

Data do recebimento para publicação: 10.02.2014.

Data de aprovação do trabalho: 09.06.2014.

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COMUNITÁRIOS E INSTITUCIONALIZADOS: ANÁLISE COMPARATIVA

LIFE QUALITY OF INSTITUTIONALIZED AND COMMUNITARY ELDERLY: COMPARATIVE ANALYSIS

Amanda Santos Araújo¹
Fabiana Ferraz Queiroga Freitas²
Adriana Lira Rufino de Lucena³
Kay Francis Leal Vieira⁴
Marta Miriam Lopes Costa⁵
Ana Karla Bezerra da Silva Lima⁶

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa descritiva, que teve como sujeitos participantes um grupo de idosos institucionalizados e um grupo de idosos de um projeto de extensão universitária. Teve como objetivos mensurar e comparar a qualidade de vida entre o grupo de idosos institucionalizados e o grupo participante do projeto de extensão universitária. Foi desenvolvida mediante uma abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados através de entrevistas, e os resultados evidenciaram melhor qualidade de vida entre os idosos participantes do projeto de extensão.

Palavras chave: Envelhecimento. Qualidade de Vida. Institucionalização.

¹Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa - PB - Brasil. Email: amndaaraujo13@hotmail.com.

²Enfermeira. Mestre em enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa - Paraíba - Brasil. Docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), João Pessoa - PB - Brasil. Email: fabianafqf@hotmail.com.

³Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa - Paraíba - Brasil. Email: Adriana.lira.rufino@hotmail.com.

⁴Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela UFPB. João Pessoa (PB) - Brasil. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa - Paraíba - Brasil. Email: kayvieira@yahoo.com.br.

⁵Enfermeira. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa - Paraíba - Brasil. Docente da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa - Paraíba - Brasil. E-mail: marthamiryam@hotmail.com.

⁶Contabilista. Especialista em Contabilidade Decisória pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa - Paraíba - Brasil. Especialista em Língua Brasileira de Sinais pela Faculdade Montenegro - Petrolina - Pernambuco - Brasil. Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos - PB - Brasil. E-mail: lima.anakarla@gmail.com.

ABSTRACT – *This is a descriptive study that had as participant subjects a group of institutionalized elderly people and a group of elderly people from a university extension project. It had as objectives to measure and to compare the quality of life among a group of institutionalized elderly and the participant group of the university extension project. It was developed by a quantitative approach, which data was collected through interviews, and the results evidenced better quality of life among the elderly participants of the extension project.*

Keywords: *Aging. Quality of Life. Institutionalization.*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional representa atualmente um fenômeno mundial que vem demandando desafios constantes aos profissionais de diversas áreas, que almejam promover qualidade de vida (QV) para as pessoas idosas. A QV está associada ao bem estar físico, psicológico, social e afetivo, e remete ainda a fatores como cultura, condições socioeconômicas, religiosidade, relações sociais e familiares, moradia segura, saneamento básico e alimentação saudável (STIVAL, 2014).

A definição de qualidade de vida surgiu no meio científico como uma forma para investigar, avaliar e analisar os fatores que interferem na saúde dos indivíduos, oportunizando o ser humano perceber sua satisfação atual, com o que é possível ou ideal, acerca do seu estado de funcionalidade físico, mental e social, favorecendo o desenvolvimento de atividades culturais, lazer e participação, conhecendo seus direitos e deveres como cidadão ativo e digno (CALEFI *et al.*, 2014).

O grupo WHOQOL definiu qualidade de vida como a percepção da pessoa em relação a sua posição na vida, no meio social em que vive, assim como as suas expectativas, objetivos, costumes e angústias. A QV na prática da saúde pode ser aferida por critérios objetivos ou subjetivos, de estrutura biológica, clínica e epidemiológica, observando as expectativas sociais de bem-estar (SANTOS; GUTIERREZ, 2013).

Para que o envelhecimento seja aliado a uma boa qualidade de vida, deve-se dar oportunidade a participação contínua na sociedade ao longo da vida, como também, a atenção às suas necessidades, desejos, capacidades, favorecimento de proteção, autonomia e cuidados indispensáveis. Idoso saudável é aquele que tem capacidade de gerir sua vida e escolher suas atividades de lazer, trabalho e convívio social (SILVA *et al.*, 2012).

Com o aumento do envelhecimento populacional no Brasil, tem crescido a demanda por serviços e instituições para o atendimento e acompanhamento integral ao idoso, devido ao surgimento da cronicidade das doenças, as dificuldades econômicas e psicossociais encontradas pelas famílias para o cuidado, principalmente para os que apresentam déficit de sua capacidade funcional, tornando-se mais dependentes para realizar suas atividades diárias, requerendo cuidados mais complexos e constantes. As instituições de longa permanência (ILPI) têm a responsabilidade de atender as necessidades básicas dessas pessoas, como também suprir as perdas sociais e a ausência dos familiares, proporcionando bem estar, segurança, autonomia e independência (OLIVEIRA, 2013).

As ILPI são locais para residência coletiva nas quais pessoas com idade avançada buscam a proteção e o amparo que, frequentemente, não encontraram no seu ambiente familiar e social. Destarte, nem sempre tais atividades são ofertadas nesses serviços, algumas por apresentarem infra-estrutura inadequada, quantidade insuficiente de profissionais de saúde para atender às necessidades básicas do indivíduo ou, até mesmo, servidores com habilidades escassas para conviver com pessoas nessa fase da vida.

A sociedade atual busca novos espaços de convivências para os idosos, de forma a engajá-los e reintegrá-los no meio social. Para isso, foram criados os grupos de convivência para dar conta desse novo contingente que começa a aparecer e se fazer presente. Considerando as funções de ensino, pesquisa e extensão atribuídas às universidades, abriu-se espaço para projetos extensionistas, com foco em articular a aproximação da comunidade à qual está inserida, cumprindo sua função social, buscando superar a exclusão convencionada à idade, e, por conseguinte, levá-los a usufruir dos bens advindos com essa proposta (OLIVEIRA, 2012).

As diferentes atividades ofertadas durante os trabalhos desenvolvidos dentro na extensão universitária possibilitam instrumentos de cuidado para atender ao idoso, visando além da valorização dessa clientela, maior conscientização da sociedade em geral, a respeito do processo de envelhecimento em nosso país. A inclusão do idoso na comunidade acadêmica favorece sua socialização, oportuniza uma integração entre

gerações, descortinando preconceitos e discriminações, ampliando seu espaço na coletividade, tornando - o útil e colaborativo no contexto social.

Em face aos múltiplos fatores que interferem no processo de envelhecimento, esta pesquisa teve por objetivo mensurar e comparar a qualidade de vida de idosos institucionalizados e participantes de grupos de Extensão Universitária.

MATERIAS E MÉTODOS

Estudo de caráter descritivo com abordagem quantitativa realizado com idosos institucionalizados e participantes de um grupo de Extensão Universitária. A pesquisa foi realizada em uma instituição de ensino superior, que tem um Projeto de Extensão inserido em suas atividades, e em uma instituição asilar, por encontrar-se próxima da faculdade e a mesma ter convênio para os estágios práticos, ambas localizadas no município de João Pessoa-PB. As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos cada uma e foram realizadas nos meses de março e abril de 2013. Todos foram colaborativos e não manifestaram desconforto durante a realização das entrevistas.

Os participantes responderam ao WHOQOL-old e a um questionário sócio-demográfico. O primeiro refere-se a um instrumento de avaliação da qualidade de vida proposto pela OMS, composto por 24 itens, com resposta por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis facetas. Cada faceta é composta por quatro itens, gerando, então, escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas, combinados com as respostas aos 24 itens, geram também um escore total. O questionário sócio-demográfico objetivou investigar o perfil dos participantes da pesquisa, coletando informações como idade, sexo, estado civil e escolaridade.

Os procedimentos preservaram os princípios éticos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e realizaram-se nas seguintes etapas: autorização da instituição escolhida para a pesquisa; análise e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE – 20421313.4.0000.5176, parecer nº:

374/812; e a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos convidados.

Os dados referentes ao instrumento de mensuração da qualidade de vida foram organizados e analisados no Software Statistica Packare for the Social Sciencs (SPSS), versão 17.0 for Windows. Os dados foram analisados através de técnicas estatísticas para análise descritiva (frequência, porcentagem, medidas de tendência central e medidas de dispersão), dispostos em tabelas e em seguida discutidos à luz da literatura pertinente.

RESULTADOS

Dentre os idosos que participavam do projeto de extensão 33,3% (10) encontravam-se na faixa etária entre os 66 e 70 anos de idade, 30% (9) tinham entre 71 e 75 anos; 23,3% (7) 60 e 65; 10% (3) 76 - 80 e 3,4% (1) 81 e 85. Destes, 90% (27) eram do sexo feminino e 10% (03) masculino. Dentre os que se encontravam em ILPIs, 10% (3) possuía entre 60 e 65 anos; 13,3 (4) 66 e 70; 33,3% (10) estavam na faixa etária ente 71 e 75 anos; 30% (9) 76 e 80 anos; 3,4 (01) 81 e 85; 10% (3) 86 e 90 anos. Deste grupo, 73,3% (22) eram mulheres e 26,7 (08) homens. Em relação à renda, 73,3% (22) dos idosos comunitários e 100% (30) dos institucionalizados eram aposentados perfazendo uma renda mensal de 01 salário mínimo.

Tabela 01: Médias e desvios padrão (DP) das facetas do WHOLQOL - OLD.

FACETAS	COMUNITÁRIOS		INSTITUCIONALIZADOS	
	MÉDIA	±DP	MÉDIA	±DP
Função sensorial	12,8	1,0	11,6	1,1
Autonomia	15,6	0,9	10	1,2
Atividades Passadas, Presentes e Futuras.	16	0,9	12	1,1
Participação Social	16,4	0,5	10,8	1,1
Morte e Morrer	16	1,1	14,8	1,2
Intimidade	17,2	0,8	10,4	1,4
MÉDIA	15,6	0,7	11,6	1,1

Tabela 02: Médias e desvios padrão (DP) dos itens da faceta Função Sensorial do WHOLQOL - OLD.

FUNÇÃO SENSORIAL	COMUNITÁRIO		INSTITUCIONALIZADOS	
	MÉDIA	±DP	MÉDIA	±DP
Até que ponto as perdas nos seus sentidos, afetam a sua vida diária?	11,2	1,2	11,6	1,3
Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	12,4	1,1	11,6	1,2
Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos, afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	13,2	1,0	11,6	1,0
Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos?	14,4	0,8	11,2	1,1
MÉDIA	12,8	1,0	11,6	1,1

Tabela 3: Médias e desvios padrão (DP) dos itens da faceta Autonomia do WHOLQOL - OLD.

AUTONOMIA	COMUNITÁRIOS		INSTITUCIONALIZADOS	
	MÉDIA	±DP	MÉDIA	±DP
Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	16,4	0,8	9,2	1,2
Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	14	0,9	8,8	1,1
O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	17,2	0,9	12,4	1,4
Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	14,4	1,1	10,0	1,2
MÉDIA	15,6	0,9	10,0	1,2

Tabela 4: Médias e desvios padrão (DP) dos itens da faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras do WHOLQOL - OLD.

ATIVIDADES PASSADAS, PRESENTES E FUTURAS.	COMUNITÁRIOS		INSTITUCIONALIZADOS	
	MÉDIA	±DP	MÉDIA	±DP
Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	14,8	0,6	12,8	1,4
O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	17,2	0,9	12,8	0,8
Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	15,6	1,0	12,0	1,1
Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	16,4	0,9	10,4	0,9
MÉDIA	16,0	0,9	8,4	1,3

Tabela 5: Médias e desvios padrão (DP) dos escores da faceta Participação social do WHOLQOL - OLD.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL	COMUNITÁRIOS		INSTITUCIONALIZADOS	
	MÉDIA	±DP	MÉDIA	±DP
Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	14,8	0,5	10,4	1,0
Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	16,8	0,5	10,4	1,2
Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	15,6	0,6	10,4	1,3
Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	18,8	0,5	12,0	1,0
MÉDIA	4,1	0,5	10,8	1,1

Tabela 6: Distribuição dos participantes (n60), segundo as médias e desvios padrão (DP) dos escores da faceta Morte e Morrer do WHOLQOL - OLD. João Pessoa/PB, 2013.

MORTE E MORRER	COMUNITÁRIOS		INSTITUCIONALIZADOS	
	MÉDIA	±DP	MÉDIA	±DP
Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	17,6	1,0	16,0	1,0
O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	16,4	1,0	15,2	1,1
O quanto você tem medo de morrer?	16,8	1,2	14,8	1,4
O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	13,6	1,2	13,6	1,3
MÉDIA	16,0	1,1	14,0	1,2

Tabela 7: Distribuição dos participantes (n60), segundo as médias e desvios padrão (DP) dos escores da faceta Intimidade do WHOLQOL - OLD. João Pessoa/PB, 2013.

INTIMIDADE	COMUNITÁRIOS		INSTITUCIONALIZADOS	
	MÉDIA	±DP	MÉDIA	±DP
Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	17,2	0,9	10,8	1,6
Até que ponto você sente amor em sua vida?	18,8	0,7	10,4	1,2
Até que ponto você tem oportunidades para amar?	17,6	0,6	10,0	1,3
Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	17,6	0,7	10,0	1,3
MÉDIA	17,2	0,8	10,4	1,4

DISCUSSÃO

Observa-se maior predominância na faixa etária 71 e 75 anos 30% (9) e 10% (3) 76 e 80 entre os idosos comunitários e 33,3% (10) 71 e 75 anos e 30% (9) 76 e 80 nos institucionalizados. Está cada vez maior o número de idosos em todo o mundo. Esse processo acelerado implica em fortes transformações na estrutura etária da população, esse fato se deve à redução nos índices de mortalidade e natalidade mundial, gerando conseqüentemente, o aumento desse grupo etário. Ressalte-se que no idoso, as mudanças físicas afetam todo o organismo humano, podendo desencadear fragilidades e limites devido ao surgimento das doenças crônicas, fatores que induzem à procura dos serviços de saúde, requerendo dessas instituições novas adequações do processo de trabalho, e, conseqüentemente, nas políticas públicas de saúde voltadas para este público. As melhores condições socioeconômicas, cultural, tecnológica vivenciada no nosso país nas últimas décadas, contribuiriam para aprimorar as condições de vida e de

saúde desta população, cooperando para o aumento da expectativa de vida (KUMPEL *et al.*, 2011).

Analisando o total da amostra, observou-se que 73,3% (22) são mulheres e 26,7 (08) homens. As mulheres perfazem um total de 50,77% da população brasileira. São as principais cuidadoras dos cônjuges e de seus familiares, mas são propensas a não receber cuidados familiares. Esse dado, conjuntamente com a presença de condições econômicas desfavoráveis, pode justificar a prevalência do número de mulheres presentes em instituições de longa permanência (BRASIL, 2011).

O número maior de idosas aponta para a longevidade feminina como reflexo da maior esperança de vida ao nascer. Observa-se que as mulheres vivem em média sete anos mais que os homens (OLIVEIRA; NERI; D'ELBOUX, 2013). Ao analisar os dados, foi possível identificar que 73,3% (22) dos idosos comunitários e 100% (30) dos institucionalizados são aposentados, perfazendo uma renda mensal de 01 salário mínimo. Este rendimento pessoal pode ser um indicador fundamental para compreender a exclusão social vivenciada hoje por muitos idosos, já que, privação socioeconômica influencia no estado de saúde do indivíduo, levando-o ao risco de incapacidades, necessitando de cuidados diretos e constantes, fato influenciador na institucionalização do idoso.

Os resultados da tabela 1 demonstram que em todas as facetas que compõem o instrumento WHOQOL-old, os idosos institucionalizados apresentaram médias inferiores aos idosos comunitários. Especialmente no que se refere à Autonomia, Participação Social e Intimidade essa diferença se faz mais notória. Esses resultados corroboram com o estudo feito por Narciso (2006), em que avaliando a qualidade de vida de idosos institucionalizados, encontrou um pior desempenho nas dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, e saúde mental, quando comparadas com idosas não institucionalizadas.

Atribui-se a significativa diferença encontrada nas amostras do presente estudo à participação dos idosos em grupos de convivência, pois as ações desenvolvidas nesses locais oportunizam lazer, convivência grupal e estimulam a autonomia de seus participantes. Por outro lado, as instituições de longa permanência favorecem o

isolamento social e a dependência. A independência da velhice é de extrema importância e não está relacionada apenas à capacidade de desenvolvimento das atividades da vida diária, mas sim, na preservação das atividades mentais e na possibilidade de integrar-se socialmente (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

Na tabela 2, os dados relacionados à faceta Função Sensorial, apresentaram média de (12,8) para os idosos comunitários e (11,6) institucionalizados. A respeito ao questionamento de como você avalia o funcionamento dos seus sentidos, o primeiro obteve média de (14,4) impetrando maior média; o segundo (11,6), demonstrando que há um déficit nesse sistema, interferido na audição, visão, paladar, olfato, tato; afetando a capacidade de participar em atividades e na capacidade de interagir com outras pessoas. Os órgãos dos sentidos proporcionam a interação do idoso com o meio ambiente. O surgimento de um déficit nessa área pode fomentar o isolamento e a estigmatização, refletindo em repercussões físicas, psicológicas e sociais, implicando no surgimento de patologias como a depressão, aludindo para a diminuição da qualidade de vida dos idosos.

A visão é um meio extremamente eficiente para a rápida apreensão das informações provenientes do meio ambiente, permitindo às pessoas, principalmente os idosos, processarem informações do seu ambiente e participarem de atividades variadas.. O olfato assume, ainda, especial importância na nutrição do idoso, não apenas como um estímulo para uma alimentação equilibrada, mas por colaborar de forma estrita no paladar dos mesmos. O Envelhecimento do sistema sensorial, implicações na funcionalidade do organismo e a qualidade dos alimentos, ocasionam nesse grupo etário a perda do gosto do alimento, como também o interesse pela refeição. Como resultado, os idosos tendem a alimentar-se mal, acabando por emagrecer, ficar desnutridos, ou a confeccionarem a comida mais salgada e mais doce, o que pode contribuir para o desenvolvimento de diabetes ou hipertensão (VITORINO, 2012).

No que se refere à tabela 3 sobre Autonomia dos idosos, os dois grupos apresentaram semelhança nas respostas, sendo que os comunitários apresentaram média de 15,6 e os institucionalizados 10, apresentando os maiores percentuais no

questionamento: o que sentem em relação ao respeito das pessoas que os rodeiam. Os comunitários apresentaram média de 17,2 e os institucionalizados 12,4.

Investir na autonomia e liberdade do indivíduo ao longo dos anos é esquadrihar qualidade de vida para a velhice, fenômeno complexo e sujeito a inúmeras influências, levando a se considerar a avaliação desta, com uma visão multidimensional. A condição ambiental é uma dessas condições, uma vez que permite aos idosos desempenharem comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Quando os idosos possuem independência e autonomia, eles mesmos podem lutar por situações que deixem seu ambiente físico mais seguro, variado e interessante. Se, já não dispõem dessas possibilidades, é esperado que os membros da família ou das instituições cuidem desses aspectos (DIAS *et al.*, 2013).

A influência e os prejuízos advindos da institucionalização foram identificados no estudo de Mazuim (2005), realizado com idosos lúcidos, onde se constatou que, antes de serem institucionalizados, todos os idosos realizavam atividades rotineiras, o que favorecia a manutenção da autonomia e independência, após a institucionalização, em virtude das escassas atividades sugeridas, muitos perdiam a capacidade funcional.

O processo de envelhecimento pode tornar os indivíduos mais vulneráveis à incapacidade, decorrente do meio físico, social ou de questões afetivas. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, eles consigam redescobrir possibilidades de viver sua vida com máxima independência.

Na tabela 4 referente à faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras, pode-se observar a média dos idosos comunitários (16,0) e institucionalizados (8,0). O questionamento em relação ao reconhecimento que recebeu na sua vida, o primeiro obteve resultado de (17,2) e o segundo 12,8 igualando com o questionamento satisfação com as oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida.

Em se tratando de indivíduos que estão vivenciando a velhice, a necessidade de socializar os fatos passados e os corriqueiros da vida, também, fazem parte de sua existência. O compartilhamento de emoções e sentimentos, frequentemente, ocorre

entre familiares e amigos. Entretanto, muitos idosos não possuem filhos ou familiares próximos e somente contam com os amigos para interagir e dialogar, constituindo-se em uma rede de apoio. A interação social vivenciada pelos idosos colabora para o exercício de sua cidadania e, também, para que o indivíduo se sinta valorizado e inserido no meio social (FALCADE *et al.*, 2011).

A avaliação que os idosos fazem a respeito dos fatos ocorridos no passado, no presente, bem como suas expectativas futuras é de extrema relevância, haja vista subjetividade e variabilidade do conceito de qualidade de vida. Com o propósito de orientar as políticas para um envelhecimento bem-sucedido, parece imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem-estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida nessa faixa etária (GUITERREZ, 2014).

Observou-se na tabela 5, que os idosos comunitários obtiveram maior média no seguinte questionamento: satisfação com as oportunidades que tem para participar de atividades da comunidade, atingindo (18,8), diferente da média obtida pelos institucionalizados (12,0). O domínio participação social, demonstra a satisfação pessoal com as atividades diárias, com o uso do tempo, com o nível pessoal de atividade e com as oportunidades de participar nas atividades da comunidade, onde, desponta o construto relacionamentos como mediações sociais importantes, uma vez que os idosos valorizam de modo singular a convivência grupal e a manutenção dos relacionamentos (CELICH, 2008).

A participação em grupos na comunidade oportuniza a troca de experiências, novas aprendizagens, possibilita rever significados, ao mesmo tempo em que possibilita a conquista de sua cidadania. É a possibilidade de proporcionar motivação para a vida, criar estratégias transformadoras para envelhecer, num reencontro cada vez maior com a de vida. Os grupos de convivência para idosos representam um forma de agregar e socializar o idoso. Assim sendo, a importância da participação dos idosos nesses grupos é de irrefutável, haja vista que o convívio social promove a manutenção e a ampliação do seu grupo de amizades, promovendo melhor qualidade de vida à população idosa (VIEIRA, 2012).

O envelhecimento ativo está intimamente ligado à qualidade de vida. Viver ativamente permite aos indivíduos e grupos populacionais descobrirem seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a sua vida, inclui questões econômicas, culturais, espirituais, cívicas e de políticas sociais. Para se ter a satisfação de viver é necessário a manutenção das relações sociais e a prática de atividades produtivas (PORTUGAL; AZEVEDO, 2011).

A participação social é forte indicador para o bem-estar do idoso. Acredita-se que o isolamento social possui ligação com o declínio da saúde mental e física. Esse retraimento pode se dar tanto entre idosos institucionalizados como da comunidade, dependendo das condições de vida às quais o indivíduo está exposto. Sabe-se, ainda, que a presença do idoso em atividades em grupos, contribui satisfatoriamente para melhor autoestima e autonomia (DEL DUCA *et al.*, 2012).

A participação social dos idosos comunitários foi significativamente maior que os institucionalizados, pois nos grupos os idosos são atualizados sobre o seus direitos e deveres, sobre transporte, lazer, saúde além de estarem inseridos no contexto familiar. Já os idosos institucionalizados são geralmente restritos as instituições onde moram sem terem contato com o mundo ao seu redor, não podendo, assim, reivindicar muitas vezes seus direitos básicos. É importante enfatizar que cabe aos coordenadores das instituições de longa permanência (ILPI) desenvolver estratégias estimuladoras para as relações sociais como atividades culturais, lazer, atividade física entre os idosos institucionalizados, pois, certamente, se não forem estimulados poderão ter a percepção da qualidade de vida reduzida (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013).

Na tabela 6, a questão que obteve maior média foi em relação à preocupação pela maneira à qual irá morrer. Os idosos comunitários apresentaram média (17,6) e os institucionalizados (16,0). O medo da morte pode interferir de forma negativa na qualidade de vida do idoso, sendo gerador de ansiedade, impedindo-o de executar determinadas tarefas que antes realizaria com satisfação (DALSENTER; MATOS, 2009). Enfrentar o evento morte tem sido algo difícil, pois envolve não apenas um procedimento técnico, mas, aspectos pessoais, como: valores, crenças, espiritualidade, religião, cultura, mitos e medos (DIAMANTE, 2007).

Na tabela 7, na faceta Intimidade, os comunitários obtiveram média de 17,2; já os institucionalizados 10,4. Referente ao questionamento até que ponto você sente amor em sua vida, o primeiro apresentou média (18,8); o segundo em relação ao sentimento de companheirismo em sua vida (10,8). A faceta intimidade avalia a capacidade para relações pessoais e íntimas (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). Este aspecto é fortemente correlacionado à ausência de companheiro, evidenciando a necessidade de adaptação das relações afetivas entre os idosos. Pesquisas enfatizam que, para 56,4% dos homens idosos, a esposa é a principal confidente e 61,8% tinham pelo menos uma boa conversa semanal com a cônjuge (GIERVELD *et al.*, 2009).

Para os idosos institucionalizados, os aspectos relacionados à intimidade são mais complicados, visto que o relacionamento de tais indivíduos acaba por ficar restrito aos idosos que habitam a mesma instituição, dificultando a manutenção de qualquer relacionamento íntimo com outra pessoa, o que pode ter justificado, em partes, o pequeno número de idosos avaliados que aceitou responder às perguntas relativas a este domínio (DALSENTER; MATOS, 2009).

Evidencia-se, portanto, a necessidade dos profissionais de saúde identificar essa situação nas instituições, com intuito de auxiliar os idosos na construção de novos laços ou no fortalecimento dos já existentes. Dessa forma, possibilita-se a melhoria do sentimento de companheirismo entre idosos que não possuem cônjuge.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante análise dos dados constatou-se que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados apresentou-se de maneira inferior quando comparada aos idosos comunitários. Diante disso, infere-se que o processo de institucionalização traz consequências negativas para a qualidade de vida das pessoas idosas, reforçando os pressupostos da Política Nacional do Idoso (PNI) que preconiza que a institucionalização seja a última alternativa, ocorrendo apenas quando todas as outras

já tiverem sido esgotadas. A diferença no nível de qualidade de vida identificada entre os dois grupos investigados reflete a necessidade de se repensar a estrutura e os investimentos direcionados à institucionalização das pessoas idosas para favorecer o bem estar biopsicossocial destes indivíduos.

Embora a institucionalização represente uma estratégia necessária para idosos que se encontram abandonados, que não dispõem de cuidadores domiciliares ou por outros aspectos, é preciso ampliar os programas de promoção de saúde nas seis facetas estudadas da qualidade de vida, principalmente na faceta autonomia onde os resultados sugerem insatisfação, para que os idosos que residem em instituições de longa permanência venham a ter uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente uma melhor saúde e bem-estar social, adotando cuidados básicos, ampliando a aquisição positiva para a qualidade de vida no ponto de vista físico, mental e social.

Ter qualidade de vida não é apenas ter boa saúde física ou psicológica, mas é sentir-se bem consigo mesmo, com o local onde se vive, com a família, amigos e outras pessoas significativas que o rodeiam. Para obter melhor qualidade de vida, necessita-se ter um estilo de vida saudável, cuidar de si, ter capacidade para realizar as atividades do dia-a-dia, ter tempo para atividades de lazer e para outros hábitos que o façam sentir-se bem e realizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e diretrizes. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CALEFI, K. A. C. *et al.* Qualidade de vida do paciente com neoplasia hematológica submetido à quimioterapia. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 18, n. 1. 2014.

CELICH, K. L. S. **Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade**. Porto Alegre: PUCRS, 2008.

DALSENTER, C. A; MATOS, F. M. Percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Blumenau (SC). **Dynamis Rev Tec-Cient**, v. 2, n. 15, p. 32-7, 2009.

DEL DUCA, G. F. *et al.* **Predictive factors for institutionalization of the elderly**: a case-control study, v. 46, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000100018>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

DIAMENTE, L. M. **Cuidados paliativos**: conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infecto-contagiosa de um hospital geral. 2007. 78f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2007.

DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAÚJO, C. V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.127-138, 2013.

FALCADE, B. L. *et al.* Octogenários em residências unipessoais: enfoque sobre a qualidade de vida e condições de saúde. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 1, n. 3, p. 386-393, set/dez. 2011.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista Saúde Pública**, n. 40, v. 5, p. 785-91, 2006.

GIERVELD, J. D. J. *et al.* Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 64, n. 4, p. 497-506, 2009.

GUTIERRES FILHO, P. J. B. *et al.* Qualidade de vida de idosos com deficiência e prática de atividade física em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, pp. 141-151, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000100141&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 maio 2014.

KUMPEL D. A. *et al.* Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de Saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300007> Acesso em: 12 maio 2014.

MAZUIM, C. R. **Idoso institucionalizado**: suporte, abrigo ou segregação? Canoas: Ulbra, 2005. 34p.

OLIVEIRA, D. C.; NERI, A. L.; D'ELBOUX, M. J. Variáveis relacionadas à expectativa de suporte para o cuidado de idosos residentes na comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, maio/jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0742.pdf>. Acesso em 12 maio 2014.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p. 1069-1078, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400020&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 maio 2014.

OLIVEIRA, R. C. S. Reconstrução histórica da universidade aberta para terceira idade na universidade estadual de Ponta Grossa. **Revista HISTEDER On-line**, Campinas, mai. 2012. Disponível em: <<http://www.fe.unicamp.br/revistas/ged/histedbr/article/view/3463/3081>>. Acesso em: 12 maio 2014.

PORTUGAL, J.; AZEVEDO, M. J. **Otimize o seu bem-estar**. Lisboa: Lidel. 2011. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (coord.). Manual de Envelhecimento Activo. p. 205-232.

SANTOS, C. F.; GUTIERREZ, B. A. O. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 17, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/887>>. Acesso em: 12 maio 2014.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 166-172, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Ana%20Carla/Downloads/9405-37280-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Carla/Downloads/9405-37280-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 13 maio 2014.

SILVA, B. C. O. *et al.* Experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem com idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 179-189, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13815>>. Acesso em: 14 maio 2014.

STIVAL, M. M. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Revista Brasileira de**

Geriatrics e Gerontology. Rio de Janeiro, vol.17, n.2, p. 395-405, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000200395&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 maio 2014.

The WHOLQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOLQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995.

VIEIRA, K.F.L. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais**, 2012. 234 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 6, p. 1186-1195, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23258733>>. Acesso em: 14 maio 2014.

Data do recebimento para publicação: 21.02.2014.

Data de aprovação do trabalho: 30.06.2014.

HANSENÍASE: PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO ENTRE OS PORTADORES EM CAJAZEIRAS-PB

LEPROSY: SELF-CARE PRACTICES AMONG PATIENTS IN CAJAZEIRAS, PARAÍBA, BRAZIL

Nefertiti Pereira Leite¹

Mayrla Lima Pinto²

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa³

Elisangela Vilar de Assis⁴

Talina Carla da Silva⁵

Milena Nunes Alves de Sousa⁶

RESUMO: Introdução: A Teoria do Autocuidado proporciona uma reflexão sobre o modo como o ser humano é, como e porque ele se cuida e as razões que fazem com que ele, muitas vezes, não consiga cuidar de si, necessitando do auxílio do outro. Presume-se que o autocuidado é uma necessidade universal dos seres humanos. **Objetivo:** Identificar as práticas de autocuidado entre os portadores de hanseníase. **Método:** Trata-se de pesquisa exploratória, de campo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de um questionário e analisados com aplicação da estatística descritiva simples e agrupamento das informações. **Resultados:** A maioria dos portadores de hanseníase era do sexo feminino, tinha idade entre 20 e 49 anos, tinha algum conhecimento sobre a doença, recebia apoio familiar e social para tratar a doença e adotava práticas de autocuidado, porém, com certa dificuldade. **Conclusão:** Constatou-se a necessidade da realização de novos estudos e do desenvolvimento de novas práticas voltados ao autocuidado, proporcionando uma assistência integral aos portadores de hanseníase, com vistas a uma maior qualidade de vida.

Descritores: Hanseníase. Autocuidado. Práticas em Saúde.

¹ Enfermeira pela Faculdade Santa Maria-PB.

² Enfermeira. Mestre em Saúde Pública.

³ Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Docente da Faculdade Santa Maria-PB.

⁴ Fisioterapeuta. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Docente da Faculdade Santa Maria-PB.

⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente da Faculdade Santa Maria-PB.

⁶ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente da Faculdade Santa Maria-PB e Faculdades Integradas de Patos-PB. Enfermeira.

ABSTRACT: Introduction: The Self-Care Theory provides a reflection on the way how the human being is, how and why she/he cares for her/himself, and the reasons why she/he often cannot care for her/himself, needing help from the other. It is presumed that self-care is a universal need of human beings. **Objective:** Identify self-care practices among leprosy patients. **Methodo:** This is an exploratory, field, survey with quantitative approach. Data were collected by means of a questionnaire and analyzed by applying simple descriptive statistics and grouping of information. **Results:** Most leprosy patients were women, aged between 20 and 49 years, had some knowledge about the disease, relied on family and social support to treat the disease, and adopted self-care practices, but with some difficulty. **Conclusion:** We found out there is a need to carry out further studies and design new practices aimed at self-care, providing leprosy patients with a comprehensive care, with a view to better quality of life.

Descriptors: Leprosy. Self-Care. Health practices.

INTRODUÇÃO

Conforme a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado os seres humanos diferenciam-se dos outros seres vivos por sua capacidade de refletir sobre si mesmos e seu ambiente, por simbolizar o que vivenciam e utilizar criações simbólicas no pensamento, pelo processo de comunicação, por ter consciência de como fazer coisas benéficas para si mesmo e aos outros. Dentro deste contexto, adota muitas vezes práticas de autocuidado, o qual descreve e explica as condutas de cuidados executados, quer por uma pessoa sadia quer por um indivíduo portador de uma patologia, visando sempre manter e/ou restabelecer a saúde e o bem estar (BUB *et al*, 2007).

A capacidade de autocuidado não é inata, adquire-se ao longo do processo de crescimento. Tem de ser aprendido e executado continuamente, de acordo com as necessidades reguladoras do indivíduo (TAYLOR, 2004). Dentro deste entendimento e na área da saúde, por exemplo, é possível praticá-la após ações de educação em saúde, a qual condiciona os sujeitos a adotarem estratégias de promoção da saúde.

As ações de autocuidado constituem a prática voluntária e intencional, envolvendo a tomada de decisões e objetiva contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano (BUB *et al*, 2007). Entre os pacientes com hanseníase, a realização do autocuidado dependerá, entre outros fatores, da percepção que ele em seu grupo familiar tem da doença e do significado que a experiência tem para eles (LOPES *et al*, 2008).

Afinal, a hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução lenta, curável, ocasionado pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen e manifesta-se através de sinais e sintomas demartoneurológicos, principalmente nos olhos, mãos e pés (AGUIAR, 2009). Constitui importante problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo, e persiste como endemia em 15 países ao final de 2000 (prevalência acima de 1,0/10.000 habitantes). Apesar de todo o empenho em sua

eliminação, o Brasil continua sendo o segundo país em número de casos no mundo (ARAÚJO, 2003).

Os primeiros sinais dessa doença são: manchas esbranquiçadas ou avermelhadas na pele, perda de sensibilidade, sensação de dormência ou formigamento na região, insensibilidade à dor, ao tato, ao calor e queda dos pelos sobre as manchas (EDER, 2004).

Os pacientes devem ser tratados em regime ambulatorial. Nos serviços básicos de saúde, administra-se uma associação de medicamentos, a poliquimeoterapia (PQT). A PQT mata o bacilo e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas, levando a cura (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, este estudo centra-se no interesse em conhecer as práticas de autocuidado e como influenciam na qualidade de vida dos portadores de hanseníase. A partir dessas considerações, surgiu a necessidade de discutir a temática. Deste modo, surgiu o seguinte questionamento: quais as práticas de autocuidado adotadas pelos pacientes com hanseníase? Diante do exposto, objetivou-se identificar as práticas de autocuidado entre os portadores de Hanseníase.

MÉTODO

Pesquisa exploratória, de campo com abordagem quantitativa, realizada no município de Cajazeiras, localizado a oeste do Estado da Paraíba, junto com os portadores de hanseníase cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Constituíam o universo de pesquisa 43 portadores de hanseníase, contudo, a amostra foi composta por 27 indivíduos, os quais atenderam aos critérios de inclusão: ser residente da cidade de Cajazeiras-PB, ter idade superior a 18 anos, ser cadastrado e acompanhado na ESF da zona urbana, o qual esteja utilizando o tratamento medicamentoso e os que se dispuseram a participar da pesquisa voluntariamente por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário contendo 17 questões objetivas, o qual foi submetido a pré-teste para fins de validação e correção de erros. Quanto a análise, adotou-se o procedimento quantitativo mediante estatística descritiva simples.

Ressalta-se que no desenvolvimento deste estudo foram respeitados os requisitos contidos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS que normaliza os aspectos éticos no que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos conforme CAEE 03961512.0.0000.5180.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil Sócio-Demográfico

Amostra foi composta por 27 participantes, destes a faixa etária de maior destaque encontrava-se entre 40 a 49 anos. O que corrobora com o exposto Sousa *et al* (2009), para quem enfermidade caracteriza-se por ser uma doença infecciosa e crônica que atinge principalmente a faixa etária economicamente ativa.

Em se tratando do sexo 55,7% eram do sexo feminino e 44,5% do masculino. Os dados contrariam parcialmente estudos os quais apontam que a hanseníase continua a incidir em maior proporção entre os homens (OLIVEIRA *et al*, 1996). Apesar disto, os autores também estabelecem que nos últimos anos a diferença entre os sexos vem diminuindo. No mais, a doença parece menos impactante no entre as mulheres, pois as mesmas buscam mais serviços de saúde em comparação com os homens.

Isso ocorre devido eles considerarem a doença como um sinal de fragilidade, não reconhecendo como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (BRASIL, 2009; KEIJZER, 2003; SABO, 2002; SCHRAIBER, 2005).

Em relação ao estado civil, apresentam que 14,8% eram solteiros, 59,3% casados, 18,5% divorciados e 7,41% (n= 2) viúvos. A prevalência para casado é relevante, pois o apoio familiar é necessário e importante para que o indivíduo se sinta seguro para o enfrentamento da doença e assim não venha a abandonar o tratamento.

No que diz respeito a escolaridade, 7,14% (n=2) eram analfabetos, 44,44% (n= 12) apresentavam o 1º grau incompleto, 3,31% (n=1) possuíam o 1º grau completo, 11,11% (n=3) o 2º grau incompleto, 33,33% (n= 9) o 2º grau completo e nenhum apresentaram o 3º grau incompleto e completo. Somando o número de analfabetos juntamente com o 1º grau incompleto que foi predominante na pesquisa gera uma preocupação, já que a baixa escolaridade é um fator predominante para o surgimento da hanseníase, onde pode afetar o curso da doença e a descoberta precoce da mesma.

Quando analisado o nível de conhecimento dos participantes, o mesmo se encontra parcialmente favorável, pois 55,7% referiram saber o que é a hanseníase, porém 44,44% (n=12) relataram não conhecer sobre a mesma. Essa falta de conhecimento pode vincular-se ao “despreparo” dos profissionais de saúde em manejar a hanseníase, bem como pela baixa preocupação concernente as questões de educação em saúde.

A falta de conhecimento da população ou o conhecimento precário retarda a procura ao serviço, contribuindo para o diagnóstico tardio e mantendo as fontes de infecção, que por sua vez aumentam o número de casos infectados (SANTOS *et al*, 2007). A informação é fundamental para que o paciente possa aderir ao tratamento.

A ausência da mesma se torna um grande obstáculo, muitas vezes os pacientes já apresentam ou adquirem informações preconceituosas acerca da doença, todavia isso irá refletir no modo como o indivíduo irá encarar a patologia e o tratamento, podendo muitas das vezes estes vir a abandonar a necessidade de seguir a terapêutica (ASSUNÇÃO; SEABRA; FIGUEIREDO, 2009).

Dos participantes, 46,7% relataram ter obtido informações através do enfermeiro, 20,0% pelo médico, 6,7% por meio de revista, 13,3% pela TV, 20,0%) através da internet e 6,7% pelo Agente Comunitário de Saúde. O resultado demonstra que boa parte das informações obtidas foram repassadas pelos enfermeiros, figura chave atuante na atenção primária a saúde, uma vez que os

mesmos precisam auxiliar na redução do número de casos, bem como no controle da hanseníase.

A consulta de enfermagem é uma atividade primordial na assistência, pois estabelece uma interação terapêutica do indivíduo e o profissional da saúde, o que possibilita o reconhecimento das condições de vida que determinarão os perfis de saúde e doença (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001) além de direcionar a prática profissional para a independência, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos (FAEDA; LEON, 2006).

É sabido que a autonomia se dá com o aumento da capacidade dos usuários de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo da vida, podendo ser medido pela capacidade do autocuidado, da compreensão do processo saúde/doença e do uso do poder de estabelecimento de compromisso e contrato com outros (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O fato da hanseníase ser um importante problema de saúde pública, devido o seu potencial incapacitante é necessário que se realize o diagnóstico precoce. De acordo com Brasil (2001), o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos portadores de hanseníase são condições essenciais para interromper a transmissão, prevenir a evolução da doença, e reduzir as conseqüências físicas e sociais por ela provocadas.

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro faz parte de um processo coletivo de trabalho, atuando diretamente nas ações de controle da hanseníase seja individualmente com o portador, sua família ou comunidade; os profissionais atuam na prevenção da doença, busca e diagnóstico dos casos, tratamento e seguimento dos portadores, prevenção e tratamento das incapacidades, gerência das atividades de controle, sistema de registro e vigilância epidemiológica e pesquisas (PEDRAZZANI, 1995).

Os portadores de hanseníase podem realizar suas atividades de vida diária normalmente desde que com alguns critérios de segurança devido à perda de sensibilidade causada pela doença. Momentos vividos em diferentes contextos pelos indivíduos criam prioridades distintas, repercutindo na importância das atividades de vida para cada paciente, sendo as mesmas influenciadas por fatores físicos e psicossociais, ambientais e político-econômicos. Para uma assistência holística, os

serviços em saúde devem conhecer as atividades de vida dos portadores de hanseníase para direcionar as ações voltadas a essa clientela (LUNA *et al*, 2010).

Quanto ao recebimento de informações sobre como cuidar de si e de suas lesões, 74% (n=20) responderam que sim e 26% (n= 7) que não. Apesar de um pequeno número referir não ter tido informações de autocuidado, o dado ainda preocupa, pois é dever do profissional de saúde repassar todas as informações necessárias aos pacientes. Se os pacientes não forem informados sobre como autocuidar-se e não forem avaliados frequentemente isso poderá acarretar no surgimento de deformidades e incapacidades levando esses indivíduos muitas vezes ao comprometimento de sua qualidade de vida.

Os pacientes com hanseníase que chegam ao serviço de atenção à saúde do SUS, sem qualquer tipo de incapacidade, sendo monitorados e orientados durante todo o tratamento, têm grande chance de evitar o aparecimento de deformidades e incapacidade quando seguem as orientações dos profissionais da saúde – na dependência também da evolução da doença, resposta imunológica do paciente ao bacilo e medicação. Esses profissionais, por sua vez, têm de utilizar estratégias para aumentar a adesão e envolvimento do paciente, tornando-o participante de seu tratamento (RODINI *et al*, 2010).

Em relação às práticas de autocuidado que os participantes realizam para cuidar de si diariamente e evitar deformidades e incapacidades, lavar o nariz 3 a 4x por dia não foi referido por nenhum dos participantes, 3,70% (n=1) observa os olhos todos os dias, 7,41% (n=2) fazem uso de colírio, 44,44% (n=12) usam boné (chapéu) de aba larga para sair ao sol, 22,22% (n=6) faz uso de óculos escuro, 29,6% (n=8) observam as mãos e os pés com freqüência, 70,4% (n=19) hidratam e lubrificam o corpo, principalmente mãos e pés, 48,1% (n=13) usam protetor solar antes de se expor ao sol, 3,70% (n=1) usa luva para manipular objetos quentes e cortantes, nenhum relatou usar material isolante (borracha, espuma, pano grosso) para evitar lesões, 40,74% (n=11) lixam mãos e pés para evitar calosidades, 11,11% (n=3) realizam exercícios nas mãos e pés para evitar incapacidades ou deformidades, 11,11% (n=3) usam sapato confortável e adequado para evitar lesões e 100% (n=27) tomam regularmente a medicação.

O desenvolvimento de instrumentos que avaliam os pacientes portadores de hanseníase reflete a necessidade de demonstrar a efetividade de programas de

tratamento e cuidados na área da saúde, além de estabelecer os efeitos que uma doença ou seu tratamento causam na vida de um indivíduo. Através desses instrumentos, é possível ter uma visão mais ampla do paciente, quando incorporam a perspectiva deste em relação ao tratamento realizado (RODINI *et al*, 2010).

Não se pode esperar que a prevenção de incapacidade produza sempre resultados imediatos, embora qualquer prevenção ou redução de impedimentos seja de grande benefício para os indivíduos, evitando a necessidade de reabilitação potencialmente onerosa (RODINI, 2010). Os indivíduos devem ser conscientes que depende deles se cuidarem apesar do profissional ter a responsabilidade de orientar sobre a importância do autocuidado. Os portadores de hanseníase devem conhecer as limitações que muitas vezes a doença pode trazer e assim saber como agir, não basta apenas preocupar-se em realizar o tratamento medicamentoso para chegar à cura é necessário também cuidar dos resultados que ela pode causar.

Ao serem questionados se realizavam a autoavaliação das lesões diariamente 88,89% (n=24) responderam que sim, enquanto 11,11% (n=3) que não. É necessário que se avalie as lesões e o corpo pelo menos uma vez por dia para verificar a existência de pequenos ferimentos, ressecamento, fissuras e áreas avermelhas (BRASIL, 2010). Além disso, é importante também no momento da consulta mensal, fazer avaliação, para que se observe a progressão das lesões ou o surgimento de novas, assim como, o comprometimento das já existentes.

As principais dificuldades enfrentadas pelos participantes para realizar o autocuidado, foram: 6 (22,2%) referiram terem dificuldades financeiras, 3 (11,1%) no trabalho/profissão, 8 (29,6%) devido aos efeitos adverso da medicação, 2 (7,4%) pela falta de conhecimento, 1 (3,7%) pela falta de medicação e 15 (55,6%) relataram não apresentar nenhuma dificuldade.

Algumas das questões referentes a não adesão ao tratamento e realização do autocuidado são: a ausência do assistente social na equipe de prestação de serviços, a baixa escolaridade dos pacientes, a dificuldade para ausentar-se do trabalho para comparecer à Unidade de Saúde, a complexidade das orientações fornecidas ao doente, a dúvida quanto à eficácia do tratamento, a ausência de vínculo afetivo com algum profissional da saúde, a ausência de repertório sobre prevenção de doenças e o sentimento de impotência em face da saúde (ANDRADE *et al*, 1994; BAKIRTZIEF, 1996).

O autocuidado é algo inerente do indivíduo e que está ligado a vários contextos de suas vidas. Faz-se necessário que o indivíduo procure adotar medidas que o favoreçam e para realizá-lo algumas vezes é preciso mudar seu estilo de vida, é nesse momento que os profissionais de saúde devem encorajá-los para realizarem tais práticas, pois isso se faz necessário em todo o contexto de sobrevivência do indivíduo.

A principal dificuldade relatada pelos doentes para a realização do tratamento foram os efeitos adversos da medicação a qual se destacou com 18,5% (n=5), porém a maioria (81,5%; n= 22) relatou não apresentar nenhuma dificuldade para realizá-lo.

O tratamento da hanseníase preconizado pelo MS, é a poliquimioterapia, o qual é fundamental na estratégia de controle da doença, enquanto problema de saúde pública (OSUGUE; OSUGUE, 2010). A PQT tem como finalidade a cura da doença, fechar a fonte de infecção, a supressão dos surtos reacionais, a prevenção das incapacidades físicas, a reabilitação física e psicossocial (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008).

Os medicamentos utilizados na PQT causam muitos efeitos adversos aos pacientes, esse pode ser um dos fatores para o abandono do tratamento. É fundamental que os profissionais da atenção básica expliquem aos pacientes as tudo sobre os efeitos adversos dessas medicações. Afinal, de acordo com Goulart (2002), muitos poderão abandonar o tratamento em consequência da ausência de uma orientação e/ou de uma solução imediata à sintomatologia.

As fontes de apoio recebidas pelos indivíduos da pesquisa foram: 25 (92,6%) a família, 2 (7,4%) o trabalho, 11 (40,7%) amigos, 5 (18,5%) vizinhos, 20 (74,1%) os estabelecimentos de saúde e 1 (3,7%) referiu não receber apoio. Apesar de a hanseníase ser uma doença infectocontagiosa, os pacientes em tratamento podem conviver normalmente com sua família, seus colegas de trabalho e amigos sem qualquer restrição (RODINI *et al*, 2010).

A partir de um problema de saúde, tanto a pessoa doente quanto sua família busca nas suas potencialidades individuais, o apoio que necessitam para seguir a vida e superar as barreiras impostas pela doença (FONTES; ALVIM, 2008). As redes sociais mais comuns são as extensas que ultrapassam o ambiente familiar, como por exemplo, vizinhos, amigos, pessoas relacionadas ao trabalho

(BRONFENBRENNER, 1996). Diante da doença a família estende a mão em direção ao doente e articula-se para ajudá-lo e atender suas necessidades (BIELEMANN, 2004).

O apoio de toda rede social, principalmente da família, é necessário e importante para ajudar o indivíduo portador de hanseníase a superar as dificuldades vivenciadas durante o tratamento. Dessa forma, 85,2% (n=23) receberam apoio emocional, 66,7% (n=18) informativo, 29,6% (n=8) de reforço e 11,1% (n=3) referiram não receber nenhum apoio.

O apoio social proporciona dispositivos de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Ao se referir sobre o apoio social fornecido pelas redes, ressaltam-se os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais. Um envolvimento comunitário pode ser significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a autoestima do paciente, o que contribui com o sucesso do tratamento (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Assim, o apoio social é fundamental para que o indivíduo se sinta encorajado a vivenciar qualquer que seja a dificuldade em seu cotidiano, isso ainda é mais relevante para os portadores de hanseníase visto que a sociedade ainda apresenta conceitos preconceituosos sobre a doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria do autocuidado tenta explicar as razões ou os motivos que levam o indivíduo a cuidar de si para manter sua saúde e bem estar. O autocuidado é uma ação primordial na vida de todos os seres humanos, tratando-se de práticas voltadas para a mudança de comportamento que conduzirá o indivíduo a prevenir enfermidades e tratar os sintomas.

No caso da hanseníase, as práticas de autocuidado são necessárias e importantes devido à mesma ser uma doença infectocontagiosa e causar deformidades e incapacidades. As ações para se cuidar ocorrem por meio de procedimentos e exercícios que o indivíduo realiza em casa ou no trabalho para evitar ou minimizar as seqüelas que a doença pode deixar.

Portanto o presente estudo teve como objetivo descrever as práticas de autocuidado entre os portadores de Hanseníase. Diante deste, a pesquisa evidenciou que a amostra foi composta por homens e mulheres, sendo estas a maioria. A faixa etária foi entre 20 a 89 anos, tendo maior predomínio entre 20 a 49 anos. Este dado é preocupante, pois refere que os indivíduos estão sendo mais afetados na faixa etária economicamente ativa.

Evidenciou-se, ainda, que o nível de conhecimento dos indivíduos sobre a doença é parcialmente favorável. As informações disponíveis tinham sido obtidas pelos enfermeiros. Um grande número dos entrevistados afirmou ter recebido informações de como cuidar de si e de suas lesões e os mesmos praticam algumas dessas práticas de autocuidado, isso é considerável, pois permite dessa forma que os portadores de hanseníase evitem o surgimento de deformidades e incapacidades. Apesar disto, para realizarem a terapêutica, enfrentam dificuldades como: financeira, na profissão, efeitos adversos da medicação e desconhecimento.

A análise ressalta que os indivíduos da pesquisa têm apoio da família, amigos, vizinhos, no trabalho e do estabelecimento de saúde, e dessas fontes eles recebem apoio emocional, informativo e de reforço. Isso poderá facilitar o autocuidado, possibilitando-os a cuidar de si e cumprir a terapêutica da melhor maneira possível.

Nesse contexto é relevante ressaltar que o compromisso do enfermeiro para com o paciente deve efetivar-se de forma holística, cabendo a tal profissional enfatizar as práticas de autocuidado, mostrando sua finalidade e sua importância para todo ciclo vital do indivíduo, uma vez que essas informações permitirão que os mesmos possam participar do seu processo saúde-doença.

Assim sendo, espera-se que a investigação contribua para o desenvolvimento de novos estudos e práticas, especialmente no campo do autocuidado, subsidiando uma assistência integral aos portadores de hanseníase, possibilitando aos mesmos o desfrute de uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Z. N. Hanseníase. In: AGUIAR, Z. N.; RIBEIRO, M. C. S. (orgs.). **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n 4, p. 925-934, 2002.

ANDRADE, V.L.; SABROZA, P.C.; ARAÚJO, A.J. Fatores associados ao domicílio e à família na determinação da hanseníase. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, p.281-292, 1994.

ARAÚJO, M.G.; Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.36, n.3, p.373-82, 2003.

ASSUNÇÃO, C.G.; SEABRA, J.D.R.; FIGUEIREDO, R.M. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado. **Ciencia y enfermería**. v.15, n.2, 2009.

BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, n.4, 1996.

BIELEMANN, V.L.M. Uma experiência de adoecer e morrer em família. In: ELSÉN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. (org). **O viver em família e a interface com a saúde e a doença**. 2.ed. Maringá: Eduem, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral a saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hanseníase Atividades de Controle e Manual de Procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BUB, M.B.C. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.esp., 2007.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a

gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

DUARTE, M.T.C.; AYRES, J.A.; SIMONETTI, J.P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n.(esp): 767-773, 2008.

EDER, H. M. M. T. **Hanseníase**. São Paulo: Moderna, 2004.

FAEDA, A.; LEON, C.G. R.M.P. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 818-821, 2006.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n.1, p. 77-83, 2008.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde doença das famílias e do coletivo. In: **Manual de Enfermagem**. Brasília: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde, 2001.

GOULART, I.M.B. *et al.* Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 35, n. 5, p. 453-460, set-out, 2002.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C.; CUETO, M; RAMOS, M.; VALLENS, S (coord.). **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, Lima., 2003, p. 137-152.

LOPES, M. C. L. *et al.* O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 198-211, 2008.

LUNA, I. T. *et al.* Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.6, p. 983-990, 2010.

OLIVEIRA, S. N. *et al.* Avaliação epidemiológica da hanseníase e dos serviços responsáveis por seu atendimento em Ribeirão Preto-SP no ano de 1992. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, n.1, p. 114-122, 1996.

OSUGUE, S. M.; OSUGUE, J. Y. Hanseníase. In: TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

PEDRAZZANI, E. S. Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da hanseníase no estado de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.1, p. 109-115, jan. 1995.

RODINNI, F.C.B. *et al.* Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 17, n.2, p.157-166, 2010.

SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In: Miriam Adelman & Celsi Brönstrup Silvestrin (Org.), **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Editora UFPR, 2002, p.33-46.

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 6, n. esp., p. 738-743, 2008.

SANTOS, D.C.M. *et al.* Hanseníase e o seu processo diagnóstico. **Hansenologia Internationalis**, v.32, n.1, 2007.

SOUSA, P.R.A. *et al.* **Estratégias e Tecnologias efetivas requalificam Programa de Controle da Hanseníase**. Publicação Científica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CEUT. Observatório epidemiológico, 7. ed, 2009.

SCHRAIBER, L.B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p.30-61.

TAYLOR, S. Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In: TOMY, A.M.; ALLIGOOD, M. R. (Eds.). **Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5. ed. Loures: Lusociência, cap. 13, 2004. p. 211-236.

Data do recebimento para publicação: 30.01.2014.

Data de aprovação do trabalho: 06.06.2014.

REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA: EXPECTATIVAS E SENTIMENTOS DAS MULHERES

*MEDICALLY ASSISTED REPRODUCTION: WOMEN'S
EXPECTATIONS AND FEELINGS*

Dênnya Jamária Alves Alencar¹
Wilkslam Alves de Araújo²
Ocilma Barros de Quental³
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁴
Margarida Maria Lima Rolim de Oliveira⁵
Geane Silva Oliveira⁶

RESUMO: Objetivo: Identificar as expectativas e os sentimentos das mulheres diante da reprodução medicamente assistida. **Método:** Pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no Complexo Hospitalar Santa Terezinha, em Sousa-PB. Os dados foram coletados em abril de 2013, por meio de um questionário, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (FSM), sob o Protocolo n. 240.814. Eles foram analisados à luz do Discurso do Sujeito Coletivo, de Lefèvre e Lefèvre. **Resultados:** Foi possível identificar as expectativas e os sentimentos das mulheres em contexto de reprodução medicamente assistida por meio de seus relatos, que enfatizaram os métodos, os sinais, os sintomas e as dificuldades; esses achados foram correlacionados ao seu perfil sociodemográfico. **Conclusão:** Mostrou-se relevante analisar o perfil das pacientes tendo em vista suas expectativas e sentimentos em relação aos métodos adotados, com vistas a traçar estratégias adequadas para lidar com as dificuldades comumente enfrentadas.

Descritores: Reprodução. Técnicas de Reprodução Assistida. Emoções. Saúde da Mulher.

¹ Enfermeira. Faculdade Santa Maria. Email: dennyzinha_alencar@hotmail.com.

² Acadêmico do curso de bacharelado em Enfermagem Faculdade Santa Maria. Email: wilkslam@hotmail.com.

³ Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Email: ocilmaquental2011@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Email: ankilmar@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. Email: ankilmar@hotmail.com.

⁶ Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. Email: geane1.silva@hotmail.com.

ABSTRACT: **Objective:** Identify women's expectations and feelings in face of medically assisted reproduction. **Method:** Exploratory and descriptive survey, with a qualitative approach, carried out at the Hospital Complex "Santa Terezinha", in Sousa, Paraíba, Brazil. Data were collected in April 2013, by means of a questionnaire, after study approval by the Research Ethics Committee of Faculdade Santa Maria (FSM), under the Protocol 240,814. They were analyzed in the light of the Collective Subject Discourse, as proposed by Lefèvre and Lefèvre. **Results:** It was possible to identify women's expectations and feelings in a context of medically assisted reproduction through their reports, which emphasized the methods, signs, symptoms, and difficulties; these findings were correlated with their sociodemographic profile. **Conclusion:** It has shown to be relevant to analyze the profile of patients in view of their expectations and feelings about the methods adopted, in order to devise appropriate strategies to deal with the commonly faced difficulties.

Descriptors: Reproduction. Assisted Reproduction Techniques. Emotions. Women's Health.

INTRODUÇÃO

O ser humano desde cedo carrega com ele a vontade de procriar. Autores afirmam que esse desejo é alimentado por diversificados motivos e impulsos diferentes, que chegam a ser tanto de ordem consciente como inconsciente (MALDONADO, 1997; SZEJER & STEWART, 1997). Entretanto, a busca pela concretização desse sonho para algumas mulheres nem sempre é tão fácil. Ocorrem às tentativas de engravidar, o tempo vai passando, o filho não vem e elas se deparam com um quadro de infertilidade. Surge, então, a necessidade de embarcar no caminho de diagnósticos e tratamentos, por vezes longos, desgastantes e cheios de frustrações.

A infertilidade é definida como a incapacidade de alcançar uma gravidez ou mantê-la a termo, que persiste por um período superior a um ano, apesar de o casal manter relações regulares sem o uso de contraceptivos (PASSOS; COLS, 2006). Frente a isso, dados revelam que a improdutividade acomete cerca de 6,1 milhões de norte-americanos ou 10% da população em idade fértil, no entanto, é notável que muitos fatores conhecidos e desconhecidos afetem a fertilidade. A infertilidade feminina e masculina é representada em cerca de 40% dos casos destinados a cada sexo já os 20% dos casos restantes caem na categoria da infertilidade associada a fatores tanto masculinos quanto feminino ou infertilidade em explicação (GRAY ET AL., 2004).

Com isso a um avanço expressivo no que diz respeito às técnicas destinadas a auxiliarem os casais inférteis no seu desejo de conceber um filho, denominadas Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas /TRMA. Que dependendo da natureza do problema de fertilidade, diferentes condutas estão disponíveis, desde procedimentos menos intrusivos e dispendiosos, como a simples estimulação hormonal, ao método mais complexo, que é a Fertilização In Vitro, realizada em laboratório e que abrange uma série de processos potencialmente estressantes para ambos os membros do casal, nomeadamente injeções diárias, recolhas de sangue,

ecografias, uma punção ovárica para recolha dos gametas femininos com anestesia geral, recolha de esperma através de masturbação e biopsia testicular (EUGSTER; VINGERHOETS, 1999).

Já que o impacto da infertilidade tem sido relacionado a sentimentos de sofrimento raiva, ansiedade, menos-valia, desesperança, medo, insegurança, culpa, fracasso e frustração (MELAMED, 2006; PALÁCIOS; COLS, 2002). Assim sendo podemos investigar essas expectativas e sentimentos abordando sua devida importância já que a infertilidade pode ser uma situação potencialmente traumática. Esse contato com o fracasso das tentativas tende a afetar seu bem-estar psicológico (VERHAA; COLS, 2007).

O interesse em estudar este assunto surgiu após obter informações providas de profissionais da saúde do município de Sousa - PB, em que os mesmos afirmaram que a cidade apresenta um alto índice de mulheres em situações medicamente assistida. A partir dessa motivação, esta pesquisa está orientada na perspectiva de aprimorar os conhecimentos que servirão de suporte para a assistência a saúde da mulher do referido município, já que se trata de um trabalho científico de bastante relevância, mediante as políticas públicas implementadas atualmente no país. Diante do exposto, o estudo tem como objetivo conhecer as expectativas e sentimentos de mulheres diante da reprodução medicamente assistida.

MÉTODO

Refere-se a um estudo de campo, descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Realizado no Complexo Médico Hospitalar Santa Terezinha, Sousa, Paraíba, Brasil. O local ora mencionado é uma instituição privada de atendimento a saúde servindo como referência não apenas para a cidade de Sousa, mas para toda a região circunvizinha. O hospital conta a seguinte estrutura física recepção, sala de urgência e emergência, UTI, centro de hemodiálise, maternidade, bloco cirúrgico, clínica de Obstetrícia e Ginecologia, onde neste último é realizado a Técnica de

Reprodução Medicamente Assistida por médicos especialistas na área.

A população foi constituída por 15 mulheres e a amostra por 7 que se enquadram nos critérios de inclusão: ser paciente em reprodução medicamente assistida e esta presente no momento da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu em abril de 2013, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, número 240.814 e a autorização do responsável pelo local da pesquisa. Salienta-se que os dados foram coletados a partir da aplicação do questionário semi-estruturado, constituído por 10 questões, sendo 05 referentes à caracterização da amostra e 05 relativos aos objetivos do estudo.

Na primeira etapa os dados característicos da amostra foram analisados e tabulados através do software Microsoft Word, já na segunda etapa os dados referentes ao objeto do estudo foram avaliados conforme o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que de acordo com Lefèvre, Lefèvre (2005) é um discurso – síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto por: expressões chaves que são pedaços trechos ou transições literais; idéia central que revela e descreve da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e a ancoragem que é a manifestação linguística explícita de uma teoria, ou ideologia ou crença que o autor do discurso professa e que será utilizado pelo pesquisador para “enquadrar” uma situação específica.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com relação à idade, verificou-se 43% (n=3) estão na faixa etária entre 30 e 33 anos, 43% (n=3) estão entre 23 e 29 anos e 14% (n=1) maior de 38 anos. Reportando-se ao estado civil, 100% (7) são casadas. No tocante ao grau de escolaridade, 57% (n=4) possuem o 3º grau completo e 43 % (n=3) o 3º grau incompleto. No que diz respeito à profissão, 29% (n=2) são enfermeiras, 29 % (n=2) comerciantes, 14% (n=1) técnica de enfermagem, 14% (n=1) estudante e 14% (n=1) professora. Salienta-se que 43% (n=3) das mulheres tem renda mensal de 4 salários

ou mais, 43% (n=3) tem entre 3 e 4 salários mínimos e 14% (n= 1) de 1 a 2 salários mínimos. Questionadas sobre o tempo de adesão ao tratamento, 57% (n=4) mulheres estão de 1ano e meio a 3 anos e meio em tratamento e 43% (n=3) de 2 meses a 1 ano.

Quadro 01: Idéias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Como foi à descoberta do diagnóstico de infertilidade?”

Idéia central 01	Discurso do Sujeito Coletivo
Por meio de exames	<i>Sempre fazia minhas consultas de rotina, houve a dificuldade para engravidar dai o diagnóstico foi dado por meio de exames laboratoriais.</i>
Idéia centra 2	Discurso do Sujeito Coletivo
De forma impactante	<i>A descoberta foi horrível. Você se sente incapaz, impotente, perde o chão os sentimentos ficam confusos, dúvidas surgem e as preocupações são constantes.</i>

O Quadro 1 demonstra duas Idéias Centrais que de acordo com o DSC-1 pode-se observar com relação a descoberta do diagnóstico de infertilidade que as entrevistadas descobriram por meio de exames laboratoriais devidamente realizados em períodos de rotinas médicas, já que houve a dificuldade de engravidar.

São normalmente elas que tomam a iniciativa de procurar ajuda médica e parecem ter maior dificuldade em abandoná-la, no caso de fracassos repetidos. Por outro lado, as mulheres são geralmente o alvo dos procedimentos de TRMA, tendo de se submeter a uma série de técnicas (mais ou menos) intrusivas, de monitorizar diariamente o seu ciclo menstrual e de alterar a sua rotina de forma a acomodar regimes de tratamentos bastante rígidos (HARDY & MAKUCH, 2002).

Ainda no Quadro 1, as entrevistadas relatam por meio do DSC-2 que sofreram um choque pois a sensação de incapacidade, impotência, preocupações constantes, gerou um turbilhão de sensações incertas.

A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que o indivíduo possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, com capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, como e quantas vezes devem fazê-lo e quando isso não é permitido por algum motivo é realmente impactante.

De fato, a literatura tem vindo a evidenciar o maior impacto que a infertilidade e respectivo tratamento provoca nas mulheres, comparativamente aos seus parceiros. Para as mulheres, o diagnóstico de infertilidade pode pôr em causa o seu sentido de identidade feminina, originando sentimentos de fracasso, falta de controle e baixa auto-estima (COUSINEAU & DOMAR, 1997).

Embora na maioria dos casos apenas um dos membros do casal seja alvo do diagnóstico de infertilidade, esta deve ser considerada como um problema do casal. Tal não implica, no entanto, que ambos os membros sejam afetados e reajam de forma semelhante. Mas é consideravelmente que eles também são significativamente afetados pela infertilidade.

Frente a isso para muitos a infertilidade era tida como uma maldição. Equivalente a seca, à falta de colheita, à castração e a morte. Pois elas eram consideradas uma ofensa para a comunidade e elas mesmas percebiam-se como maldita. No entanto, essa descoberta refere ganhos advindos dessa experiência tão dolorosa, tais como a percepção de seu crescimento pessoal e o sentimento de superação das dificuldades.

Quadro 2: Idéias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Quais foram os métodos de reprodução medicamente assistidas já utilizados pela senhora para tentar engravidar?”

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Vários tipos de tratamento	<i>Já fiz vários tipos de tratamento, desde medicações orais como Indux, utrogestan a injetáveis, para a realização da inseminação artificial que foi o ovidrel, reposição hormonal no caso da gonodotropina e controle da ovulação por USG e relações sexuais controladas.</i>

Pode-se observar que com relação os métodos de reprodução medicamente assistidas vários meios já foram utilizados por elas a fim de alcançar o desejado.

Dependendo da natureza do problema de fertilidade, inúmeras técnicas podem ser utilizadas, desde procedimentos menos intrusivos e dispendiosos, como também os mais simples como caso de estimulação hormonal, a técnicas mais complexas, que é o caso da Fertilização *In Vitro*, a qual é realizada apenas em laboratório e que envolve uma série de procedimentos potencialmente estressantes para ambos os membros do casal, nomeadamente injeções diárias, recolhas de sangue, ecografias, uma punção ovárica para recolha dos gâmetas femininos com anestesia geral, recolha de espermatozoides através de masturbação e biópsia testicular (EUGSTER & VINGERHOETS, 1999).

Para Corrêa (2001) A reprodução assistida, é considerada produto dos avanços tecnológicos na área da saúde reprodutiva, e tida como um conjunto de técnicas de tratamento médico paliativo, em condições de in/hipofertilidade humana, visando à fecundação. Tais técnicas substituem a relação sexual na reprodução biológica, provocando mudanças nos moldes tradicionais de procriação.

Essas técnicas são muitas vezes a única saída que o casal encontra para atingir a parentalidade e isso ocasiona certo desgaste físico significativo, apontando para elevados níveis de estresse relacionados ao tratamento, também devido às baixas probabilidades de sucesso que estes possam vir a apresentar.

Kusnetzoff (1997) destaca que os procedimentos diagnósticos costumam ser vividos como invasivos da intimidade pessoal ou do casal, mobilizando sentimentos primitivos de vergonha e humilhação que, muitas vezes, são fontes de conflitos.

O que torna tudo isso “suportável”, é a busca incessante pelo filho, o que acaba por consolar o casal diante de tantas as dificuldades e as incertezas, mas no fundo eles apostam todas as esperanças e acreditam que valerá a pena passar por tudo isso.

Quadro 3: Idéias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Descreva as expectativas e sentimentos sentidos pela senhora com relação à reprodução medicamente assistida.”

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Confiança e pensamentos positivos	<i>Mexe muito com o psicológico, cria-se grandes expectativas e com isso o emocional se aflora, a esperança a cada mês fica aguçada é pura emoção eu</i>

	<i>só mentalizo bons resultados a puder gerar um filho. Estou bastante confiante com a utilização da medicação e se caso não der certo parto para a fertilização in vitro.</i>
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Tortura emocional e alternância de sentimentos	<i>A expectativa é de engravidar no primeiro mês. Sentimentos se misturam é uma junção de felicidade pelo tratamento e tristeza quando vem a menstruação, como dói! Quando vejo uma mulher grávida meu coração treme e pergunto por que comigo meu Deus? É uma tortura emocional! No momento não tenho forças para lutar, já tentei tanto que não sei se consigo mais, minha única certeza é que tenho que ter Fé.</i>

O Quadro 3 mostra o que refere a Idéia Central de acordo com o DSC-1 que há confiança e pensamentos positivos, pois as expectativas e sentimentos sentidos pelas entrevistadas com relação à reprodução medicamente assistida são normais, pois elas preferem carregar em mente que as informações repassadas pelos médicos são de tamanha relevância. A auto estima, o otimismo estão de fato muito elevado e fica visível a denotação do desejo de reproduzir. A busca pelo filho vem motivada pelo desejo da mulher de dar continuidade a sua existência através da criança.

Embora o desejo seja o mesmo para todas as entrevistadas, na Idéia Central de acordo com o DSC-2 poderemos perceber que as respostas são diferentes, pois elas referem tortura emocional e alteração de sentimentos. Nestes casos torna-se comum a baixa auto-estima, depressão, ansiedade, frustração e isolamento familiar entre elas.

A cada nova tentativa, é depositada todas as expectativas e esperanças no profissional médico, aquele de quem se espera saber sobre o mistério do corpo, acreditando que este lhes dará o filho esperado. No entanto, a infertilidade envolve fatores imunológicos, psicológicos, sociais e biológicos, também responsáveis pelo sucesso do tratamento.

Para Carvalho; Carvalho (2004) isso é comum, pois a infertilidade termina sendo associada a sentimentos de vergonha, culpa, falha, qualidades negativas, sentimentos de desvalorização por não conseguirem gerar uma família.

Enquanto Burns (2007), entende que a perda da fertilidade traz consigo uma série de perdas associadas: a de um potencial relacionamento; da saúde; de status

ou prestígio; da auto-estima; da auto-confiança; da segurança; de uma fantasia ou de esperança seguido de pensamentos positivos e otimismo em poder alcançar algo ou alguém com grande importância simbólica. O fator de estresse principal é mais a possibilidade do que a realidade da infertilidade.

Quadro 4: Ideias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta:

“Cite os sinais e sintomas que surgiram durante a realização do tratamento de reprodução.”

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Alterações psicológicas	<i>Não senti nada fisiologicamente, pois foi tranquilo, sem nenhuma reação adversa já psicologicamente depressão, tristeza, insônia, insatisfação, ansiedade, preocupação. Tive acompanhamento psicológico e graças a Deus, meu esposo me acompanha e me ajuda em tudo.</i>
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Distúrbios gastrointestinais, edemas e algias	<i>Eram muitos os desconfortos abdominais, dores nas mamas, sentia muita náusea e vômitos constantes, inchaços e insônia.</i>

Com relação aos sinais e sintomas que surgiram durante a realização do tratamento no DSC-1 relataram que houve alterações psicológicas como depressão, tristeza profunda, insônia, insatisfação, ansiedade e muita preocupação frente à duração do tratamento.

Isso comumente ocorre porque parte delas a cobrança de si própria e com isso acabam se deixando invadir pelo sentimento de culpa, sentem tristeza até em tocar no assunto e acabam por se isolar de tudo e de todos o que acaba por acarretar numa suposta depressão. Optam por não comentar com familiares e amigos, pois sentem-se desconfortáveis com o fato de as pessoas perguntam sobre o resultado do tratamento e elas contarem que não obtiveram sucesso pois respostas negativas promovem ou reativam profundas feridas.

Para Hable (2000) os fatores emocionais, as questões psíquicas e sentimentais como: estresse, ansiedade e depressão podem contribuir para a infertilidade feminina.

Ainda no Quadro 4 o DSC-2 refere distúrbios gastrointestinais, edemas e alngias freqüentes. Percebe-se que é necessário e importante trabalhar as paciente sobre o tratamento, o tipo de tratamento mais adequado no momento, as possíveis mudanças físicas, psíquicas e hormonais que poderão ocorrer e, principalmente, dar suporte profissional para esta mulher continuar o tratamento e ter melhor qualidade de vida.

É preciso assistir a paciente frente a essa fragilidade, ofertando apoio, segurança, informação para iniciar o tratamento e dar continuidade em sua vida (ÁVILA, 2001).

Quadro 5: Idéias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referente à pergunta: “Diante de toda essa situação quais as dificuldades enfrentadas pela senhora para realização do tratamento?”

Idéia central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
A sistematização do tratamento, distância do cônjuge e indagações de terceiros	<i>Passar por uma série de exames, tomar injeções diárias para estimular as ovulações sem contar que as medicações são muito caras e tem que vir da capital. E ainda assim ter relação sexuais controladas após a realização da USG, pense você ter que transar 15 dias seguidos, haja imaginação. E o marido a 400km de distância? Eu ligava e dizia amor vem que os folículos estão ótimos. A distância maltrata, impede de seguir o tratamento a risca. Ressalto ainda a cobrança por parte da família, amigos e colegas de trabalho.</i>
Idéia central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Ansiedade para engravidar	<i>A minha maior dificuldade é aceitar que chegará o momento certo para que eu consiga engravidar e realizar o grande sonho de ser mãe. A ansiedade talvez seja o que me impedi de realizar o tratamento de forma tranquila.</i>
Idéia central 3	Discurso do Sujeito Coletivo
Acessibilidade ao local de tratamento	<i>A dificuldade maior é o local para fazer a fertilização devido à distância.</i>

O Quadro 5 demonstra três Idéias Centrais. Na primeira de acordo com as dificuldades enfrentadas pelas entrevistadas DSC-1 foram a sistematização do tratamento, distância do cônjuge e indagações de terceiros.

A ausência do marido no tratamento atrapalha e enfraquece o tratamento. Embora compreenda a sua ausência devido as suas atividades laborais, a mulher, com o apoio maior do seu cônjuge fortalece seu psicológico, promove sensação de bem-estar e segurança, o pode resultar em um tratamento tranquilo e bem sucedido. Ressalto ainda, que a infertilidade não é um problema só da mulher, é do casal, e elas vêem nele uma fonte de apoio e fortaleza para seguir com o tratamento e quem sabe chegar a gerar um filho.

Tubert (1996) considera que a presença dos maridos se impõe fundamentalmente através do silêncio. Habitualmente eles só se fazem presentes no processo da copula para trazerem o sêmen no momento necessário.

No que refere os procedimentos inerentes ao tratamento, acabam por causar certo incômodo com o uso excessivo de medicamentos e cansaço físico. Por outro lado até aceitam por te conhecimento dos inúmeros procedimentos. O tratamento acaba sendo visto como um movimento direcional à solução do problema (DANILUK, 2001).

A decisão pelo segredo se deve ao fato de que a informação sobre a incapacidade de conceber é considerada muito privada, em parte porque a infertilidade envolve o comportamento sexual, assunto que nem todas se sentem confortáveis para discutir com familiares e amigos. Somado a isso, a sistematização do tratamento e as expectativas e pressões dos familiares para que o casal tenha um descendente são recorrentes e promovem desconforto, pois se sentem incomodadas por qualquer forma de questionamento a respeito de filhos.

Segundo Ribeiro (2004) estes sentimentos estão presentes neste tipo de paciente, pois o projeto de ter um filho é carregado incansavelmente.

As entrevistadas do DSC-2 referem ansiedade para engravidar fator esse que pode referir de forma negativa para o tratamento. Serger- Jacob (2000) diz que todo esse processo é vivido como um estigma pela mulher. Em geral elas sentem-se como se estivessem tivessem uma marca, um defeito, e assim, tivessem fora do padrão social que lhes é de direito.

Graças aos grandes avanços da medicina reprodutiva nos últimos anos, mesmo os casos mais graves de infertilidade podem ser resolvidos. No entanto por essa razão, é essencial recorrer ao médico especialista no tratamento de tal problema.

O DSC-3 aborda a grande dificuldade de enfrentamento com relação a acessibilidade ao local de tratamento e grandes custos financeiros. Esse tipo de tratamento é ofertado geralmente em grandes centros urbanos ou as capitais. Tal tratamento é inovador e custa requer muitos gastos sendo assim, bastante oneroso para o casal. No exterior o tratamento da infertilidade chega a ser mais avançado, porém bem mais caro. Um casal com um diagnóstico positivo de infertilidade, além de se planejar a financeiramente para o tratamento, deverá se prepara para gastos futuros com a possível chegada de mais um membro familiar.

Dada a complexidade da experiência da infertilidade, parece imprescindível que se ampliem os espaços de atendimento para essa população. Sem dúvida, não se pode pensar na infertilidade somente pelo vértice biológico e desconsiderar sua configuração psicossocial. O tratamento da infertilidade requer a atuação de um profissional que possa contribuir para a vertente não somente física e biológica, mas também psicológica e acessível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo dos múltiplos casos evidenciou como este evento traz uma série de consequências à vida emocional dos indivíduos e casais que chegam às clínicas de infertilidade. Foi possível observar como a dificuldade para engravidar e a procura por tratamentos de reprodução assistida tende a ser vivenciada de modo velado, e esta decisão parece ser tomada com o intuito de não criar expectativas e evitar decepções à família, caso a gestação não se concretize.

No que se refere ao modo como vivenciam o tratamento, observou-se que inúmeras técnicas podem ser utilizadas, desde procedimentos menos intrusivos e dispendiosos, como também os mais simples como caso de estimulação hormonal, a

técnicas mais complexas. As dificuldades estiveram presentes de modo que tiveram associadas a perda de auto-estima, depressão, ansiedade, frustração e isolamento familiar fator esse que pode referir de forma negativa para o tratamento. Ainda nesse sentido, a perda da privacidade sexual gerada pelo tratamento parece diminuir a espontaneidade da intimidade sexual causando certo desconforto entre o casal.

A ambivalência de sentimentos e desejos está presente nesse contexto, onde o anseio pelo filho biológico disputa lugar com os planos de ascensão na carreira profissional, assim como a necessidade de fazer escolhas e investimento financeiro, além do emocional, tendo muitas vezes que abrir mão de projetos pessoais para levar adiante o projeto de parentalidade.

Verificou-se o quão importante é o estabelecimento de um bom vínculo com os profissionais de saúde e com o médico responsável, quando os casais sentem-se a vontade para questionar e participar de decisões importantes referentes ao seu caso, além de sentirem que sua dor é ouvida, apoiada e respeitada.

Vale ressaltar que nas ocasiões em que o vínculo foi estabelecido de forma positiva houve a possibilidade de intervir e dialogar a respeito dos procedimentos que estavam por vir e sobre as emoções inquietantes associadas a estes, evidenciando-se benefícios para os casais. Esse aspecto foi constatado principalmente para aqueles que escolheram manter seu tratamento em absoluto segredo, este espaço reflexivo serviu como uma fonte de apoio, já que não haviam conseguido criar espaços de discussão com familiares e/ou amigos e muitas vezes até entre si.

Contudo, cabe ressaltar como este é um processo complexo, onde indivíduos e casais em algum momento sentem-se desamparados, e com um sofrimento inevitável, vêem sua vida modificada pela barreira que se interpõe entre o desejo e a realização do seu projeto parental. As tecnologias em reprodução assistida surgem como uma luz em meio à grande escuridão que pode ser o universo da infertilidade.

Evidencia-se a necessidade de compreender os pacientes envolvidos neste processo a partir da visão de um ser humano integrado, em sua complexidade e singularidade. Diante disso, é necessário que os profissionais envolvidos em atendimentos a indivíduos e, casais que enfrentam esta situação, considerem, além

dos recursos farmacológicos, cirúrgicos e procedimentos clínicos, a intervenção psicológica como parte do tratamento. Saliencia-se que é relevante que o psicólogo demonstre familiaridade com a terminologia envolvida no campo da infertilidade, ao passo que isso traz mais confiança e fortalece a sensação de segurança dos casais, que já se encontra tão vulnerável.

A partir destas considerações, conclui-se os objetivos desta pesquisa foram alcançados e que o presente estudo contribuiu para que pudéssemos conhecer e compreender o perfil das pacientes em reprodução medicamente assistida através de suas expectativas e sentimentos ocasionados pelos métodos de reprodução ainda que seja possível listar as dificuldades enfrentadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVILA, V.B. Depressão, responsabilidade emocional e relações objetivas com a figura materna em mulheres inférteis. 2001. 78 f. **Dissertação (Mestrado em Psicologia)** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ucq.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=349> Data de acesso: 29.mai.2013.

BURNS , L. "Psychological counselling in reproductive medicine. What should be addressed?" in "Psychological Counselling and Clinical management in ART pregnancies" - Special Interest Group Psychology and Counselling, Early Pregnancy, July 2007, Lyon, France, ESHRE. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1284/1/24_XXIII-Reuniao-3_20-3.indd.pdf> Acesso em: 01. Jun, 2013.

CARVALHO, C.A.; CARVALHO, W.D.P. **Apoio psicológico ao casal infértil em reprodução humana**. Barros Leal J.W. Reprodução Humana, Rio de Janeiro. Ed. Revinter, 2004.

CORRÊA, M. V. (2001). **Novas tecnologias reprodutivas** - limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: Editora UERJ. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v9n1/22382.pdf>> Acesso em: 02.jun.2013.

COUSINEAU, T.M., & Domar, A.D. Psychological impact of infertility. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, v.21, n.2, p.293-308, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862008000200006&script=sci_arttext> Acesso em: 10. set. 2012.

DANILUK, J. C. (2001). "If we had it to do over again...": Couples' reflections on their experiences of infertility treatment. *The Family Journal*, 9(2), 122-133. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862008000200006&script=sci_arttext> Acesso em 29.mai.2013.

EUGSTER,A.,&Vingerhoets,A.J.J.M.(1999).Psychological aspects of in vitro fertilization: **a review. Social Science & Medicine.** v.48, p.575-589. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862008000200006&script=sci_arttext. >Acesso em 10. Set. 2012.

GRAY, D.E.,Guinn,C.,Norwood,B.,&CH'IEN. The quest for conception: An overview of the NP's role in fertility care. *Advance for Nurse Practitioners*, v.12, n.6, p.55-60, 2004.

HABLE, H.W. **Tratamento de ginecologia.** 3. ed. São Paulo: Atlas: Rocca, 2000.

KUSNETZOFF, J. C. Aspectos emocionais do casal infértil. In M. Badalotti, A.Petracco, & C. Telöken (Eds.). **Fertilidade e infertilidade humana.** p. 19-29. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.

LEFÈVRE, F.E; LEFÈVRE, A.M.C. **Depoimentos e Discursos: uma análise em pesquisa social.** Brasília: Líber, 2005.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério.** São Paulo: Saraiva, 1997.

Melamed, R. M. M. (2006). Infertilidade: sentimentos que decorrem. Em: R. M. M.Melamed & J. Quayle (Orgs.), *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras* (pp. 71-90). São Paulo: Casa do Psicólogo

Palácios, E., Jadresic, E., Palácios, F., Miranda, C., & Domingues, R. (2002). Estudiodescriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 67 (1), 19-24

HARDY,E. MAKUCH, MY, (2002)Gender infertility and ART, in Currente Pactrices and Controversies in Assisted Reproduction, WHO.

PASSOS, E. P. P., Freitas, F., Cunha-Filho, J. S. L., Facin, A. C., Serrano, Y. L. G. S., Souza,C. A. B., & Salazar, C. C. **Infertilidade: Investigação e Tratamento.** Em F.Freitas, C. H. Menke, W. A. Rivoire & E. P. Passos (Orgs.), *Rotinas em Ginecologia.* 5ª ed. p. 529-541. Porto Alegre: Artmed, 2006.

RIBEIRO, M. F. R. (2004). **Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

SEGER-JACOB, L. **Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida**. IPUSP. São Paulo: Rocca, 2000.

SZEJER, M., & Stewart, R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TUBERT, S. (1996). **Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas** (G. Rodriguez, Trad.). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

VERHAAK, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). **Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research**. *Human Reproduction Update*, 13 (1), 27-36.

Data do recebimento para publicação: 07.02.2014.

Data de aprovação do trabalho: 09.06.2014.

INFLUÊNCIA DO SOBREPESO E DA OBESIDADE NA FUNÇÃO PULMONAR EM ADULTOS JOVENS

INFLUENCE OF OBESITY AND OVERWEIGHT IN LUNG FUNCTION IN YOUNG ADULTS

Jéssica da Silva Barbosa¹
Kamilla Zenóbya Ferreira Nóbrega de Souza²
Ubiraídys de Andrade Isidório³
Marta Ligia Vieira Melo⁴
Ocilma Barros de Quental⁵
Elisangela Vilar de Assis

RESUMO: Objetivo: Avaliar a influência do sobrepeso e da obesidade na função pulmonar de adultos jovens. **Metodologia:** A amostra foi constituída por 83 participantes distribuídos em dois grupos, subdivididos em três: 42 homens (14 eutróficos, 17 sobrepeso, 11 obesos) e 41 mulheres (16 eutróficas, 16 sobrepeso, 09 obesas), não fumantes, sem doença respiratória prévia e com idade entre 19 à 27 anos, onde foram submetidos a avaliação antropométrica e da função pulmonar. O teste *t* de Student foi utilizado para comparar os valores entre os grupos, sendo considerados significantes os valores de $p < 0,05$. **Materiais:** Para avaliação antropométrica foram utilizados um estadiômetro e uma balança mecânica antropométrica e para avaliação da função pulmonar um manovacuômetro, fluxometro, ventilômetro e uma fita métrica simples. **Resultados:** No sexo feminino houve maior significância no grupo de obesas nas variáveis: volume corrente, circunferência abdominal, frequência respiratória e alteração numérica na força muscular respiratória expiratória quando comparada com as eutróficas. No sexo masculino houve significância nos obesos apenas na circunferência abdominal e alteração numérica na força muscular respiratória inspiratória e expiratória quando comparado ao sexo feminino. **Conclusão:** Observou-se nessa amostra avaliada que o sobrepeso e a obesidade não promoveram alterações importantes nos adultos jovens.

¹ Fisioterapeuta. Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba. E-mail: jessicab.pb@hotmail.com.

² Fisioterapeuta. Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba. E-mail: kamillazenobya@hotmail.com.

³ Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: ubiraidys_1@hotmail.com.

⁴ Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos. E-mail: martaligifisio@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. Mestranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, São Paulo. E-mail: ocilmaquental2011@hotmail.com.

Palavras-chave: excesso de peso; mecânica respiratória; força muscular;

ABSTRACT: Objective: To evaluate the influence of overweight and obesity on pulmonary function in young adults. **Methods:** The sample consisted 83 participants divided into two groups, subdivided into three: 42 men (14 normal weight, 17 overweight, 11 obese) and 41 women (16 normal weight, 16 overweight, 09 obese), nonsmokers without previous respiratory disease and aged 19 to 27 years, where they were submitted to an anthropometric and pulmonary function evaluation. The Student t test was used to compare values among the groups, considered significant values of $p < 0.05$. **Materials:** Anthropometric a stadiometer and a mechanical scale were used and the pulmonary function was evaluated by using a vacuum manometer, flowmeter, spirometer and a simple measure tape. **Results:** In women there was a greater significance in the obese group in the variables: tidal volume, abdominal circumference, respiratory and numerical change in expiratory muscle strength compared with normal weight. In males, it was significant only in obese abdominal circumference and numerical changes in inspiratory and expiratory respiratory muscle strength compared to females. **Conclusion:** It was observed in this sample assessed that overweight and obesity did not cause significant changes in young adults.

Keywords: overweight; respiratory mechanics; muscle strength.

INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como um excesso de gordura corporal relacionado à massa magra, e o sobrepeso como uma proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura. Ambas as condições são de etiologia multifatorial, sendo mais comuns em decorrência do sedentarismo e mudanças nos padrões de consumo alimentar, cujo desenvolvimento sofre influência de fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos (OLIVEIRA *et al*, 2003).

De acordo com Brasil ([201-]) a obesidade pode ser definida ainda como uma doença crônica que é resultante do desequilíbrio energético prolongado, podendo ser causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física, estando associada a agravos à saúde como a dislipidemia, diabetes melito tipo 2, condições que favorecem a ocorrência de processos ateroscleróticos e eventos cardiovasculares, além de dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor (BRASIL, 2002-2003; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ; PIMENTA; KAC, 2004; ANDRADE *et al*, 2009; OLIVEIRA *et al*, 2003).

Grandes agravos na existência dessa doença são as complicações respiratórias, havendo alterações na mecânica respiratória, na resistência ao fluxo aéreo, no padrão e impulso respiratório e na troca gasosa, associados a resultados anormais nos testes de função pulmonar. Além disso, é causa comum de prejuízo da capacidade para exercícios e de distúrbios respiratórios do sono, quando como apnéia obstrutiva do sono e hipoventilação alveolar (FEITOSA, 2010).

A obesidade vem aumentando em sua magnitude epidemiológica no mundo todo, ocupando importante espaço no perfil de morbimortalidade, sendo apresentado como um grave problema populacional nos últimos anos, atingindo níveis consideráveis na saúde pública. O estilo de vida sedentário e a transição nutricional que vem acometendo há certo tempo contribuem para sua prevalência,

comprometendo a qualidade de vida dos portadores (CARRARA *et al*, 2008; RIBEIRO *et al*, 2007).

Souza Leão *et al* (2003) detectaram prevalência de 15,8% de obesidade em 387 escolares de Salvador, sendo que esta foi significativamente maior nas escolas particulares (30%) em relação às públicas (8,2%).

A incidência em adultos e em jovens tem aumentado em muitos países nos últimos 30 anos, incluindo no Brasil. Na adolescência e fase adulta, houve variações de 9,9% a 45,4% para os meninos e 12,3% a 24,5% para as meninas, indicando que os meninos estão mais suscetíveis ao aumento do peso corporal do que as meninas (FERRARI, 2009). Existem diversos fenótipos de obesidade, podendo classificar a gordura corporal de acordo com sua gravidade (leve, moderada ou grave) ou com o tipo de distribuição (ginóide ou androide) (MELO; SILVA; CALLES, 2014).

O excesso de peso promove alterações metabólicas e estruturais que tornam o indivíduo obeso mais suscetível a diversas doenças como: cardiovasculares, afecções pulmonares a apneia obstrutiva do sono, doenças renais, biliares e até certos tipos de neoplasias. (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), 2011; Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), 2009; Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2006).

Com aumento da obesidade e sobrepeso cresce também o número de patologias que afetam o sistema respiratório gerando problemas funcionais que afetam diretamente, as atividades de vida diária, onde os principais danos estão relacionados à redução do volume pulmonar, expansibilidade pulmonar reduzida, sobrecarga de peso sob o tórax e abdome. A faixa etária de adultos jovens é mais propensa ao desenvolvimento da obesidade devido o estilo de vida que eles adotam. Com esta pesquisa espera-se avaliar a influência do sobrepeso e da obesidade na função pulmonar de adultos jovens.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal e descritiva com abordagem quantitativa. A população do estudo foi constituída de 92 participantes, estudantes dos cursos de Fisioterapia, Farmácia e Enfermagem, entretanto, nove não se enquadraram nos critérios de inclusão resultando em 83 amostras. A pesquisa foi realizada no Laboratório de Fisioterapia da Faculdade Santa Maria, durante os meses de setembro e outubro de 2011, tendo como critérios de inclusão pessoas de ambos os sexos; não fumantes; sem doença respiratória prévia e que apresentaram disponibilidade de tempo para participar da avaliação.

Esta pesquisa foi iniciada após a aprovação do comitê de ética e pesquisa da Faculdade Santa Maria- PB (sob protocolo de nº 814062011) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, seguindo os princípios da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo seres humanos no Brasil.

Foi utilizado para esta pesquisa um instrumento de coleta desenvolvido pelo pesquisador obtendo informações pessoais, hábitos de vida, medidas antropométricas e função pulmonar. Na avaliação antropométrica foi utilizado um estadiômetro (marca SANNY - Altura máxima: 2,30 escalonada em cm), uma balança mecânica antropométrica (marca WELMY W300 com capacidade de 130 Kg), onde o participante foi pesado com roupas leves e descalço. Para classificar o participante como portador de sobrepeso ou obesidade foi utilizado o índice de massa corporal ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$), aplicando os valores propostos por Rasslan *et al.*, (2004). Os pontos de corte de IMC adotados foram os preconizados pela WHO, ou seja, baixo peso ($IMC < 18,5$); eutrofia ($IMC 18,5-24,99$); sobrepeso ($IMC 25-29,99$) e obesidade ($IMC \geq 30,00$) (REZENDE *et al.*, 2006).

Para mensurar a CA (circunferência abdominal) foi utilizada uma fita métrica simples colonada em centímetros, posicionada entre as costelas inferiores e as cristas ilíacas. Sua leitura foi feita durante a expiração (SAMPAIO, 2004). Os valores da CA maior que 94cm para homens e 80cm para mulheres estão associados a um

risco aumentado para o surgimento de doenças cardiovasculares (SPÓSITO; SANTOS; RAMIRE, 2002).

Para avaliação pulmonar utilizou-se um Manovacuômetro (Fabricante MV300 marca WIKA) para a determinação da pressão inspiratória e expiratória máxima, o participante permaneceu sentado com as pernas a 90° e os pés apoiados no chão. Para avaliar a pressão inspiratória máxima (P_{Imáx}) foi solicitado ao participante três ciclos respiratórios em volume corrente com orifício de oclusão aberto, em seguida uma expiração até o volume residual; depois foi fechado imediatamente o orifício de oclusão e solicitado uma inspiração até a capacidade pulmonar total, após três segundos de força sustentada, a manobra foi finalizada e o bocal retirado. Para avaliar a pressão expiratória máxima (P_{Emáx}) o paciente realizou o mesmo procedimento, sendo solicitado uma expiração até o volume residual (VASCONCELLOS; BRITTO; LOPES, 2009).

Um Fluxômetro (marca RESPIRONIES, modelo ASSESS PEAR FLOW ADULTO, fabricante Respirationics, pennsylvania, USA) foi usado com o paciente sentado, tronco ereto. Foi solicitado ao participante que inspirasse normalmente e fizesse uma expiração rápida com a boca acoplada ao aparelho. Foram realizadas três medidas e registrado o maior valor do pico de fluxo expiratório máximo (AZEREDO, 2002).

Para avaliar o VC (volume corrente), a FR (frequência respiratória), o VM (volume minuto), e a CVL (capacidade vital lenta) foi usado um Ventilômetro (marca WRIGHT MK8, fabricante INSPIRE), no qual o voluntário realizou inspirações e expirações normais e tranquilas por um período de um minuto, e durante esse tempo foi contabilizada a FR e o VM para posteriormente ser calculado o VC pela fórmula $VC=VM/FR$. Os voluntários encontravam-se sentados para a mensuração desses parâmetros (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - SBPT). A mensuração da CVL foi realizada com a voluntária executando uma inspiração até a sua capacidade Os dados foram registrados na forma de banco de dados do programa de informática SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para *Windows*, versão 15.0, e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial bivariada. Para os procedimentos descritivos, foram apresentadas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão e amplitude).

Os procedimentos de inferência estatística, por sua vez, foram realizados com base em estatística paramétrica, por meio dos testes t de Student, Análise de Variância (ANOVA), teste *post hoc* de Tukey, e cálculo do coeficiente de correlação momento-produto r de Pearson. O teste t e a ANOVA (associada ao *post hoc* de Tukey) permitem identificar se há diferenças entre grupos, ao passo que o coeficiente r permite estimar se há correlação entre variáveis, identificando a força e a direção das mesmas. Para a escolha destes testes, foi observada a distribuição dos dados, cujo teste de Kolmogorov-Smirnov apontou para a normalidade dos mesmos. Ressalta-se, por fim, que para a interpretação das informações, será considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sobrepeso e a obesidade são distúrbios nutricionais que mais preocupam os países desenvolvidos e em desenvolvimento, havendo um crescimento da população de cerca de 90% nos últimos 30 anos (CASTELLO, *et al*, 2007). O excesso de peso quase triplicou nos homens de 18,5% para 50,1% entre os anos de 1974 a 2009. Nas mulheres o aumento foi de 28,7% para 48% segundo o POF, 2008-2009 (IBGE, 2010).

Nessa pesquisa foram avaliados 83 estudantes distribuídos em dois grupos subdivididos em três: 42 homens (14 eutróficos, 17 sobrepeso, 11 obesos) e 41 mulheres (16 eutróficas, 16 sobrepeso, 09 obesas). Na avaliação antropométrica foram avaliados peso, altura, IMC e CC (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição dos valores da média e desvio padrão das medidas antropométricas apresentadas por gênero.

Variáveis	Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (kg/cm ²)	CC (cm)
Mulheres				
Eutrófico	56,58 ± 5,1	1,62 ± 0,05	21,64 ± 1,3	81 ± 5,6
Sobrepeso	72,36 ± 6,5	1,61 ± 0,06	27,62 ± 1,0	91,5 ± 3,7
Obesidade	85,76 ± 13,2	1,58 ± 0,08	33,83 ± 2,9	110 ± 11
Homens				
Eutrófico	68,41 ± 7,2	1,70 ± 0,07	23,37 ± 0,9	84 ± 50
Sobrepeso	84,28 ± 8,8	1,74 ± 0,07	27,69 ± 1,7	96 ± 10,36
Obesidade	103,60 ± 18,6	1,74 ± 0,05	33,77 ± 4,9	111 ± 14,1

Legenda: IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal.

De acordo com o estudo de Rezende *et al.* (2006) que avaliaram 231 indivíduos a frequência de sobrepeso e obesidade foi de 42,5% e 24,5%, respectivamente no sexo feminino, e de 40,0% e 15,2%, respectivamente, no sexo masculino, onde 32% das mulheres apresentavam CA na faixa de 80 a 88 cm, e 42% CA acima de 88 cm. No sexo masculino 23,9% apresentaram CA na faixa de 94 a 102 cm e 22,2% acima de 102 cm.

A primeira variável analisada foi a força muscular inspiratória (Pimáx). No grupo feminino, observou-se que o grupo que apresentou a força mais elevada foi o dos eutróficos (-116,8±60,3mmHg), ao passo que no grupo masculino foram os obesos (-151,5±50,6mmHg). No entanto, não foram observadas diferenças entre os grupos, seja nas mulheres (p=0,20) ou nos homens (p=0,16), conforme os dados estão discriminados na Tabela 1. Ainda uma comparação intragrupos, observou-se que dentre os participantes com sobrepeso e obesidade, a força inspiratória é mais elevada no sexo masculino (Tabela 2).

Tabela 2: Avaliação da função pulmonar em função do gênero e peso dos participantes.

Variável	Gênero	Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		ANOVA F(p)
		M	DP	M	DP	M	DP	
Pimáx	Fem	-116,8	60,3	-88,7	28,2	-103,3	25,4	1,67 (0,20)
	Masc	-130,0	46,9	-120,0	37,0	-151,5	50,6	1,87 (0,16)
	t (p)	0,65 (0,51)		2,71 (0,01)**		2,93 (0,00)**		-
Pemáx	Fem	84,3	22,5	69,3	24,3	90,0	31,6	2,33 (0,11)
	Masc	120,7	22,0	108,5	37,2	123,8	22,9	1,19 (0,31)
	t (p)	4,45 (<0,001)**		3,55 (0,00)**		2,91 (0,00)**		-
VM	Fem	14062,5	6136,9	11218,7	4636,6	15166,6	6652,0	1,67 (0,20)
	Masc	17035,7	5966,1	15823,5	8171,8	19192,3	10765	0,59 (0,55)
	t (p)	1,34 (0,19)		1,97 (0,06)*		0,99 (0,33)		-
FR	Fem	18,6 ^a	4,1	16,7	3,0	14,1 ^a	2,3	5,00 (0,01)
	Masc	18,4	2,7	17,1	3,7	17,6	4,0	0,52 (0,59)
	t (p)	0,15 (0,88)		0,30 (0,76)		2,33 (0,03)*		-
VC	Fem	692,6 ^b	245,7	689,9 ^c	348,9	1045,3 ^{bc}	300,1	4,84 (0,01)
	Masc	938,8	370,1	944,9	517,8	1118,9	475,3	0,66 (0,51)
	t (p)	2,17 (0,03)*		1,64 (0,10)		0,41 (0,68)		-
CVL	Fem	3668,7	993,3	4042,8	1167,3	4016,6	1627,3	0,43 (0,64)
	Masc	5396,4	1689,5	5850,0	2039,1	5288,4	1720,0	0,40 (0,67)
	t (p)	3,46 (0,00)**		3,14 (0,00)**		1,74 (0,09)		-
PFE	Fem	384,6	48,7	401,5	50,3	368,8	30,1	1,50 (0,23)
	Masc	529,6	51,8	555,2	97,5	539,2	86,9	0,38 (0,68)
	t (p)	7,88 (<0,001)**		5,73 (<0,001)**		6,52 (<0,001)**		-

Legenda: * Diferença estatisticamente significativa ao nível de 5% | ** Diferença estatisticamente significativa ao nível de 1% | abc Diferenças estatisticamente significativas apontadas pelo teste *post hoc* de Tukey.

Foi avaliada também a força muscular expiratória (Pemáx), e segundo antecipa a Tabela 1, não foram observadas diferenças na Pemáx entre os grupos de participantes quanto a seu peso quanto à critérios estatísticos. No entanto, em todos os grupos, observou-se que o sexo masculino possui uma força expiratória mais elevada que o feminino, sendo tal diferença considerada estatisticamente significativa.

Nos estudos de Castello *et al.* (2007) com 12 mulheres obesas e 12 eutróficas os achados revelaram que a força muscular respiratória das obesas foi marcadamente reduzidas comparadas ao grupo controle. Porém, nos estudos de

Costa *et al* (2010) as obesas apresentaram maior força da musculatura respiratória quando comparada as eutróficas. De acordo com os autores esse fato pode ter ocorrido por adaptação do tempo de obesidade, pela sobrecarga imposta pelo músculo diafragma para incursionar ou ainda pela mudança no tipo de fibras musculares.

Com relação à força muscular respiratória no grupo dos homens com obesidade observamos um aumento quando comparado ao grupo dos eutróficos. De acordo com Queiroz (2006) que realizou estudo com obesos e não obesos (n=100) separados por sexo, os resultados mostraram que o grupo de obesos independente do sexo possuía força muscular respiratória maior do que a dos não obesos. Os músculos dos obesos tem características histológicas e metabólicas específicas, com o esforço físico diário para deslocamento corporal e a tentativa de sustentação osteomuscular na posição ortostática, os indivíduos obesos apresentam uma maior proporção de massa muscular esquelética e fibras tipo II (que são de baixa resistência e alta potencia para execução de atividade física) (CEZAR, 2002).

Paisani, Chiavegato e Faresin (2005) realizaram um estudo com 30 indivíduos adultos candidatos a gastroplastia pela técnica descrita com *Capella* e observaram uma grande variabilidade entre os valores da Pimáx e Pemáx, com resultados dentro da normalidade para não-obesos ou até com valores acima do esperado.

O volume-minuto (VM), por sua vez, quando avaliado, não apontou diferenças significativas do ponto de vista estatístico quanto aos grupos de participantes. Em relação ao gênero, observou-se que em todos os grupos o sexo masculino apresenta um VM mais elevado que o feminino; entretanto, só consideramos tal diferença relevante estatisticamente no grupo de participantes com sobrepeso (p=0,06). Estas informações constam na Tabela 2.

Foram avaliadas também a frequência respiratória (FR) e o volume corrente (VC) dos participantes, que apresentaram resultados semelhantes: no gênero masculino, não foram apresentadas diferenças entre os grupos. Contudo, no sexo feminino, foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Em relação à frequência respiratória, inicialmente, constatou-se que existem diferenças entre os grupos das eutróficas e obesas, apresentando o primeiro grupo, uma frequência mais elevada. A avaliação intragrupos mostra que no grupo dos eutróficos a FR foi

equivalente em homens e mulheres, e nos demais grupos, o sexo masculino apresenta uma FR mais elevada que no sexo feminino, entretanto, considera-se tal diferença significativa sob critérios estatísticos no grupo com obesidade. Os dados estatísticos foram apresentados na Tabela 2.

Segundo antecipa a Tabela 2 e apresentação anterior, o volume corrente (VC) apresenta diferenças estatisticamente significativas no gênero feminino ($p=0,01$). O teste *post hoc* de Tukey sugere que o grupo com obesidade apresenta VC mais elevado que o grupo de eutrofia e o grupo com sobrepeso. Em relação ao gênero (avaliação intragrupos), apesar de em todos os grupos o gênero masculino ter apresentado VC mais elevado, considera-se estatisticamente significativa a relacionada à Eutrofia.

Nesta perspectiva, a capacidade vital lenta e o pico de fluxo expiratório foram avaliados quanto ao gênero e peso dos participantes por meio da ANOVA e teste t. Os resultados de ambas as variáveis foram semelhantes: não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação aos grupos (intergrupos), conforme consta descrito de forma pormenorizada na Tabela 2; contudo, com relação ao gênero, verificou-se que em todos os grupos, o gênero masculino apresenta escores mais elevados que o feminino.

Powers; Howley (2000) relataram que a prática de exercícios físicos, mesmo de intensidade leve a moderada, pode exercer influência sobre as capacidades e perfusões pulmonares, justificando as diferenças significativas encontradas no estudo de Sonehara *et al.* (2011), após um programa de reabilitação pulmonar, resultando aumento de VC, VM, CVL, P_Imax e P_Emax.

Em pessoas com obesidade a necessidade de manter a ventilação e a FMR contra uma carga aumentada levam a um treinamento inspiratório constante e a um possível aumento da força muscular inspiratória possibilitando a manutenção ou aumento do VC e do VM (DOMINGOS-BENÍCIO, 2003). Em indivíduos jovens o aumento do IMC pode estar associado ao aumento da função pulmonar elevando os valores do VC, VM e CVL na função pulmonar (RASLLAN *et al.*, 2004). A obesidade promove ainda uma diminuição de amplitude respiratória, tornando a respiração superficial.

Foram submetidos à análise de correlação de Pearson as variáveis relacionadas à função pulmonar e peso dos participantes, discriminados por grupos. A partir dos resultados apresentados na Tabela 3, apresentam-se as conclusões: (1) o volume minuto e o volume corrente correlacionam-se ao IMC e a CC dos participantes obesos, numa relação moderada e positiva, sugerindo que ao passo que o IMC e a CC aumentam, também aumentam o VM; (2) a frequência respiratória apresenta uma correlação negativa a CC no grupo dos eutróficos, sugerindo que enquanto esta for maior, a FR será menor; (3) a capacidade vital lenta correlaciona-se positiva ao IMC e CC dos participantes eutróficos, e CC dos participantes com sobrepeso, sugerindo que quanto maior for o IMC e a CC, maior será a CVL; (4) o pico fluxo expiratório apresenta correlação moderada e positiva ao IMC de participantes com eutrofia, sugerindo que quanto maior seja o IMC, também mais elevado será o PFE.

Tabela 3: Correlação entre função pulmonar e IMC e circunferência abdominal em função do peso dos participantes.

Variáveis	Eutrofia				Sobrepeso				Obesidade			
	IMC		CC		IMC		CC		IMC		CC	
	R	P	r	p	R	p	R	p	r	p	r	p
Pimáx	-,05	,76	-,14	,43	,20	,24	-,10	,58	-,33	,12	-,29	,18
Pemáx	,34	,06	,14	,44	,17	,33	,12	,48	-,09	,67	-,21	,34
VM	,29	,11	,14	,45	,21	,23	,12	,47	,42*	,04*	,58**	,00**
FR	-,07	,71	-36*	,04*	,30	,08	,30	,08	,18	,42	,36	,09
VC	,22	,23	,09	,61	,11	,54	-,00	,98	,50*	,02*	,57**	,00**
CVL	,37*	,04*	,41*	,02*	-,04	,82	,35*	,04*	,17	,44	,03	,87
PFE	,50**	,00**	,27	,13	,11	,52	,26	,13	-,04	,82	-,01	,94

Legenda: * Diferença estatisticamente significativa ao nível de 5% | ** Diferença estatisticamente significativa ao nível de 1%

Quanto às medidas avaliadas da função pulmonar, todos os valores deram alterados nos grupos de sobrepeso e obesidade comparados aos eutróficos de ambos os sexos, permanecendo dentro dos valores normais. Segundo Oliveira Júnior *et al.* (2010) valores significativos para causar alterações na função pulmonar só serão encontrados em obesidade mórbida.

A obesidade é uma doença que vem aumentando nos países desenvolvidos acometendo grande parte da população no Brasil. Como consequência pode

acarretar riscos cardiovasculares, sedentarismo e menor tempo de vida. Apesar de alguns estudos mostrarem que a obesidade promove alterações importantes na função pulmonar dos seus portadores.

O trabalho dos músculos respiratórios e a movimentação diafragmática podem alterar na obesidade devido à ineficácia dos mesmos, com a força muscular e a resistência destes músculos reduzida, quando comparadas a de indivíduos não obesos. A redução de peso é considerada estratégia primária como terapia para obesos com doenças cardiovasculares diminuindo a sobrecarga diastólica e os fatores de risco Cardiovasculares (SCIPIONI, 2010).

O impacto negativo na função pulmonar em adultos obesos é diretamente proporcional ao grau de obesidade, causando diminuição do volume de reserva expiratório (VRE), aumento da resistência das pequenas vias aéreas, elevação da relação entre volume residual e capacidade pulmonar total (VR/CPT) redução da complacência pulmonar e torácica, redução da pressão arterial de oxigênio, aumento da diferença arterioalveolar de oxigênio e hipoventilação alveolar (TENÓRIO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deste modo faz-se necessário desenvolver outros estudos para avaliar as alterações na função pulmonar dessa população, pois apenas por meio de pesquisas é que podemos identificar e traçar estratégias de prevenção e promoção da saúde no combate ao excesso de peso e obesidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A. P. S. *et al.* **Influência da Obesidade na Hipertensão Arterial.** Revista Inspirar. v. 1, n. 2, pp. 6-9, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil** [Internet]. ABEP, 4 p, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade.** São Paulo: ABESO, 2009.

AZEREDO, C. A. **Fisioterapia Respiratória Moderna: Aplicada e Revisada.** 4 ed. São Paulo: Manole, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.** Brasil, 15 capitais e Distrito Federal. 2002-2003, [201-].

CARRARA, A. P. B. *et al.* Obesidade: um desafio para a saúde pública. **Revista Instituto Ciência Saúde.** v. 26, n. 3, pp. 299-303, 2008.

CASTELLO, V. *et al.* Força muscular respiratória é marcadamente reduzida em mulheres obesas mórbidas. **Arquivo Medicina ABC.** v. 32, n. 2, pp. 74-7, 2007.

CEZAR C. Limitações metodológicas e dificuldades práticas para avaliação da composição corporal em obesidade moderada e grave. **Rev Bras Nutr Clin.** V. 1, n. 4, pp. 143-8, 2002.

COSTA, T. R. *et al.* Correlação da força muscular respiratória com variáveis antropométricas de mulheres eutróficas e obesas. **Rev Assoc Med Bras.** V. 56, n. 4, pp. 403-8, 2010.

DOMINGOS-BENÍCIO, N. C. Medidas espirométricas em pessoas eutróficas e obesas nas posições ortostática, sentada e deitada. **Rev Assoc Med Bras.** V. 50, n. 2, pp. 142-7, 2004.

FEITOSA, P. H. R. **Complicações respiratórias da obesidade.** Brasília Med. v. 47, n. 1, pp. 77-86, 2010.

FERRARI, H. G. **Panorama da obesidade em crianças e adolescentes brasileiros: revisão dos últimos 10 anos.** Pediatria, São Paulo. v. 31, n. 1, pp. 58-70, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de orçamentos**

familiares, 2008-2009 (POF): Quantidade de obesos é quatro vezes maior entre homens a partir de 20 anos de idade. Rio de Janeiro, 2010.

IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** - Volume 88, Suplemento I, Abril 2007. MELO, L. C.; SILVA, M. A. M.; CALLES, A. C. N. Obesidade e função pulmonar: uma revisão sistemática. *Einstein*. v. 12, n. 1, pp.:120-5, 2014.

OLIVEIRA, A. M. A. *et al.* Sobrepeso e Obesidade Infantil: Influência de Fatores Biológicos e Ambientais em Feira de Santana, BA. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 47, n. 2, pp.144-150, 2003.

PAISANI, D. M.; CHIAVEGATO, L. T.; FARESIN, S. M. **Volumes, capacidades pulmonares e força muscular respiratória no pós-operatório de gastroplastia.** *J. Bras Penumol.* V. 31, n. 2, pp. 125-32, 2005.

POWERS, K. S.; HOWLEY, T. E. **Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho.** São Paulo: Manole; 2000.

QUEIROZ, J. C. F. **Correlação entre a força de pressão palmar e a força da musculatura respiratória em indivíduos obesos e não-obesos [dissertação].** Brasília (DF): Universidade Católica de Brasília; 2006.

RASSLAN, Z. Avaliação da função pulmonar na obesidade graus I e II. **J Bras Pneumol.** v. 30, n. 6, pp. 508-14, 2004.

RIBEIRO, G. F. *et al.* Avaliação da função pulmonar em indivíduos obesos assintomáticos respiratórios: correlação entre dados antropométricos e espirométricos. **Rev. bras. alerg. imunopatol.** v. 30, n 6, 2007.

REZENDE, F. A. C. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de risco Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol.** V. 87, n. 6, pp. 728-734, 2006.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Revista de Nutrição.** v. 17, n. 4, pp. 507-14, 2004.

SCIPIONI G. **Função Pulmonar e Perda de Peso Em Indivíduos Obesos Mórbidos Submetidos à Gastroplastia.** [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA - SBPT. Diretrizes para testes de função pulmonar. **J Bras Pneumol.** v. 28, n. 3, pp. 1-38, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

(SBCBM). **Consenso bariátrico**. São Paulo: SBCBM; 2006.

SONEHARA E. *et al.* **Efeitos de um programa de reabilitação pulmonar sobre mecânica respiratória e qualidade de vida de mulheres obesas**. *Fisioterapia em Movimento*. V. 24, n. 1, pp. 13-21, 2011.

SOUZA, L. S. C. *et al.* **Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia**. *Arq Bras Endocrinol Metab*. v. 74, pp. 151-7, 2003.

SPÓSITO, A. C.; SANTOS, R. D.; RAMIRES, J. A. F. **Avaliação do risco cardiovascular no excesso de peso e obesidade**. In: SANTOS, R.D.; TIMERMAN, S.;

SPÓSITO, A. C. Diretrizes para cardiologistas sobre excesso de peso e doença cardiovascular dos departamentos de aterosclerose, cardiologia clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**. v. 78, pp. 78: 6-7. Suplemento. 2002.

TENÓRIO, L. H. S. *et al.* Obesidade e testes de função pulmonar em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr**. v. 30, n. 3, pp. 423-30, 2012.

VASCONCELLOS, J. A. C.; BRITTO R. R.; LOPES R. B. Avaliação da Musculatura Respiratória. In: BRITTO, R. R.; BRANT, T. C. S.; PARREIRA, V. F. **Recursos Manuais e Instrumentais em Fisioterapia Respiratória**. 1.ed. São Paulo: Manole, 2009. Cap.1, 13-22.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; PIMENTA, A. M.; KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v. 16, n. 5, pp. 308-314, 2004.

Data do recebimento para publicação: 30.01.2014.

Data de aprovação do trabalho: 30.04.2014.

PRINCÍPIOS UTILIZADOS NA REALIZAÇÃO DO PROJETO DE EQUIPAMENTOS PARA MUSCULAÇÃO

PRINCIPLES USED IN IMPLEMENTING THE PROJECT OF TO BODYBUILDING EQUIPMENT.

Fábio Alexandre dos Santos Lira¹
Aluce Ferreira da Nóbrega²
Thiago Batista Campos de Sousa³

RESUMO: O Brasil, desde o ano de 2010, desponta no cenário mundial como o 2º país em maior número de academias, perdendo apenas para os Estados Unidos. Porém, um dos aspectos mais importantes da musculação está nos equipamentos projetados, onde, infelizmente, no país, não há qualquer meio legal que oriente a indústria esportiva em relação aos procedimentos e respaldos necessários. Não há qualquer controle de qualidade que determine segurança aos equipamentos projetados. Portanto, diante dessa problemática situação, especialistas contratados por uma empresa localizada no interior da Paraíba, buscaram respostas que respaldassem a indústria esportiva, onde após uma exaustiva pesquisa, chegaram à conclusão que o embasamento funcional seria alcançado pelo conhecimento científico, conquistando assim, em um ambiente informal, a consciência, bem próximo da formalidade.

Unitermos: Fabricação; Equipamentos; Musculação; Projetos.

ABSTRACT: *Since 2010, Brazil upholds the position of being the 2nd country with most gyms in the world, losing only to the US. However, one of the most important aspects of the bodybuilding process relies in the produced equipment, where, unfortunately there is no legal means that guide the sports industry to the necessary methods and proceedings. In the country there is no quality control that determines the standards of safety of the equipment produced. Therefore, considering such problematic reality, specialists hired by a company, located in the state of Paraíba searched for answers that endorse the sports industry, after where an exhaustive research, reached the conclusion that the functional principles may be attained*

¹ Autor correspondente - Prof. Ms. das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Especialista em Fisiologia e Biomecânica do movimento pela Universidade Veiga de Almeida - RJ. E-mail: Lira_fas@yahoo.com.

² Engenheiro Mecânico formado pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

³ Acadêmico do Curso de Bacharelado em Educação Física das Faculdades Integradas de Patos - FIP.

through scientific knowledge, which makes it plausible to achieve a level formal quality even in informal environments.

Keyword: Production; Equipments; Bodybuilding; Projects.

INTRODUÇÃO

Segundo Gonçalves (2010), no Brasil a busca pela qualidade de vida por intermédio dos exercícios físicos tem se desenvolvido surpreendentemente, promovendo-o a grandes perspectivas, porém infelizmente não há controle de segurança aos equipamentos projetados especificamente para a base dessa esfera empresarial, onde uma das poucas exigências aos industriários da área esportiva está relacionada a requisitos empresariais, conforme Koprowski (2012, p.60) “a única necessidade para que você possa industrializar e comercializar equipamentos legalmente é a abertura de uma firma”, que apenas propiciam as contribuições das cargas tributárias, provocando assim devido à ausência de um dos principais fatores, a preocupante situação que envolve diretamente vidas humanas sujeitas a projetos sem nenhum respaldo profissional, sendo uma das pretensões do CREF a realização de posteriores intervenções na área “sugerimos a investigação de máquinas e equipamentos mais robustos” (BRASIL, 2013, p.30). Naturalmente, segundo Bonsiepe (1997), nas empresas de pequeno porte, o projeto é desenvolvido pelo “*próprio proprietário*”, que na sua maioria não possuem conhecimento específico, ou quando de fato estão sobre acompanhamento especializado, muitas são as dificuldades encontradas; doravante, noutros países, em esportes de elite como na Formula 1, Engenheiros projetam o veículo de acordo com a individualidade do Piloto, destaca Lida (2005), a fim de proporcionar que o Esportista sujeite a máquina a ultrapassar limites por grande influência da tecnologia. Na prática da musculação por intermédio dos maquinários são projetados equipamentos que proporcione ao esportista as possibilidades de ultrapassar barreiras já alcançadas pelo esporte, sendo desenvolvidos modelos até sobre pistões hidráulicos, demonstrando bastante eficiência de intensidade e percurso, porém sempre embasados em necessários métodos específicos para alcançar que a máquina se adeqüe aos padrões humanos. Portanto, para esse fim é necessário que o projeto esteja fundamentado em muitos princípios, entre eles

encontra-se a cinesiologia, antropometria e ergonomia, abordados nas esferas acadêmicas, sendo o conhecimento de extrema segurança e utilidade na elaboração de projetos (IIDA, 2005).

JUSTIFICATIVA

Esse trabalho justifica-se na relevância dos princípios da análise proposta pelos profissionais envolvidos no projeto, que tiveram a finalidade de proporcionar aos postos de treinamento, funcionalidade, segurança e eficiência por intermédio dos equipamentos projetados, abrangendo assim todas as áreas alcançadas pela prática da Musculação, diante da ausência de normatização específica vigente.

Objetivo principal

O presente artigo tem como objetivo principal expor os princípios utilizados por especialistas em suas respectivas áreas, no desafio de elaborar o projeto de equipamentos para musculação em um país sem normatizações específicas.

Objetivos Específicos

Expor os riscos existentes aos praticantes de musculação sujeitos a equipamentos projetados sem segurança considerável.

Expor as dificuldades enfrentadas pelos profissionais envolvidos para a realização do projeto em função da adequação dos equipamentos à biomecânica humana.

Expor as reais possibilidades da criação de normas específicas para a elaboração de projetos de equipamentos para musculação.

METODOLOGIA

Este trabalho aborda a realização de um projeto voltado à fabricação de equipamentos para musculação, onde os profissionais contratados por determinada empresa, atuaram para alcançar respaldo científico na referente área, sendo a presente pesquisa do tipo exploratória, em um estudo de caso, de caráter qualitativo, por enfatizar os processos utilizados para obter os resultados, supridos na experiência do Educador Físico contratado, Especialista em Fisiologia e Biomecânica do movimento, e pesquisas em áreas trabalhistas, habilitando por meios legais, segundo BRASIL (2003) para a elaboração do trabalho, em conjunto com o Engenheiro Mecânico, no qual foram gravadas todas as entrevistas, realizadas entre os dias 10 a 13 de setembro, nos domínios da referida empresa, em seções de 02h00min, totalizando a carga de 08h00min em diálogos, onde os profissionais envolvidos expuseram as alterações realizadas sobre os princípios abordados para o alcance dos resultados, que posteriormente adaptamos à publicação científica, em uma perspectiva clara e distinta, não se tratando apenas de uma pesquisa bibliográfica, pois jamais alcançaríamos os resultados apenas com as fontes disponíveis na bibliografia, mas pela experiência considerável sobre os recursos adaptados para o alcance do objetivo, no qual entre muitos fatores foram abordados os equipamentos projetados coerentes com padrões antropométricos, sendo mencionados os riscos com respeito às articulações expostas a equipamentos desproporcionais (o Gráfico 3 aborda um equipamento projetado de acordo com a média brasileira); as adequações aos padrões humanos que para o alcance do eixo mecânico alinhado com o eixo articular, foi considerado necessário projetar toda a estrutura em mm (milímetros), devido ser um dos padrões da Engenharia Mecânica, fundamentado aos princípios científicos descritos pelo Educador Físico (o Gráfico 1 aborda o alinhamento do eixo mecânico para com o

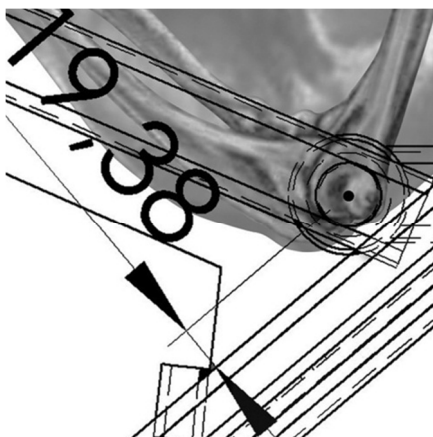
eixo articular); evidenciando assim pelos resultados alcançados as reais possibilidades de criação das normatizações.

RESULTADOS

Os dados coletados foram adaptados a proporcionar uma compreensão ao âmbito da publicação científica, onde inicialmente o Educador Físico expor seu conhecimento histórico com respeito à área abordada, relatando que a prática da Musculação através dos equipamentos ganhou notoriedade científica quando, baseada em anos de pesquisas, de acordo com Jones (1973), a Equipe Nautilus, em maio de 1973, assombrou a Universidade Estadual do Colorado com a polêmica série de experimentos sobre os efeitos dos seus equipamentos projetados para adequar-se ao corpo humano e proporcionar um maior desempenho, que mesmo após, segundo Bannister (2008) das muitas controvérsias com o sistema do Médico Sueco Gustav Zander, conquistou até os dias de hoje a credibilidade científica. Deste modo, aprofundamo-nos na história, onde descobrimos que Jones (1970), para diferenciar os meios tradicionais dos benefícios de seus equipamentos, mencionou o princípio em que a máquina gira sobre o eixo natural da parte do corpo, concluindo que o eixo mecânico estando alinhado ao eixo da articulação produz um movimento menos mecânico e mais natural, com vantagens de resistência e percurso.

Portanto, o Educador Físico trabalhou conivente com o Engenheiro, com intuito de alcançar o princípio em que o eixo mecânico se encontra alinhado ao eixo da articulação, ressaltando que em alguns casos se torna necessário que o treinador posicione o eixo da articulação do esportista o mais alinhado possível ao eixo mecânico do equipamento (GUIMARÃES NETO, 1999).

Gráfico 01: Eixo mecânico alinhado ao eixo articular.



Nos relatos coletados e nas planilhas analisadas, o eixo do sistema *came* da máquina bíceps foi projetado teoricamente baseado nas distâncias entre articulações fornecidas pelo Educador Físico, onde conforme US (1988), a distância entre os eixos das articulações do cotovelo e ombro em um indivíduo de maior proximidade com a média brasileira consiste em 268 mm de comprimento. Com base nessa perspectiva, o Engenheiro projetou o eixo mecânico com 249.57 mm de comprimento em relação ao início do suporte para braços, não considerando os 25 mm do estofamento posterior, sendo assim, alcançado o comprimento mais próximo possível entre o alinhamento do eixo mecânico e o eixo da articulação. Para o alinhamento da altura foi projetado o eixo mecânico com 19.38 mm, em relação à superfície do suporte para braços, de modo que com base nas previsões do Educador Físico mesmo com as aceitáveis alterações devido à densidade 35 da espuma, as oscilações naturais do formato do olecrano da ulna durante o movimento, segundo Hall (2009), e possíveis contrafações devido à fadiga muscular, o eixo *came* estará sempre próximo do eixo látero-medial da articulação do cotovelo.

Portanto, muitos foram os obstáculos encontrados, alguns fundamentos foram adaptados pelo fato de existirem no país inúmeras normatizações específicas em diversas áreas, porém nada que diretamente nos norteasse foi encontrado, sendo um dos desafios o embasamento técnico ergonômico para o projeto dos bancos e demais suportes. Não obstante, foi considerada útil ao Educador Físico a Normativa NR 17.3, voltada para o imobiliário, com alusão a ergonomia, conforme BRASIL

(2002), sendo inserida aos princípios da Engenharia Mecânica vistos na experiência do projetista contratado, tornando assim possível a elaboração do projeto ao adaptarmos, mantermos ou mesmo em alguns aspectos aprimorarmos princípios já existentes.

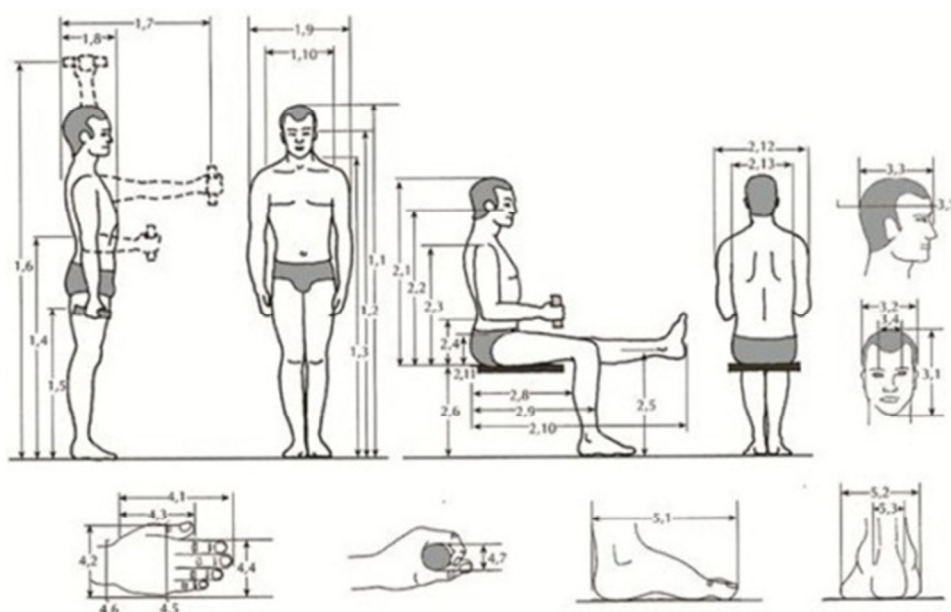
Apesar de ser, segundo lida (2005), a norma Alemã DIN 33402 de junho de 1981, a tabela de medidas antropométricas mais completa que se tem conhecimento, ou as demais normas européias também utilizadas por empresas estrangeiras que possuem alcance nacional, no entanto distantes do arquétipo ideal, compreendemos desde o início do projeto que possuímos padrões antropométricos suficientes para projetarmos equipamentos para musculação, conforme as nossas individualidades, deste modo, baseamo-nos nas medidas de antropometria estática do Instituto Nacional de Tecnologia, em uma amostra significativa da população no país, realizada com 3100 trabalhadores Brasileiros no Rio de Janeiro (IIDA, 2005).

Tabela 01: Antropometria Estática.

Medidas de antropometria estática (cm)		Homens				
		5%	50%	95%		
1 CORPO EM PÉ	1.0	Peso (kg)	52,3	66,0	85,9	
	1.1	Estatura, corpo ereto	159,5	170,0	181,0	
	1.2	Altura dos olhos, em pé, ereto	149,0	159,5	170,0	
	1.3	Altura dos ombros, em pé, ereto	131,5	141,0	151,0	
	1.4	Altura do cotovelo, em pé ereto	96,5	104,5	112,0	
	1.7	Compr. do braço na horizontal, até a ponta dos dedos	79,5	85,5	92,0	
	1.8	Profundidade do tórax (sentado)	20,5	23,0	27,5	
	1.9	Largura dos ombros (sentado)	40,2	44,3	49,8	
	1.10	Largura dos quadris, em pé	29,5	32,4	35,8	
	1.11	Altura entre pernas	71,0	78,0	85,0	
	2 CORPO SENTADO	2.1	Altura da cabeça, a partir do assento, corpo ereto	82,5	88,0	94,0
2.2		Altura dos olhos, a partir do assento, corpo ereto	72,0	77,5	83,0	
2.3		Altura dos ombros, a partir do assento, ereto	55,0	59,5	64,5	
2.4		Altura do cotovelo, a partir do assento	18,5	23,0	27,5	
2.5		Altura do joelho, sentado	49,0	53,0	57,5	
2.6		Altura poplíteia, sentado	39,0	42,5	46,5	
2.8		Comprimento nádega-poplíteia	43,5	48,0	53,0	
2.9		Comprimento nádega-joelho	55,0	60,0	65,0	
2.11		Largura das coxas	12,0	15,0	18,0	
2.12		Largura entre cotovelos	39,7	45,8	53,1	
2.13		Largura dos quadris (em pé)	29,5	32,4	35,8	
5 PÉS		5.1	Comprimento do pé	23,9	25,9	28,0
		5.2	Largura do pé	9,3	10,2	11,2

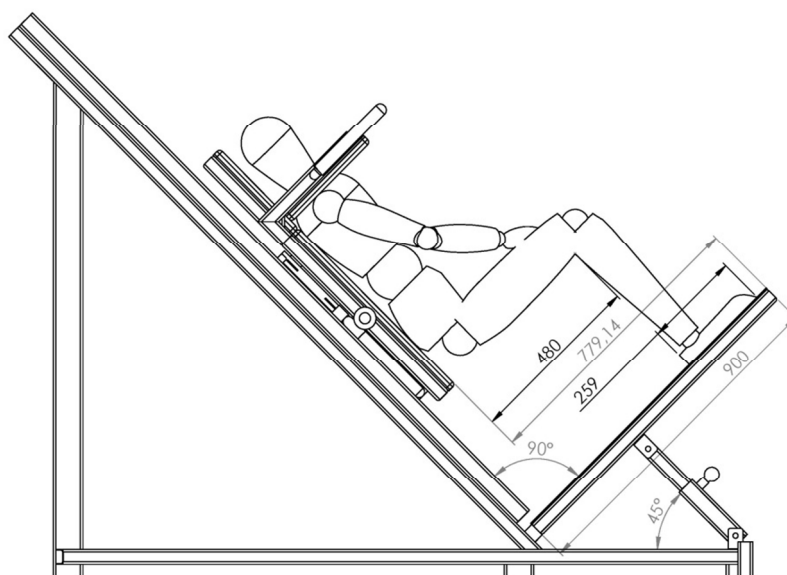
Fonte: lida (2005).

Gráfico 02: Referência das variáveis usadas na antropometria estática.



Fonte: Iida (2005).

Gráfico 03: Equipamento projetado conforme padrões antropométricos.



Para a plataforma do equipamento Hack o Engenheiro a projetou teoricamente com 779,14 mm de comprimento em relação à superfície do encosto ao topo da plataforma, considerando as diferenças fornecidas entre um meio a três quartos de polegada, indicado nos calçados esportivos descritos por Prentice (2011),

e os milímetros existentes entre a linha poplítea e o início do calcanhar, alcançamos assim os princípios para atender a média da população Brasileira, não sendo o desígnio do Educador Físico, atender uma área específica mencionada por Helms (1997 apud NEGRÃO e BARRETO, 2010), mas direcionado ao uso coletivo, proporcionando ao atleta com a média estatura de 1.70 cm, a perfeita realização do tradicional exercício. Frequentemente utilizado na área Profissional, conforme Hansen (2005), pelo aumento de segurança, sendo também prescrito por Daemon; Albertino e Guimarães Neto (2004), ao treinamento feminino, ou seja, com os pés posicionados a frente da plataforma harmonizando que no momento do percurso em que a coxa estiver paralela à plataforma, a perna esteja perpendicular em relação à coxa, segundo Walden (2007), oferecendo assim, maior estabilidade na execução, devido proporcionar que os pés permaneçam em total contato com a plataforma, sendo considerado incorreto, de acordo com Guimarães Neto (2003) a elevação dos calcanhares, salvo métodos de isolamento do quadríceps, descrito por Evans (2007) com intuito de redução do estresse patelar, obviamente jamais por dorsiflexão. Com a finalidade do embasamento ao alcance da profilaxia, foram ressaltados que segundo Kvist (1994 apud WHITING e ZERNICKE, 2009), frequentes e repetidas tensões podem predispor o tendão calcâneo a patologias por uso excessivo, considerando que um dos mecanismos das lesões relatado por Hamill e Knutzen (2008), ocorre quando o pé está fixamente fixado na superfície durante o movimento lateral, posterior, anterior ou de rotação da Tíbia. Deste modo, plataformas projetadas não correspondendo aos padrões antropométricos tendem a causar bastante inconveniência, comprometendo a perfeita execução do exercício para a maioria, devido à desproporção estrutural, ocasionando assim a dorsiflexão do tornozelo, em razão da maior flexão do joelho que evidentemente diminui a segurança do exercício ao aumentar o risco de lesões (CAMPOS, 2006).

Para o embasamento do enfoque muscular, o Educador Físico relatou que estudos científicos suficientes já foram realizados com Eletromiógrafos voltados para os efeitos da musculação, no Brasil desde a década de 80 que se desenvolvem trabalhos específicos como na pesquisa realizada por Guimarães e Crescente (1984), onde estudaram a atividade do músculo reto femoral e das regiões supra e infra-umbilical, em 11 exercícios abdominais, havendo muitas pesquisas

relacionadas desde então, sendo diversificados os dados com respeito às angulações utilizadas nos exercícios ou projetadas nos equipamentos. Deste modo, no equipamento denominado 3 Supinos, a angulação de 45° foi considerada limite para a execução do Supino Inclinado, com intuito de impedir que o enfoque recaia sobre o deltóide anterior decorrentes de maiores inclinações (EVANS, 2007). Para a realização do equipamento no exercício Supino Declinado, foram consideradas as angulações das pesquisas realizadas por Barnett; Kippers e Turner (1995), que utilizou o Supino Declinado com -18° de inclinação, e por Glass e Armstrong (1997), que enfatizou a comparação do Supino Inclinado com 30° e o Supino Declinado com uma inclinação de -15°, chegando à conclusão que apesar da suave angulação (comparando ao estudo mencionado de 1995), o Supino Declinado proporcionou uma atividade bastante significativa na porção do músculo peitoral maior inferior, sendo que na porção clavicular houve uma atividade semelhante entre o Supino Inclinado e o Supino Declinado, por conseguinte, diante das pesquisas e resultados com as angulações de -15° e -18°, o Educador Físico optou com o auxílio do Engenheiro, em projetar o equipamento na execução do Supino Declinado com as possibilidades de inclinações de -15° e -20°, levando em consideração que sem a necessidade de um maior declive, a porção externa do músculo peitoral maior será claramente enfatizada.

Provavelmente a maior dificuldade enfrentada para a realização do Projeto fundamentado em princípios científicos, estava no fato da empresa se localizar numa região bastante distante das grandes referências e autoridades do esporte no país, porém encontramos experiência e qualificação suficiente oriundo da única Universidade com a graduação em Bacharelado em Educação Física na cidade, as FIP (Faculdades Integradas de Patos) e proveniente de um profissional graduado pela Universidade Federal da Paraíba, reconhecida em projetar no mercado, profissionais na área da Engenharia Mecânica com mais de três décadas de formação acadêmica, que conseguinte as distâncias e empecilhos existentes entre os elementos necessários a níveis nacionais e internacionais deixaram de existir.

DISCUSSÃO

Durante as vistorias realizadas com os profissionais envolvidos, foram expostos os embasamentos relacionados às periodizações de treinamentos e outros princípios também abordados e adaptados, fundamentais para a realização do projeto. Sendo relatado com o intuito de relevância aos equipamentos projetados que, a prática da musculação, segundo Guimarães Neto (2000), com o uso dos equipamentos com a característica de trabalho isolado torna-se indispensável no treinamento profissional devido melhor adaptação a algumas técnicas utilizadas durante a periodização de treinamento, também visto em muitos aspectos por proporcionar maior segurança ao desportista, imprescindível em casos específicos, como na substituição do exercício denominado Desenvolvimento com Barra pelo realizado no equipamento (GUIMARÃES NETO, 1999). Ressaltando que a musculação e seus equipamentos são considerados de grande valia como coadjuvantes para o melhor desempenho em muitas modalidades desportivas, de acordo com Chichester e Croft (1997) Preparadores Físicos utilizam frequentemente o equipamento Leg Press no treinamento para o ciclismo, também prescrito conforme Gianoni (2011) na preparação de nadadores, sendo o Trabalho com Pesos considerado tradição entre lutadores, porém sobre necessárias adaptações ao treinamento conjugado para o MMA (AWI, 2012). Outros equipamentos, portanto sofreram alterações, como no caso do Supino Declinado, que por décadas foi realizado sem nenhuma contestação, sendo hoje pouco utilizado nas periodizações de treinamento; porém, o Educador Físico encontrou embasamento com respeito à segurança do exercício estudado, seguindo algumas precauções na elaboração do projeto, conforme Ferriss (2010), que menciona a utilização de um suave declive a não comprometer atletas portadores de lesões articulares, sendo contra indicado a esportistas diagnosticados com patologias no controle da pressão arterial, devido às reações fisiológicas provenientes do declínio (NILSSON, 2011). Deste modo, torna-se essencial o conhecimento científico oriundo do profissional qualificado, para elaboração de projetos coerentes com o objetivo de diminuir riscos, levando em

consideração as pesquisas atualizadas, frisando que o alcance das angulações entre -15° e -20° projetadas no equipamento 3Supinos na execução do Supino Declinado, foi decorrente da perícia do Engenheiro Mecânico que por intermédio da tecnologia realizou com exatidão o desígnio do Educador Físico. Por tanto em casos específicos bem como no equipamento Hack, conforme Delavier (2000) faz-se necessário o séquito profissional com a prescrição de técnicas que evitem o movimento lateral da pelve e coluna vertebral durante a execução do exercício, entretanto noutros episódios, algumas práticas posturais se tornam inviáveis, relacionadas à individualidade do avaliado, como no desempenho com o equipamento Extensão de Pernas, na realização do exercício em que o esportista se posiciona no ângulo inferior a 90° entre o encosto e o assento, com o intuito de intensificar o enfoque muscular, que vem a ser prejudicial para indivíduos portadores de genuflexão do joelho com encurtamento dos isquiotibiais, já para indivíduos que apresentam alterações no ligamento cruzado anterior o Leg Press se torna o exercício indicado de acordo com Lima e Pinto (2006), circunstâncias essas expostas pelo embasamento do Educador Físico, com a finalidade de esclarecer que não cabe apenas ao equipamento projetado, mas à prescrição do treinamento e acompanhamento adequado, sendo de responsabilidade do Preparador Físico.

CONCLUSÃO

Concluimos diante dos princípios utilizados, as alterações realizadas e os resultados alcançados, que no Brasil a ausência de meios legais que oriente a indústria esportiva na fabricação de equipamentos para musculação ocasiona uma situação preocupante, porém possuímos tecnologia suficiente para projetarmos equipamentos exclusivos conforme as nossas individualidades, pesquisas Científicas satisfatórias realizadas desde a década de 80 e Engenharia capacitada para criação de Patentes Nacionais e Internacionais, sejam elas relativas à Desenho Industrial, Modelo de Utilidade ou Invenção. Assim sendo, torna-se extremamente necessário à criação de meios legais que controle o industriário com respeito à

utilização de princípios indispensáveis para proporcionar nos equipamentos projetados maior segurança aos praticantes de musculação, que deste modo gostaríamos de compartilhar dos recursos utilizados para nossas conclusões ou mesmo a atual situação da área no País!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AWI, F. **Filho teu não foge a luta**. Rio de Janeiro, RJ: Intrinseca, 2012.

BANNISTER, G. **In Arthur's Shadow: Daily Musings on Exercise, a Tribute to Nautilus Inventor Arthur Jones**. Bloomington, MN: iUniverse, 2008.

BARNETT, C.; KIPPERS, V.; TURNER, P. Effects of variations of the bench press exercise on the EMG activity of five shoulder muscles. **Journal Strength Cond Research**, Wayne, NE, v.9, p.222-7, 1995.

BONSIEPE, G. **Design: do Material ao Digital**. Florianópolis, SC: FIESC/IEL, 1997.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Secretária de Inspeção do Trabalho. **Manual de aplicação da Norma Regulamentadora nº 17**. 2. ed. Brasília, DF: MTE, SIT, 2002.

_____. CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Resolução CONFEF n.º 056, de 18 de agosto de 2003. **Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Educação Física registrados no sistema CONFEF/CREFs**. Rio de Janeiro, RJ: CONFEF, 2003.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO EXTERIOR. INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA – INMETRO. **Relatório sobre a análise em produtos para a prática de atividade física e reabilitação - Anilhas, halteres e caneleiras**. Rio de Janeiro, RJ: INMETRO, 2013, p. 30. Disponível em http://www.inmetro.gov.br/consumidor/produtos/pesos_atividade_fisica.pdf Acessado em 25 de novembro de 2013.

CAMPOS, M. A. **Biomecânica da musculação**. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Sprint, 2006.

CHICHESTER, B.; CROFT, J. **Em plena forma**. São Paulo, SP: Nobel, 1997.

DAEMON, A. R. W.; ALBERTINO, R. M.; GUIMARÃES NETO, W. M. **Coleção Musculação Total: fazendo uma ótima escolha, volume 5**. São Paulo, SP:

Phorte, 2004.

DELAVIER, F. **Guia dos movimentos de musculação**: abordagem anatômica. 2. ed. São Paulo, SP: Manole, 2000.

EVANS, N. **Anatomia na musculação**: seu guia ilustrado para o aumento de massa e definição do corpo. Barueri, SP: Manole, 2007.

FERRISS, T. **The 4-Hour Body**: an Uncommon Guide to Rapid Fat-Loss, Incredible Sex, and Becoming Superhuman. New York, NY: Random House LLC, 2010.

GIANONI, R. L. S.; **Treinamento de Musculação para Natação**: do Tradicional ao Funcional. São Paulo, SP: Ícone, 2011.

GLASS, S. C.; ARMSTRONG, T. Electromyographical activity of the pectoralis muscle during incline and decline bench presses. **Journal Strength Cond Research**, Wayne, NE, v.11, n.3, p.163-7, 1997.

GONÇALVES, G. Brasil só perde para os EUA em número de academias. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 25 jul. 2010.

GUIMARÃES NETO, W. M. **Coleção Musculação Total**: técnicas de execução dos exercícios. Volume 1. Guarulhos, SP: Phorte, 1999.

_____. **Coleção Musculação Total**: princípios de treinamento hipertrofia máxima. Volume 2. São Paulo, SP: Phorte, 2000.

_____. **Coleção Musculação Total**: musculação para mulheres. Volume 3. São Paulo, SP: Phorte, 2003.

GUIMARÃES, A. C. S.; CRESCENTE, L. A. B. Eletromiografia de exercícios abdominais: um estudo piloto. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. São Paulo, SP, v.6, n.1, p.110-116, set. 1984.

HALL, S. J. **Biomecânica Básica**. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

HAMILL, J.; KNUTZEN, K. M. **Bases Biomecânicas do Movimento Humano**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2008.

HANSEN, J. **Natural Bodybuilding**. Champaign, IL: Human Kinetics, 2005.

IIDA, I. **Ergonomia**: Projeto e Produção. São Paulo, SP: Edgard Blücher LTDA, 2005.

JONES, A. **Nautilus Training bulletin #1**. Deland, FL: Nautilus Sports/Medical Industries, 1970.

_____. The Colorado Experiment. **Ironman Magazine**. Alliance, NE, v. 32. n. 6.

September, 1973.

KOPROWSKI, E. Cartas e Consultoria. **Musculação & Fitness**. São Paulo, SP, Ano 16, n. 87, p. 60, 2012.

LIMA, C. S.; PINTO, R. S. **Cinésioologia e Musculação**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

NEGRÃO, C. E.; BARRETO, A. C. P. **Cardiologia do exercício: do atleta ao cardiopata**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2010.

NILSSON, N. **The Best Arm Exercises You've Never Heard Of: Get Great Arms Fast**. New York, NY: Price World Publishing, 2011.

PRENTICE, E. W. **Arnheim's Principles of Athletic Training: A Competency Based Approach**, 14. ed. New York, NY: McGraw Hill, 2011.

US. Army Aeromedical Research Laboratory. **Anthropometry and Mass Distribution for Human Analogues, Volume I: Military Male Aviators**. Fort Rucker, AL: USAARL 88-5, march, 1988.

WALDEN, H. IV. **Harvey Walden's No Excuses! Fitness Workout**. New York, NY: ST Martins Press, 2007.

WHITING, W. C.; ZERNICKE, R. F. **Biomecânica Funcional e das Lesões Musculoesqueléticas**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2009.

Data do recebimento para publicação: 27.01.2014.

Data de aprovação do trabalho: 23.05.2014.

